

### CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Neste capítulo descrever-se-ão os procedimentos metodológicos, o tipo de estudo, a amostra e a caracterização da mesma, os instrumentos de colheita de dados utilizados, as variáveis estudadas e a forma como se operacionalizou cada uma dessas variáveis

#### 1 – O tipo de estudo

O presente estudo considera-se quantitativo, descritivo-correlacional e longitudinal, na medida em que visa obter mais informação sobre as características das mulheres que vão passar pelo momento do parto, pela primeira vez, salientando os factores que influenciam a sua antecipação e satisfação em relação ao parto e determinando assim, a existência de relações entre as variáveis estabelecidas com vista a descrevê-las (Fortin, 1999).

Para a mesma autora, este tipo de estudo apresenta a vantagem de permitir considerar várias variáveis no mesmo estudo, explorando as suas relações mútuas.

É um estudo longitudinal na medida em que se seleccionaram dois grupos e que os mesmos passaram pelo acontecimento marcante que é o parto no decorrer da investigação, sendo que os dados foram recolhidos em dois momentos diferentes para ambos os grupos: antes e após o parto (Ribeiro, 1999).

## 2 – A amostra

A amostra é entendida como um conjunto de sujeitos que fazem parte da mesma população, devendo no todo, representar essa mesma população (Fortin, 1999).

A população deste estudo traduz-se pela totalidade de primíparas que acederam ao Hospital de Faro EPE, para ter o seu parto.

A amostra é constituída por 100 grávidas que passaram pelo seu primeiro parto durante a realização deste estudo, sendo que metade delas realizou curso de preparação para o parto e a outra metade não o fez.

Assim, formaram-se dois grupos:

GRUPO I – constituído por 50 mulheres grávidas que frequentaram Curso de Preparação para o parto ou maternidade, não interessando o método.

GRUPO II – constituído por 50 mulheres grávidas que não frequentaram Curso de Preparação para o parto ou maternidade.

Para se obter a amostra que serve de base a este estudo, começou por se determinar, através dos registos existentes no serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, o número médio mensal de primíparas, cujo parto ocorre no Hospital de Faro EPE.

Constatou-se que, em média, pariam 115 primíparas mensalmente.

Sendo que nunca existiu nenhuma dispensa de serviço para qualquer actividade ligada ao mestrado, o tempo contabilizado para a colheita de dados incluiu o tempo de serviço, sabendo à partida, que raramente existiria oportunidade para uma ausência mais prolongada do local de trabalho.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Após ponderar todas estas condicionantes, estipulou-se que a colheita de dados seria efectuada e concluída em 5 meses, sendo que todos os dias incluiria uma participante.

Decidiu-se que seriam colhidos dados relativos à primeira primípara de cada dia, que acesse ao Serviço de Obstetrícia e Ginecologia e obviamente, satisfizesse as exigências das variáveis de controlo.

Apesar de se ambicionar um  $N = 150$  primíparas, conseguiu-se, no tempo previsto, um  $N = 100$  (por ter havido vários dias em que não surgiram primíparas ou que não correspondiam aos critérios de selecção da amostra e por questionários que tiveram que ser rejeitados). Não se prolongou o prazo da colheita de dados por se ter em conta que o estudo é de âmbito académico e que existem prazos relativamente curtos para cumprir.

A amostra considera-se aleatória sistemática, uma vez que foi definido como padrão, colher-se a primeira primípara de cada dia. Não se procedeu à atribuição de um número a cada participante como é usual neste tipo de amostra, por receio de demorar mais tempo que o previsto para a colheita de dados, uma vez que ao número escolhido podia não corresponder uma primípara ou ainda que a atribuição tivesse tido em conta só as primíparas, ao número atribuído podia não corresponder uma participante que satisfizesse as condições impostas pelas variáveis de controlo. Não se calculou a amplitude que costuma existir entre os números, aos quais se farão corresponder participantes porque pelas razões já explicitadas se considerou mais prudente planear apenas uma colheita por dia.

### 3 – Os instrumentos

Para a realização deste estudo foram utilizados cinco instrumentos de recolha de dados que, como já foi referido, foram administrados em dois momentos: antes e depois do parto.

Na primeira fase do estudo, ou seja, entre as 30 semanas de gestação e o parto, utilizaram-se os seguintes questionários:

- Questionário de dados sociais, demográficos e obstétricos (Apêndice A);
- Questionário de Avaliação de Apoio Social e Familiar (Adaptação de Vieira, J. 2007); (Anexo B)
- Questionário de Antecipação do Parto (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2001); (Anexo C)

Na segunda fase do estudo, isto é, durante o período de internamento após o parto, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (Adaptação de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004); (Anexo D)
- Questionário de Importância Atribuída à Preparação para o Parto (Vicente, 2007); (Apêndice E)

Seguidamente, descrever-se-á cada um dos instrumentos.

#### 3.1 - Questionário de dados sociais, demográficos e obstétricos

Instrumento elaborado com o objectivo de caracterizar os dois grupos da amostra, a nível de características sociais, demográficas e obstétricas.

É composto por 14 itens:

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Idade – variável colhida em anos através de uma questão aberta e, posteriormente, transformada em cinco classes que vão desde os 19 aos 43 anos, sendo que cada classe tem uma amplitude de 5 anos.

Profissão da grávida e do companheiro – variável nominal colhida através de uma questão aberta, tendo sido posteriormente, agrupada conforme escala do Grupo de trabalho da Sociedade Espanhola de Epidemiologia.

Dessa forma, obteve-se:

1– Profissões associadas a 2ª e 3º ciclo universitário (mestrado, pós-graduação, doutoramento)

2 - Profissões associadas a 1º ciclo universitário (licenciatura)

3 – Trabalhadores da administração, segurança e supervisão

4 – Trabalhadores manuais qualificados e semi-qualificados

5 – Trabalhadores não qualificados

Emprego – variável nominal colhida em relação à grávida e ao companheiro, através de questão dicotómica: empregada (o), desempregada (o).

Estado civil – variável nominal colhida através de questão fechada com quatro posições: solteira, em união de facto/casada, viúva ou divorciada.

Habilitações Literárias – variável ordinal colhida em relação à grávida e ao companheiro, através de questão aberta, onde foi pedido número de anos de estudo completados para cada um, sendo dada indicação para descreverem grau obtido em termos de Ensino Superior.

Posteriormente estes dados foram transformados em classes, conforme Ministério da Educação (2008), sendo que: 1 a 4 anos de estudo – 1º ciclo, 5 ou 6 anos – 2º ciclo, 7 a 9 anos – 3º ciclo, 10 a 12 anos – Ensino Secundário, 15 a 21 anos – Ensino Superior.

Nacionalidade - variável nominal colhida em relação à grávida e ao companheiro, através de questão aberta.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Tempo de gestação – variável intervalar colhida através de questão aberta, em número de semanas.

Desejo da gravidez – variável nominal colhida através de questão fechada com seis posições: desejada pela grávida, pelo pai ou por ambos ou gravidez não desejada pela grávida, pelo pai ou por ambos.

Existência de sentimento de felicidade com a chegada da criança – variável nominal dicotómica (sim ou não).

Número de gravidezes anteriores – variável intervalar colhida através de questão aberta.

3.2 - Questionário de Avaliação de Apoio Social e Familiar (Adaptação de Vieira, J. 2007)

O questionário original é composto por 10 itens de resposta dada numa escala ordinal de 7 posições, referentes a suporte afectivo, conjugal e familiar. É dividido em dois grupos sendo que o primeiro aborda o suporte afectivo e ajuda/apoio disponível quando é necessário, e o segundo a satisfação com a relação conjugal e familiar, tanto na infância como na actualidade, em relação à família.

Após a colheita de dados, para se proceder a uma melhor caracterização desta variável em termos descritivos, considerou-se necessário transformar os valores totais obtidos em classes, como se apresenta em baixo.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela 1 – Valores de referência para a recodificação da escala de apoio social.

Referência	Valores	Apoio social	
Mínimo observado	30		
Percentil 20	56	30 - 56	Fraco
Media	61	56 - 61	Moderado
Percentil 80	68	61– 68	Bom
Máximo observado	70	68 –70	Forte

Ao questionário original acrescentou-se 10 itens que foram tratados separadamente da escala (itens nº: 2,3, 5, 6, 7, 8, 9, 18, 19, 20).

As questões acrescentadas tiveram como objectivo:

- Especificar as pessoas significativas no suporte afectivo e na ajuda para realização de tarefas e resolução de problemas (3 questões abertas correspondentes aos itens 2, 5 e 8);

- Identificar o nível de satisfação da grávida relativamente aos três tipos de suporte referidos anteriormente, (3 questões fechadas de resposta dada numa escala tipo likert de 7 posições correspondentes aos itens 3, 6 e 9);

- Identificar o nível de apoio para resolução de problemas disponível para a grávida (1 questão fechada de resposta dada numa escala tipo likert de 7 posições correspondente ao item 7);

- Identificar a satisfação com o suporte afectivo dado pelos amigos (1 questão fechada de resposta dada numa escala tipo likert de 7 posições correspondente ao item 18);

- Identificar as variáveis presentes numa experiência positiva de parto e os factores que influenciam essas variáveis, através de duas questões abertas (itens 19 e 20).

A psicometria deste instrumento encontra-se descrita no ponto 6.2.1 do presente capítulo, referente às características psicométricas dos instrumentos.

Este instrumento é composto por 52 itens, tendo como objectivo estimar a antecipação da grávida em relação ao parto.

Os itens referidos distribuem-se por 6 subescalas que, segundo as autoras, se reportam a dimensões importantes da avaliação da antecipação da experiência de parto:

- **Sub-escala 1** - “Planeamento e preparação para o parto” que inclui 8 itens: 30, 31, 32, 33, 38, 41, 42, 47;

- **Sub-escala 2** - “Expectativas quanto ao parto” que inclui 14 itens: 1, 2, 9, 10, 11, 34, 35, 38, 39, 43, 44, 48, 49, 52;

- **Sub-escala 3** - “Preocupação com saúde e consequências adversas do parto” que inclui 13 itens: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28;

- **Sub-escala 4** - “Expectativas quanto ao pós-parto” que inclui 6 itens: 3, 4, 5, 6, 7, 8;

- **Sub-escala 5** - “Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro” com 4 itens: 12, 13, 25, 26;

- **Sub-escala 6** - “Expectativas quanto ao suporte social” com 7 itens: 29, 36, 37, 45, 46, 50, 51.

As respostas a este questionário são dadas numa escala ordinal de 4 posições:

1 – Nada; 2 – Um pouco; 3 – Bastante; 4 – Muito.

Para se proceder ao tratamento dos dados, procedeu-se ainda à transformação dos valores totais obtidos na escala em classes, à semelhança do que foi efectuado e explicado no questionário anterior.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela 2 – Valores de referência para a recodificação da escala de antecipação para o parto.

Referência	Valores	Antecipação do parto	
Mínimo observado	92		
Percentil 20	122	92 - 122	Muito negativa
Media	132	122 132	Negativa
Percentil 80	143	132 143	Positiva
Máximo observado	167	143 167	Muito positiva

3.4 - Questionário de experiência e satisfação com o parto (Adaptação de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004)

Este instrumento é constituído por 104 itens que se dividem em 8 subescalas, na sua forma original.

No entanto, apesar de haver consciência do prejuízo para o estudo em termos de validade e fiabilidade dos seus resultados, foram utilizados apenas 62 desses itens, tendo ficado divididos em 7 subescalas.

Esta decisão surgiu por se concluir que, por um lado, o instrumento abordava aspectos que não se tinha previsto incluir neste estudo e era muito extenso, o que se pensou ser um motivo para o não preenchimento na totalidade por parte das participantes e, por outro, sentiu-se necessidade de abordar alguns aspectos que pareceram importantes e que não constavam no questionário.

Assim, ao questionário original foi retirada a última subescala, que se referia à avaliação da fase de pós-parto, sendo constituída por 25 itens.

Foram ainda retirados os itens 9, 12, 87,88 e 91 da subescala 1, os itens 41, 59, 82 e 85 da subescala 2, os itens 98 e 100 da subescala 3, o item 38 da subescala 5, os itens 32 e 35 da subescala 6 e os itens 53, 56 e 77 da subescala 7.

Todos estes itens se referiam a questões ligadas à fase de puerpério (condições físicas da maternidade e qualidade dos cuidados prestados, tempo que demorou a pegar no bebé, tempo que demorou o pós-parto, sentimentos da puérpera, dor, conhecimentos e apoio do companheiro nesta fase), pelo que apesar

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

de se ter consciência de que os instrumentos se devem utilizar na sua totalidade para garantir resultados mais fiáveis, retiraram-se para tornar a escala mais simples em relação ao objectivo definido para este estudo.

Não abordar a fase de pós-parto pode ser visto como uma limitação deste trabalho, mas uma vez que não era abordada, retiraram-se todos os itens que lhe diziam respeito.

Os itens utilizados mantiveram a sua numeração original.

Tal como no questionário referido anteriormente, as respostas são dadas numa escala ordinal de 4 posições: 1 – Nada; 2 – Um pouco; 3 – Bastante; 4 – Muito.

As subescalas utilizadas são as seguintes:

- **Subescala 1** – “Cuidados prestados” com 9 itens: 7, 8, 10, 11, 13, 14, 86, 89 e 90;
- **Subescala 2** - “ Experiência positiva” que inclui 18 itens: 1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 45, 46, 57, 58, 80, 81, 83 e 84
- **Subescala 3** - “ Experiência negativa” que inclui 10 itens; 42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97 e 99;
- **Subescala 4** - “Relaxamento” que inclui 6 itens: 18, 19, 20, 21, 22 e 23;
- **Subescala 5** - “Suporte “ com 2 itens: 36 e 37;
- **Subescala 6** - “ Suporte do companheiro” com 6 itens: 30, 31, 33, 34, 64 e 65;
- **Subescala 7** - “Preocupações” que inclui 11 itens: 51, 52, 54, 55, 69, 72, 73, 74, 75, 76 e 79.

Como se referiu anteriormente, aos 62 itens utilizados foram acrescentados quatro (numerados de 100 a 103), ficando a escala com um total de 66 itens.

Os itens ou variáveis acrescentados foram tratados separadamente da escala original e incluem:

- o nível de satisfação global com o parto, variável intervalar colhida através de uma escala de tipo Likert com 10 posições (1 a 10), tendo sido posteriormente

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto transformada numa escala de quatro posições idêntica à utilizada no instrumento original, como se apresenta em baixo:

Tabela 3 – Transformação da escala de satisfação global com o parto em classes.

<b>Escala inicial</b>	<b>Classe</b>	<b>Nível de satisfação</b>
1,2,3	1	Nada
4,5	2	Um pouco
6,7	3	Bastante
8,9,10	4	Muito

Desta forma, a comparação com os valores relativos à experiência e satisfação com o parto obtidos através da utilização do questionário original pareceu ser mais coerente.

- os factores que influenciaram esse nível de satisfação, variável nominal colhida através de uma questão aberta, sendo que os dados foram, posteriormente, agrupados de acordo com as semelhanças de conteúdo das respostas.

- as pessoas que influenciaram o nível de satisfação, variável nominal colhida através de uma questão aberta, sendo que os dados foram, posteriormente, agrupados de acordo com as semelhanças de conteúdo das respostas.

- o significado do momento do parto, variável nominal colhida através de uma questão aberta, cujo objectivo máximo era o de enriquecer o estudo, permitindo perceber que tipo de sentimento tem uma mulher que passa por uma experiência tão marcante com o parto.

3.5 - Questionário de importância atribuída à preparação para o parto (Vicente, 2007)

Este instrumento foi construído para a presente investigação, com o principal objectivo de compreender e descrever a composição dos Cursos de Preparação para o Parto, a utilidade atribuída aos mesmos, por parte das grávidas, bem como as principais razões responsáveis pela tomada de decisão de frequentar ou não os referidos cursos.

Sendo um instrumento relativo ao Curso de Preparação para o Parto, contém 8 questões (da 3 à 9 e a 19) que só foram respondidas pelas grávidas que frequentaram o referido curso.

É um instrumento composto por 19 questões.

Hill e Hill (2002) defendem que as questões abertas têm especial utilidade quando a literatura não indica as variáveis mais relevantes para o que se pretende estudar.

Partindo desse pressuposto, a maioria das questões é de tipo aberto de forma a permitir uma colheita de dados mais rica, dado que não se tem conhecimento da existência de instrumentos sobre os cursos de preparação para o parto.

O instrumento em questão aborda:

- O facto da mulher ter feito ou não preparação para o parto, traduzindo a variável em estudo que é uma variável nominal dicotómica (sim; não);

- O porquê de ter decidido realizar ou não curso de preparação para o parto, variável colhida através de uma questão aberta, sendo que os dados obtidos foram posteriormente, organizados em categorias, consoante a semelhança das respostas;

- O número de aulas assistidas – variável intervalar colhida através de questão aberta;

- Os temas abordados, temas que preferiu e que menos gostou, temas que gostaria que fossem abordados no curso – quatro variáveis nominais colhidas

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto através de 4 questões abertas, sendo que, posteriormente, se agrupou as respostas a cada questão consoante a sua semelhança.

- Os técnicos que deram as aulas – variável nominal colhida através de questão fechada com 5 posições: enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, Obstetra, Outro, sendo que esta última opção dava a hipótese de especificar qual o técnico.

Esta questão era susceptível de mais do que uma resposta, pelo que após serem colhidos, os dados foram agrupados consoante as semelhanças das respostas, de modo a permitir a análise dos dados.

- O nível de satisfação ou insatisfação relativamente ao tratamento que teve por parte do(s) técnico(s) que deu(ram) as aulas - variável ordinal colhida através de uma escala com 10 posições (1 a 10).

Posteriormente, os dados foram transformados numa escala semelhante à utilizada no questionário de antecipação do parto, obtendo-se:

Tabela 4 – Transformação da escala de satisfação com a forma como foi tratada pelos técnicos que deram o curso, em classes.

Escala inicial	Classe	Nível de satisfação
1,2,3	1	Nada
4,5	2	Um pouco
6,7	3	Bastante
8,9,10	4	Muito

- O facto da grávida se sentir preparada ou não, de forma adequada, para o momento do parto – variável nominal dicotómica (sim/não).

- As razões que levaram a que se sentisse preparada ou não para o momento do parto – variável nominal colhida através de questão aberta, sendo que os dados foram posteriormente agrupados consoante as semelhanças existentes nas respostas.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

- O tipo de parto ocorrido – variável nominal colhida através de questão fechada com quatro posições de resposta: normal (eutócico), ferros (fórceps), ventosa, cesariana.

- A oportunidade que existiu ou não, durante as consultas de vigilância da gravidez, para esclarecer dúvidas em relação à gravidez e ao parto – variável nominal dicotómica (sim/não).

- As dúvidas que a grávida teve e quem esclareceu essas dúvidas – Duas variáveis nominais colhidas através de questões abertas, sendo que os dados foram posteriormente categorizados consoante as semelhança existentes.

- O facto da informação relativa à gravidez, ao parto e ao que era esperado da grávida no momento do parto ser fornecida sem que a grávida questionasse ou não – variável dicotómica (sim e não).

- O facto de ter sido administrada analgesia epidural - variável nominal dicotómica (sim e não).

- As razões que levaram a grávida a optar por analgesia epidural ou não – variável nominal colhida através de questão aberta, sendo que os dados foram posteriormente agrupados consoante as semelhanças existentes nas respostas.

- A utilidade atribuída à analgesia epidural e o porquê desse tipo de analgesia ser ou não útil – variável nominal colhida através de questão aberta que era respondida apenas por quem tinha optado por este tipo de analgesia no parto e cujos dados foram, posteriormente, agrupados consoante as semelhanças das respostas.

#### 4 - Procedimentos

##### 4.1 – Recolha De Dados

- A Direcção da Instituição (Hospital de Faro) e a Directora dos serviços de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e de Obstetrícia – Internamento, onde foram recolhidos os dados, foram contactadas, pessoalmente e através de documento escrito no sentido de se obter autorização para esse procedimento (Apêndice F);

- As participantes foram contactadas pela primeira vez, antes do parto, tendo sido, nessa altura, informadas acerca dos objectivos e procedimentos do estudo, bem como do que lhes seria pedido caso aceitassem participar.

- Foi sempre solicitado o consentimento informado (Apêndice G), sendo que sempre ficou claro que a participação da grávida era de cariz voluntário, podendo a mesma desistir em qualquer fase do estudo. Foi garantida a confidencialidade.

Depois de lidos e compreendidos todos os instrumentos, as grávidas assinaram ou efectuaram uma rubrica, consentindo a sua participação.

- Os dados foram recolhidos, numa primeira fase, em grávidas que estivessem no terceiro trimestre de gestação, com o objectivo de avaliar as expectativas que tinham em relação ao momento do parto, tendo sido contactadas quando foram a uma consulta na urgência ou quando ficaram internadas por qualquer motivo.

Nesta altura foi preenchido o questionário de dados sociais, demográficos e obstétricos, bem como o questionário de antecipação do parto, com duração de cerca de 30 minutos.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Na fase de puerpério das mesmas grávidas contactadas anteriormente, foram recolhidos os dados alusivos à satisfação que tiveram com o seu parto, comparando-os com as expectativas expressas anteriormente.

Nesta altura foram preenchidos os instrumentos relativos à experiência e satisfação com o parto e à importância atribuída à preparação para o parto.

Tentou-se sempre garantir a privacidade dos sujeitos, sendo que os instrumentos foram aplicados fora das horas de visita e em locais que permitissem apenas a presença da grávida e do investigador.

Os dados foram recolhidos entre o dia 11 de Novembro de 2007 e 23 de Abril de 2008.

### 4.2 – Análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos, utilizou-se a versão 14 do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows.

Recorreu-se à estatística descritiva (médias, modas, desvio-padrão, mínimos e máximos) para a caracterização e descrição da amostra.

De acordo com Hill e Hill (2002), existem dois testes para avaliar a normalidade de uma distribuição: o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Shapiro-Wilk.

Para o estudo da normalidade da distribuição referente aos instrumentos de avaliação do apoio social e familiar; antecipação do parto e de experiência e satisfação com o parto, recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, na medida em que a amostra utilizada é superior a 50 sujeitos (Hill & Hill, 2002).

O estudo das propriedades psicométricas dos mesmos instrumentos foi realizado com base na análise da fidelidade de cada escala, através da determinação do coeficiente de alfa de Cronbach e na análise factorial, efectuada através do método de componentes principais com rotação varimax, seguindo o critério de agregação de factores com valores próprios (eigenvalues) superiores a 1.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Para analisar as relações entre as variáveis sugeridas no modelo de análise, efectuaram-se os seguintes testes: correlação de Pearson, análise da variância (ANOVA), *t* de student, qui-quadrado.

## 5 - Definição e operacionalização das variáveis

A definição das variáveis em estudo é fundamental numa investigação, uma vez que traduzem características do fenómeno a estudar, relacionando-se com ele e influenciando-o (Fortin, 1999).

Desta forma, definimos as seguintes variáveis:

### 5.1 - Variáveis Independentes:

A variável independente é aquela que é investigada com o propósito de determinar que influência tem no comportamento dos sujeitos.

Neste estudo, são definidos quatro tipos de variáveis independentes:

- Variáveis de natureza pessoal
- Variáveis de natureza social
- Antecipação do parto
- Frequência ou não de curso de preparação para o parto

As variáveis de natureza pessoal são definidas e operacionalizadas através do questionário de dados sociais, demográficos e obstétricos, já descrito anteriormente. Este instrumento foi elaborado com o objectivo de caracterizar os dois grupos de participantes, a nível de características biográficas, de literacia e referentes à gestação.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

→ As variáveis de natureza social são definidas e operacionalizadas através do instrumento de avaliação de suporte social e familiar.

→ A antecipação que a grávida faz do parto é traduzida através de um conjunto de variáveis definidas no questionário de Antecipação do parto.

→ A frequência ou não de Curso de Preparação para o Parto é uma variável dicotómica (sim ou não), tendo permitido dividir as grávidas nos dois grupos já referidos, avaliando posteriormente as diferenças existentes entre eles.

Essa questão é operacionalizada através do questionário de Importância Atribuída à Preparação para o Parto.

### 5.2 - Variável Dependente:

A variável dependente define-se como aquela que varia consoante o efeito induzido pela variável independente.

Neste estudo, a variável dependente traduz-se pela:

→ Satisfação com o parto, que é definida e operacionalizada através do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto.

No entanto, após a revisão da literatura efectuada, verificou-se que as possibilidades de relações entre as variáveis são múltiplas, pelo que foram estabelecidos vários níveis de relações entre as variáveis, optando por uma variável dependente distinta em cada nível ou fase, sendo influenciada por várias variáveis tidas como independentes em determinado nível, mas sendo as mesmas consideradas dependentes noutra nível, como será apresentado no capítulo referente à apresentação de resultados.

### 5.3 - Variáveis de controlo

Definiu-se um conjunto de variáveis que se tentaram controlar de forma a minimizar os efeitos estranhos que estas pudessem causar às variáveis principais já definidas anteriormente.

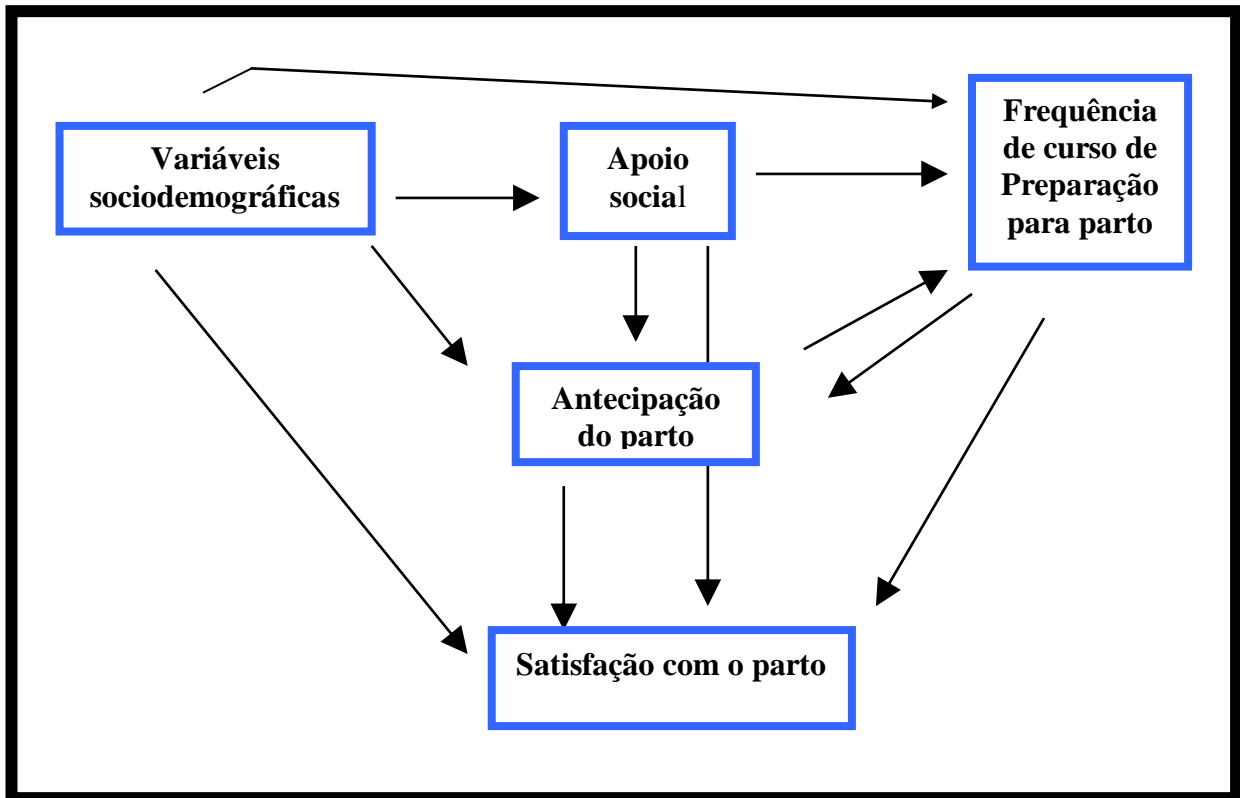
Essas variáveis são:

- literacia e domínio da língua portuguesa,
- ter mais que 18 anos,
- primiparidade,
- idade gestacional superior a 30 semanas,
- gravidez a decorrer sem complicações obstétricas,
- parto ocorresse no Hospital de Faro,
- não existir indicação prévia de parto por via alta,
- grávida sem trabalho de parto na altura da colheita de dados.

### 5.4 – Modelo conceptual proposto

Após a revisão bibliográfica, as variáveis abordadas foram articuladas de modo a tornar mais perceptível o conjunto de relações a estudar, dando origem ao modelo conceptual esquematizado na figura 4.

Figura 4 – Modelo conceptual das relações entre as variáveis estudadas.



#### 5.4.1 - Justificação do modelo conceptual proposto

Este modelo é proposto com base na revisão bibliográfica efectuada que sugere que o medo e a ansiedade em relação ao parto são dois sentimentos muito frequentes nas grávidas, essencialmente no último trimestre.

De acordo com Costa e cols. (2006), o facto destes sentimentos surgirem mais ou menos intensamente, está relacionado com as características pessoais da mulher, as quais influenciam não só a antecipação que a mesma faz do seu parto, como também a sua relação com o companheiro e a noção que tem de suporte social recebido.

Num estudo de Rautava (1989, cit. por Pacheco et al., 2005), em que foi feita uma descrição das características demográficas de dois grupos de grávidas, um com bons conhecimentos e outro com fracos conhecimentos sobre o parto, verificou-se que as características demográficas da grávida influenciam o seu nível

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

de conhecimento e que este se relaciona com aspectos da adaptação à gravidez. Mais concretamente, verificou que as mulheres mais novas, desempregadas, com um nível educacional e cultural mais baixo e que vivem com os pais ou perto deles têm menos conhecimentos acerca do parto, têm menor nível de informação acerca de questões de desenvolvimento, desvalorizando a importância dessa informação e são mais descuidadas em relação a vários tipos de cuidados a ter na fase da gestação.

Costa e cols. (2004), referem ainda que é muito frequente a mulher não ver confirmadas as suas expectativas em relação ao parto por ter conhecimentos reduzidos nesta matéria e não se ter preparado para o parto de uma forma adequada. No entanto, defendem também que a experiência e, em última análise, a satisfação da mulher com o parto, dependem também do tipo de parto que ocorre e da analgesia utilizada, referindo que os partos que ocorrem com analgesia epidural são, normalmente, vivenciados de uma forma mais positiva. Da mesma forma, determinadas características pessoais (ansiedade) e partos mais dolorosos, associados a uma maior intervenção médica, sentimentos de impotência e expectativas negativas são factores preditores significativos de um parto traumático.

Dado o impacto que a experiência de parto tem no posterior ajustamento psicológico da mulher e tendo em conta que os Enfermeiros têm um papel primordial em termos de educação para a saúde e vigilância da gravidez, a identificação do conjunto de factores que estão na origem de uma antecipação e experiência de parto mais ou menos positiva, pode constituir um bom instrumento de trabalho para poderem realizar uma preparação para o parto mais eficaz através do próprio Sistema Nacional de Saúde, tal como se prevê no actual quadro legislativo, particularmente para grávidas de determinados estratos sociais e económicos, onde se detecte um apoio social insuficiente e reduzido acesso aos cursos de preparação para o parto realizados a nível particular.

## 6 - Apresentação dos resultados

Neste ponto, após descrição e caracterização das participantes em termos sociais, demográficos e obstétricos, descreve-se os procedimentos efectuados para validação dos instrumentos de apoio social e familiar, antecipação do parto e experiência e satisfação com o parto. Por questões de escassez de tempo e por se ter objectivos meramente descritivos em relação aos dados colhidos através do instrumento de importância atribuída à preparação para o parto, não foram efectuados procedimentos de validação do mesmo.

Posteriormente, será apresentada a estatística descritiva dos resultados encontrados com base nos instrumentos utilizados, bem como as relações encontradas entre as variáveis estudadas de forma a responder às questões de investigação e proceder-se-à no final, à discussão dos resultados.

Sistematicamente será omitida a fonte dos dados nas tabelas, quadros e gráficos, uma vez que são resultantes da pesquisa em questão.

### 6.1 – Caracterização da amostra em função das características sociais, demográficas e obstétricas

A amostra é constituída por 100 participantes, sendo que metade fez curso de preparação para o parto e a outra metade não fez. Nem todas as participantes são primigestas mas todas são primíparas, tendo sido contactadas em dois momentos: antes do parto e após o parto.

Inicialmente, participaram no estudo 126 grávidas, no entanto, 26 foram excluídas posteriormente por não se ter tido acesso à data do parto, não se tendo estabelecido o segundo contacto (8) ou por não terem preenchido os questionários na totalidade (18).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Existiram três semanas em que nenhuma das parturientes era primípara, pelo que houve 21 oportunidades de colheita de dados perdidas.

Houve ainda 3 grávidas que recusaram participar no estudo.

As participantes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos (mín.= 19; máx.= 43; média = 28, 95; dp = 4,76). A maioria estava casada ou em união de facto (80%) e é de nacionalidade portuguesa (86%) (Tabela 5).

A maioria das participantes frequentou o ensino superior (anos de estudo: mín = 4; máx = 21; média = 13,3; dp = 3,22), desempenhando funções de administrativa, segurança ou supervisora de trabalhadores manuais (43%), enquanto que a maioria dos companheiros frequentou apenas o Ensino Secundário (anos de estudo: mín = 4; máx = 21; média = 11,61; dp = 3,58), inserindo-se, maioritariamente, na classe de trabalhadores manuais qualificados e semi-qualificados (38%) (Tabela 5 e Figuras 5, 6 e 7).

No entanto, no momento da colheita de dados, só 75% das grávidas estavam empregadas, sendo que a maioria dos companheiros estava empregado (96%) (Tabela 5).

Em relação às características obstétricas da amostra, pode dizer-se que as grávidas se encontravam, em média, na 38ª semana de gestação quando foram inquiridas (mín. = 30; máx. = 41, média = 38; dp. = 2,704), sendo que, na grande maioria dos casos, a gestação foi desejada por ambos os progenitores (92%) (Tabela 6).

Todas eram primíparas, de forma a respeitar a condição do estudo. No entanto, uma minoria (12%) já tinha tido uma (8%) ou mais gravidezes anteriores (4%) (Tabela 6).

Verificou-se que todas as grávidas se sentiam felizes com a chegada da criança, pelo que não havendo variabilidade nas respostas, independentemente do desejo da gravidez, a questão foi retirada na fase de tratamento dos dados.

Apoyo Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela 5 – Características sociodemográficas da amostra (n=100) (percentagem).

<b>Características sociodemográficas da amostra</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b> (média e desvio padrão)	28,95	4,76
<b>Estado civil</b>		
Solteira	19	19%
Em união de facto/casada	80	80%
Divorciada	1	1%
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	86	86%
Brasileira	7	7%
Países de Leste	5	5%
Outras	2	2%
<b>Nacionalidade do companheiro</b>		
Portuguesa	78	78%
Brasileira	9	9%
Países de Leste	5	5%
Outras	8	8%
<b>Número de anos de estudo da grávida</b>		
1º ciclo	1	1%
2º ciclo	2	2%
3º ciclo	14	14%
Ensino Secundário	39	39%
Ensino Superior	44	44%
<b>Número de anos de estudo do companheiro</b>		
1º ciclo	1	1%
2º ciclo	6	6%
3º ciclo	27	27%
Ensino Secundário	41	41%
Ensino Superior	25	25%
<b>Profissão da grávida</b>		
Profissões associadas a 2º e 3º ciclo universitário	4	4%
Profissões associadas a 1º ciclo universitário (licenciatura)	29	29%
Trabalhadores da administração, segurança e supervisão	43	43%
Trabalhadores Manuais qualificados e semi-qualificados	15	15%
Trabalhadores não qualificados	9	9%

**Profissão do companheiro**

Profissões associadas a 2º e 3º ciclo universitário	6	6%
Profissões associadas a 1º ciclo universitário (licenciatura)	16	16%
Trabalhadores da administração, segurança e supervisão	32	32%
Trabalhadores Manuais qualificados e semi-qualificados	38	38%
Trabalhadores não qualificados	8	8%

**Emprego**

Empregada	75	75%
Desempregada	25	25%

**Emprego do companheiro**

Empregado	96	96%
Desempregado	4	4%

Figura 5 – Habilitações Literárias da grávida

**Habilitações Literárias da grávida por classes**

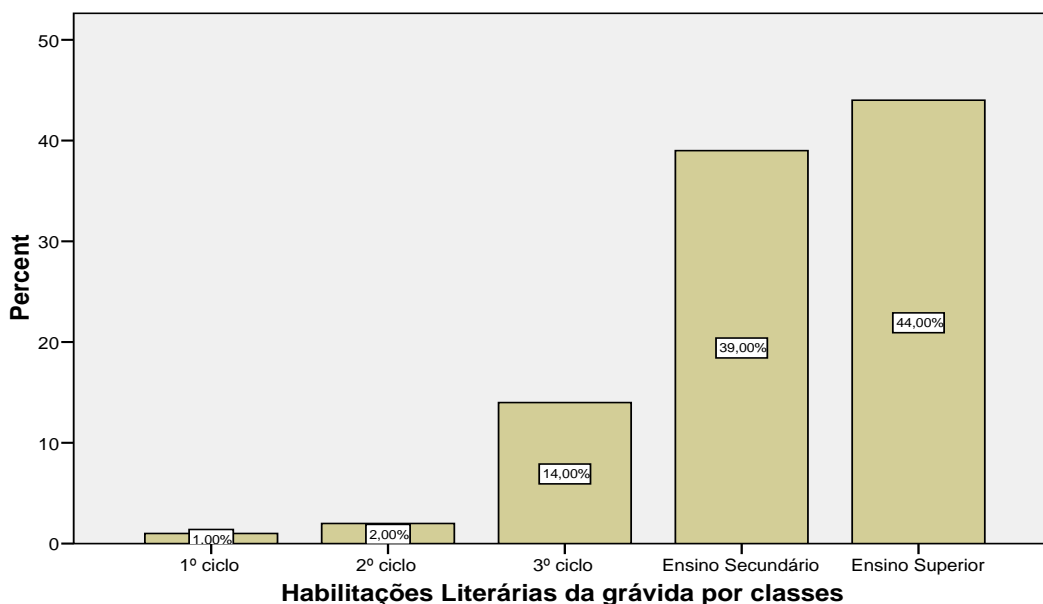


Figura 6 – Habilitações Literárias do marido.

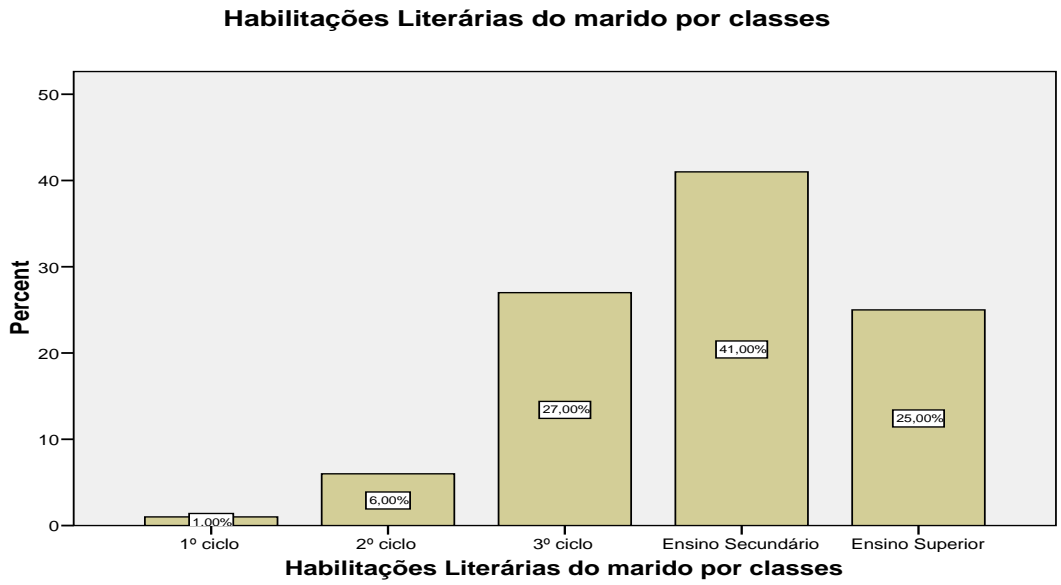
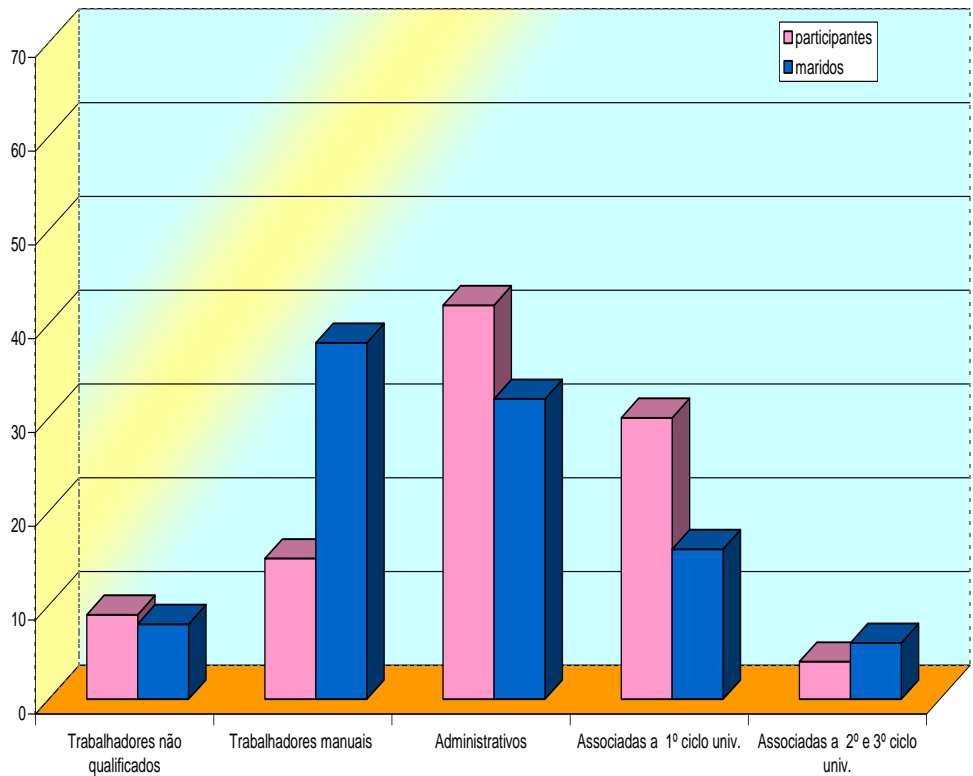


Figura 7 – Profissão das participantes e seus maridos.



Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela 6 – Características obstétricas da amostra (n=100) (percentagens).

<b>Características obstétricas da amostra</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Semanas de gestação</b> (média e desvio padrão)	38	2,70
<b>Desejo da gravidez</b>		
Desejada por ambos	92	92%
Desejada pelo pai	4	4%
Não desejada por ambos	4	4%
<b>Número de gestações anteriores</b>		
Nenhuma	88	88%
Uma	8	8%
Duas	1	1%
Três	2	2%
Quatro	1	1%

Comparando as variáveis sociais, demográficas e obstétricas entre os dois grupos da amostra, infere-se que as grávidas que optaram por realizar preparação para o parto são ligeiramente mais velhas e têm mais anos de estudo, o que se reflecte no tipo de profissão predominante em cada grupo.

Não se registam diferenças relativamente ao emprego, estado civil, nacionalidade e desejo da gravidez (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das medidas de tendência central das características sociais, demográficas e obstétricas relativas às grávidas que fizeram e não fizeram preparação para o parto.

<b>Variáveis</b>	<b>Grávidas com preparação para o parto (médias ou modas)</b>	<b>Grávidas sem preparação para o parto (médias ou modas)</b>
<b>Idade</b>	29,72	28,06
<b>Profissão</b>	Profissões associadas a 1º ciclo universitário (licenciatura)	Trabalhadores da administração, segurança e supervisão
<b>Emprego</b>	Empregada	Empregada
<b>Estado civil</b>	Em união de facto/casada	Em união de facto/casada

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

<b>Número de anos de estudo</b>	14,857	11,471
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	Portuguesa
<b>Desejo da gravidez</b>	Desejada por ambos	Desejada por ambos
<b>Número de gestações anteriores</b>	0,163 16%	0,235 23,5%

## 6. 2 – Estudo das características psicométricas dos instrumentos

### 6.2.1 – Avaliação de apoio social e familiar (APSF) (adaptação de Vieira, J. 2007)

Como já foi referido anteriormente, este questionário é constituído por 10 questões na sua forma original, pelo que foram essas questões que se submeteram à análise psicométrica. Os itens acrescentados, já identificados anteriormente, foram analisados separadamente, apenas em termos descritivos. No entanto, para facilitar a compreensão do questionário, os itens acrescentados surgem interligados aos já existentes no original, o que justifica que os itens originais tenham, neste estudo, uma numeração diferente.

Na Tabela 8 são referidos os 10 itens em análise e os respectivos resultados de estatística descritiva (média e desvio-padrão).

Na mesma tabela verifica-se que os itens que apresentaram uma média mais elevada foram, por ordem decrescente, o número 10 ( $m = 6,63$ ;  $dp = ,761$ ), o 17 ( $m = 6,59$ ;  $dp = ,877$ ) e o 1 ( $m = 6,51$ ;  $dp = ,823$ ).

Os que tiveram médias mais baixas foram, por ordem crescente, o número 16 ( $m = 5,31$ ;  $dp = 1,905$ ), o 14 ( $m = 5,64$ ;  $dp = 1,618$ ) e o 13 ( $m = 5,67$ ;  $dp = 1,511$ ).

Verifica-se também que muitos itens apresentam um desvio-padrão superior a 1, o que indica uma grande variabilidade das respostas dadas.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Tabela 8 – Descrição e apresentação dos resultados de estatística descritiva (média e desvio padrão) dos itens de APSF.

Itens	m	dp
1- Considero que quando necessito, disponho de suporte afectivo adequado.	6,51	,823
4- Quando preciso de ajuda/apoio (para realizar tarefas, compras) tenho a quem recorrer.	6,46	,809
10-Em que medida se encontra satisfeita na sua relação com o parceiro?	6,63	,761
11- Em que medida se encontra satisfeita com a relação que teve com a sua mãe na infância?	5,99	1,453
12-- Em que medida se encontra satisfeita com a relação que tem com a sua mãe actualmente?	6,30	1,150
13-- Em que medida se encontra satisfeita com a relação que teve com o seu pai na infância?	5,67	1,511
14- Em que medida se encontra satisfeita com a relação que tem com o seu pai actualmente?	5,64	1,618
15- Em que medida se encontra satisfeita com a disponibilidade da sua mãe em relação às suas necessidades durante a gravidez?	6,26	1,404
16- Em que medida se encontra satisfeita com a disponibilidade do seu pai em relação às suas necessidades durante a gravidez?	5,31	1,905
17- Em que medida se encontra satisfeita com a disponibilidade do seu parceiro em relação às suas necessidades durante a gravidez?	6,59	,877

Como já foi referido anteriormente, para avaliar a consistência interna da escala, determinou-se o coeficiente de alfa de cronbach, que constitui um indicador que varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior é a consistência interna da escala que se avalia (Pestana & Gageiro 2003).

A escolha desta medida estatística prende-se com o tipo de escala em questão (de tipo likert), uma vez que este é o método mais adequado para essas escalas.

Para a escala total de avaliação do apoio social e familiar, obteve-se  $\alpha = 0,830$ , o que é avaliado como Bom (Hill & Hill, 2002).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Para os mesmos autores, o objectivo da análise factorial é analisar as correlações entre as variáveis dum conjunto de variáveis, resultando na especificação de um número de factores, normalmente menor do que as variáveis existentes inicialmente.

Com base no resultado do teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2=649,198$ ;  $p=0,000$ ) verifica-se que as variáveis são correlacionáveis.

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) compara as correlações simples com as parciais observadas entre as variáveis, assegurando também a adequação da análise factorial à amostra. Obteve-se o valor de 0,677 para este teste, o que se traduz por razoável (Pestana & Gageiro, 1998). Desta forma, foi permitido proceder à análise factorial do questionário e, posteriormente, avançar com os testes que permitem comprovar ou infirmar as relações entre as variáveis previstas nas questões de investigação definidas anteriormente.

Por não se ter conhecimento da análise factorial efectuada pela autora da escala, procedeu-se a esta medida através do método de componentes principais com rotação varimax, seguindo o critério de agregação de factores com valores próprios (eigenvalues) superiores a 1 (método utilizado para todas as variáveis), através do qual se extraíram três factores com uma variância explicada de 74,31%, o que se considera um bom valor.

Consoante os valores encontrados para cada item, assim estes se foram agrupando e, numa modesta avaliação, foram atribuídas as seguintes designações: **factor 1 - Suporte afectivo** (composto pelos itens 1, 4, 10, 17 com uma variância explicada de 40,99%), **factor 2 - Suporte materno** (composto pelos itens 11, 12, 15 com uma variância explicada de 21,66%) e **factor 3 - Suporte paterno** (composto pelos itens 13, 14, 16 com uma variância explicada de 11,63%).

O primeiro factor, o suporte afectivo, é caracterizado por nível de apoio disponível em termos afectivos e de realização de tarefas, abordando também o nível da satisfação da grávida com a relação com o seu companheiro e com a disponibilidade deste para com as suas necessidades durante a gravidez.

O segundo factor, referente ao suporte materno, aborda o grau de satisfação que a grávida tem com a relação estabelecida com a mãe na infância e na actualidade, bem como com a disponibilidade da sua mãe relativamente às suas necessidades durante a gravidez.

O terceiro factor, o suporte paterno, aborda exactamente as mesmas questões que a dimensão anterior mas em relação à figura paterna.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Na tabela abaixo indicada, são apresentados os valores médios e de desvio-padrão obtidos para cada dimensão ou subescala encontrada, tendo como base os resultados da totalidade da amostra:

Tabela 9 – Estatística descritiva das diversas dimensões utilizadas para avaliar o apoio social e familiar existente.

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Suporte afectivo	26,2	2,5
Suporte materno	18,6	3,75
Suporte paterno	16,6	4,5

Tal como foi referido anteriormente, houve necessidade de transformar os valores totais obtidos na escala, em classes, para que se pudesse descrever as variáveis em causa mais objectivamente.

Para tal, adoptou-se o critério de Barraca e López-Yarto (1997) e Nave e cols. (2006) que referem que as escalas psicológicas, por norma, indicam que:

Valores acima da média são valores satisfatórios (ou positivos); valores abaixo do percentil 30 são valores francamente insatisfatórios ou negativos e valores acima do percentil 70 são valores francamente satisfatórios ou positivos.

No entanto, dado que o contexto do estabelecimento de classes nesta variável é de interesse descritivo e de aplicação operacional para posterior utilização como variável independente no teste de Qui-quadrado (como apresentaremos posteriormente), optámos por uma postura mais exigente, adoptando os percentis 20 e 80 como referência, tendo surgido a tabela abaixo indicada:

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

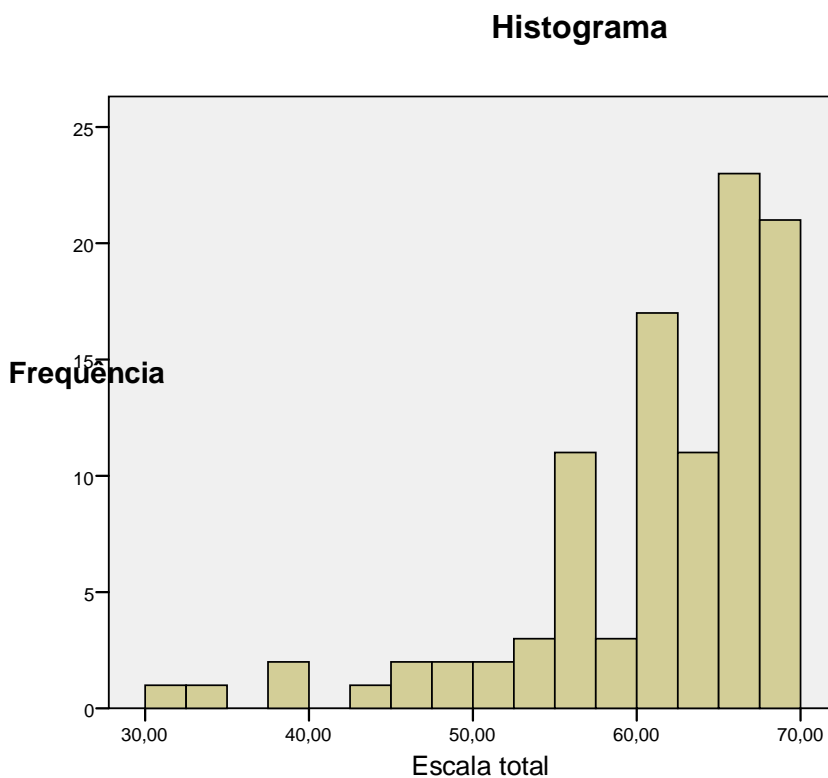
Tabela 10 – Valores de referência para escala de apoio social por classes.

Referência	Valores	Apoio social	
Mínimo observado	30		
Percentil 20	56	30 – 56	Fraco
Media	61	56 – 61	Moderado
Percentil 80	68	61 – 68	Bom
Máximo observado	70	68 – 70	Forte

Procedeu-se ainda, ao estudo da normalidade da distribuição em causa.

O presente instrumento apresenta uma distribuição não normal, verificada através da Figura 8 e do teste de Kolmogorov Smirnov com a correcção de Lilliefors, cujo valor de significância obtido é inferior a 0,05, o que não constituiu obstáculo ao tratamento dos dados, uma vez que esta variável é sempre utilizada como variável independente.

Figura 8 – Histograma de normalidade da distribuição.



média =61,36; desvio padrão =8,097; n = 100

6.2.2 – Antecipação do Parto (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2001)

Este instrumento é constituído por 52 itens, agrupados em 6 dimensões: planeamento e preparação para o parto; expectativas quanto ao parto; Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto; Expectativas quanto ao pós-parto; Expectativas quanto ao pós-parto; Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro; Expectativas quanto ao suporte social.

Relativamente às análises descritivas dos resultados, foram calculadas as médias, medianas e modas para cada dimensão utilizada (Tabela 11).

Tabela 11 – Médias, medianas e modas obtidas para as diversas dimensões utilizadas para avaliar a antecipação do parto.

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
Planeamento e preparação para o parto	23,14	23,00	20
Expectativas quanto ao parto	41,50	41,50	40
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	24,91	24,00	19
Expectativas quanto ao pós-parto	11,18	11,00	12
Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	9,30	9,00	10
Expectativas quanto ao suporte social	22,19	22,00	21

Foram também analisadas as medidas referentes à estatística descritiva para a escala total (Tabela nº 12).

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela nº 12 – Medidas descritivas da escala total.

<b>Medidas descritivas</b>	<b>Estatísticas da Escala</b>
Média (95% de intervalo de confiança)	132,24
Mediana	133,00
Variância	186,366
Desvio padrão	13,652
Mínimo	92
Máximo	167

Em relação aos dados encontrados pelas autoras, verifica-se neste estudo, valores médios mais elevados para as subescalas “Planeamento e preparação para o parto” e “Expectativas quanto ao parto” (17,06 e 32,18 respectivamente, no original). Para todas as outras dimensões e para a escala total, os valores médios encontrados neste estudo são ligeiramente inferiores. Os valores encontrados pelas autoras foram, por ordem das subescalas: 37,45; 18,73; 13,28; 20,68 e 139,38 para a escala total.

Também o valor relativo ao desvio-padrão é inferior, no estudo em questão (15,240 no original), sugerindo uma menor dispersão da amostra.

Procedeu-se ainda à análise da consistência interna do instrumento em questão determinando o valor de alfa de cronbach para cada dimensão e para a escala total (Tabela 13).

Tabela 13 – Dimensões da escala, número de itens que as compõem e consistência interna de cada uma e da escala total.

<b>Dimensões</b>	<b>Número de itens</b>	<b>Consistência interna</b>
1 - Planeamento e preparação para o parto	8	0,775
2 - Expectativas quanto ao parto	14	0,654
3 - Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	13	0,871
4 - Expectativas quanto ao pós-parto	6	0,847
5 - Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	4	0,460
6 - Expectativas quanto ao suporte social	7	0,654
Antecipação do parto (escala total)	52	0,820

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Neste caso, a consistência interna da escala total é avaliada como boa, à semelhança do valor obtido na escala original ( $\alpha = 0,8512$ ).

Os valores de consistência interna obtidos para as subescalas ou dimensões “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto”, “Expectativas quanto ao pós-parto” e “Expectativas quanto ao suporte social” são os mais semelhantes aos obtidos pelas autoras do instrumento ( $\alpha = 0,8550, 0,8558; 0,7366$ , respectivamente, para cada dimensão referida).

As restantes dimensões afastam-se mais dos valores encontrados pelas autoras do instrumento:  $0,5934$  – “Planeamento e preparação para o parto”;  $0,8147$  – “Expectativas quanto ao parto”;  $0,6796$  – “Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro”.

As autoras procederam à análise de clusters para agrupar variáveis, referindo que as variáveis em questão são de natureza categorial, ordinal. No entanto, por se considerar que o que se submete ao tratamento de dados é o valor de escala total, portanto uma variável contínua, decide-se prosseguir com a análise factorial.

Assim, analisa-se o valor do teste de KMO ( $0,599$ ), verificando-se que embora seja um valor limítrofe, pois é ligeiramente inferior a  $0,60$  (Pereira, 2004), se pode admitir ainda que o instrumento se adequa à amostra, avançando-se na sua análise.

Através da análise factorial, extraíram-se quinze factores com valor próprio superior a 1 e com uma variância explicada de  $75,835\%$ , que se pode afirmar ser um bom valor, no entanto as autoras apresentam uma estrutura factorial de seis factores, a qual se seguirá na análise dos dados.

À semelhança do que se fez para o instrumento anterior, também neste se sentiu necessidade de transformar os valores totais obtidos na escala, em classes, de forma a descrever mais objectivamente as variáveis em causa (Tabela 14)

Os princípios norteadores para esta operação foram os mesmos utilizados anteriormente.

De acordo com Costa e cols. (2006, p.261) “as subescalas estão organizadas de forma a que quanto mais elevada a cotação, mais positiva a antecipação da grávida”. Ao utilizar a tabela de referência, abaixo indicada, o princípio mantém-se.

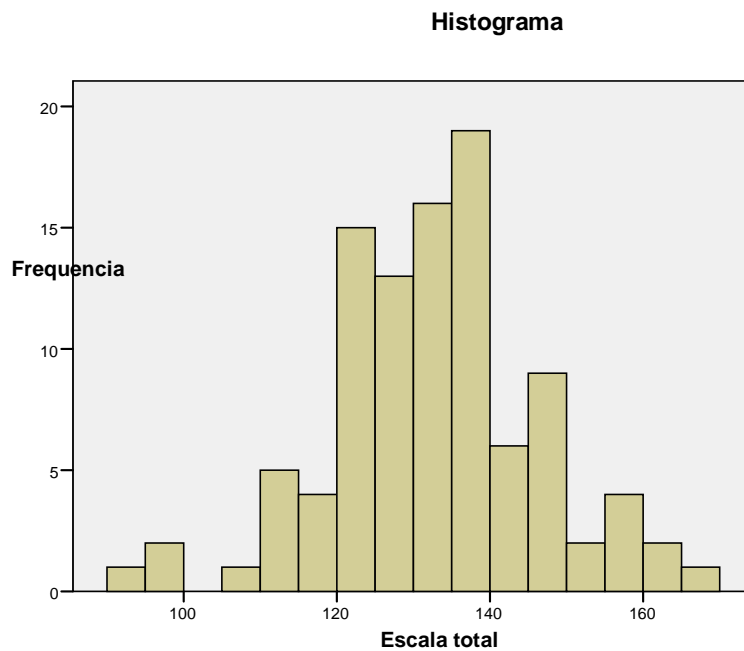
Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela 14 – Valores de referência para escala de antecipação do parto por classes.

Referência	Valores	Antecipação do parto	
Mínimo observado	92		
Percentil 20	122	92 - 122	Muito negativa
Media	132	122 - 132	Negativa
Percentil 80	143	132 - 143	Positiva
Máximo observado	167	143 - 167	Muito positiva

Com base no resultado do teste de Kolmogorov- Smirnov, em que se obteve um valor de significância superior a 0,05 ( $p = ,158$ ) pode dizer-se que a distribuição é normal, o que se confirma também através da Figura 9.

Figura 9 – Histograma relativo à normalidade da distribuição.



média = 132,24; desvio padrão = 13,652; n = 100

6.2.3 – Experiência e satisfação com o parto

Como já foi referido, este instrumento é composto por 104 itens agrupados em 8 subescalas na sua forma original, no entanto, neste estudo foram usados apenas 62 desses itens formando apenas 7 subescalas (a subescala relativa ao pós-parto foi excluída como já se referiu e justificou anteriormente), tendo sido esses que se submeteram a análise.

Seguidamente é apresentada a estatística descritiva para cada dimensão da escala (Tabela 15).

Tabela 15 – Estatística descritiva das diversas dimensões utilizadas para avaliar a satisfação com o parto.

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>	<b>Variância</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Condições e cuidados prestados	27,45	19,597	4,427
Experiência positiva	41,67	75,880	8,711
Experiência negativa	25,50	22,838	4,779
Relaxamento	14,59	22,123	4,704
Suporte	5,10	5,626	2,372
Suporte do companheiro	18,77	19,512	4,417
Preocupações	28,50	48,111	6,936

Da mesma forma, foram calculadas as medidas descritivas para a escala total (Tabela 16).

Tabela 16 – Medidas de estatística descritiva da escala total.

<b>Medidas descritivas</b>	<b>Estatísticas da Escala</b>
Média	164,75
Mediana	165,00
Moda	150(a)
Variância	351,846
Desvio padrão	18,758
Mínimo	121
Máximo	218

(a) Existem múltiplos valores modais. É mostrado o menor valor.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Em relação aos dados encontrados pelas autoras, verifica-se neste estudo, um valor médio mais elevado para a subescala “Relaxamento” ( $m = 8,15$  no original). Para todas as outras subescalas ou dimensões e para a escala total, o valor da média é inferior ao encontrado pelas autoras, sendo que apenas as subescalas de “Suporte” e “Suporte do companheiro” se aproximam dos valores originais (7,59 e 22,57, respectivamente).

Os valores encontrados pelas autoras foram, por ordem das subescalas: 50,89; 56,98; 29,17; 8,15; 7,59; 22,57; 36,33 e 288,53 para a escala total.

Também o valor relativo ao desvio-padrão é inferior no estudo em questão (34,57 no original contra 18,76 no presente estudo), sugerindo uma menor dispersão da amostra.

Procedeu-se à análise da consistência interna para cada dimensão do instrumento em questão e posteriormente para a escala total, sendo que se obtiveram valores de alfa de Cronbach aceitáveis para algumas dimensões e elevados para outras (Tabela 17).

Tabela 17 – Dimensões da escala, número de itens e consistência interna de cada dimensão e da escala total.

<b>Dimensões</b>	<b>Número de itens</b>	<b>Consistência interna</b>
Condições e cuidados prestados	9	0,796
Experiência positiva	17	0,841
Experiência negativa	10	0,554
Relaxamento	6	0,845
Suporte	2	0,722
Suporte do companheiro	6	0,751
Preocupações	11	0,849
Experiência e satisfação com o parto (total)	62	0,811

Tendo em conta os valores de consistência interna obtidos pelas autoras (0,80; 0,87; 0,88; 0,94; 0,79; 0,83; 0,86 para cada dimensão, respectivamente e 0,90 para a escala total), pode afirmar-se que os valores obtidos neste estudo são muito semelhantes, mesmo tendo em conta o facto de se terem extraído alguns itens de cada dimensão e uma dimensão completa, à escala original.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

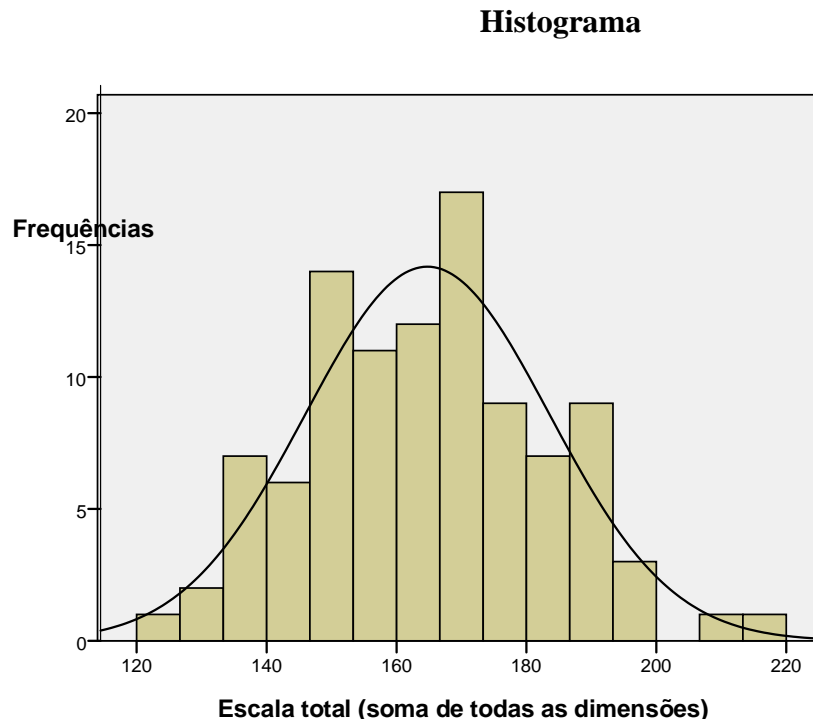
Do conjunto de itens retirados, os itens 32, 35, 38 e 100 correspondem, segundo as autoras do instrumento em análise, ao grupo que aumentaria a consistência interna da escala, embora não de uma forma significativa, se fossem retirados, o que pode justificar, em parte, os resultados encontrados neste estudo.

À semelhança do instrumento referido anteriormente, as autoras também procederam à análise de clusters para agrupar variáveis, neste instrumento. Pelas mesmas razões enunciadas anteriormente, considerou-se pertinente enveredar pela análise factorial.

A análise factorial, através do método de componentes principais com rotação varimax e seguindo o critério de agregação de factores com valores próprios (eigenvalues) superiores a 1 (método utilizado para todas as variáveis), extraíram-se 7 factores com uma variância explicada de 77,58, o que se considera um bom valor.

Procedeu-se ainda, ao estudo da normalidade da distribuição recorrendo ao teste de Kolmogorov - Smirnov, cujo resultado ( $p = ,200$ ) e a Figura 10, indicam que a distribuição é normal.

Figura 10 – Histograma relativo à normalidade da distribuição.



Média =164,75 Desvio padrão =18,758 N =100

### 6.3 – Análise descritiva dos resultados

Posteriormente à caracterização da amostra em termos sociais, demográficos e obstétricos, cabe caracterizá-la em função das variáveis colhidas através dos restantes instrumentos utilizados (avaliação do apoio social e familiar, antecipação do parto, experiência e satisfação com o parto e importância atribuída à preparação para o parto).

#### 6.3.1 - Caracterização da amostra em função do apoio social e familiar

De acordo com os dados obtidos no SPSS e com a tabela de apoio social e familiar por classes, referida anteriormente (p.93) e elaborada com base em valores

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

de referência extraídos dos dados colhidos, verifica-se que a maioria das participantes revela ter bom suporte social e familiar (mín: 30; máx: 70; m = 61,3; mo = 66; dp = 8,1).

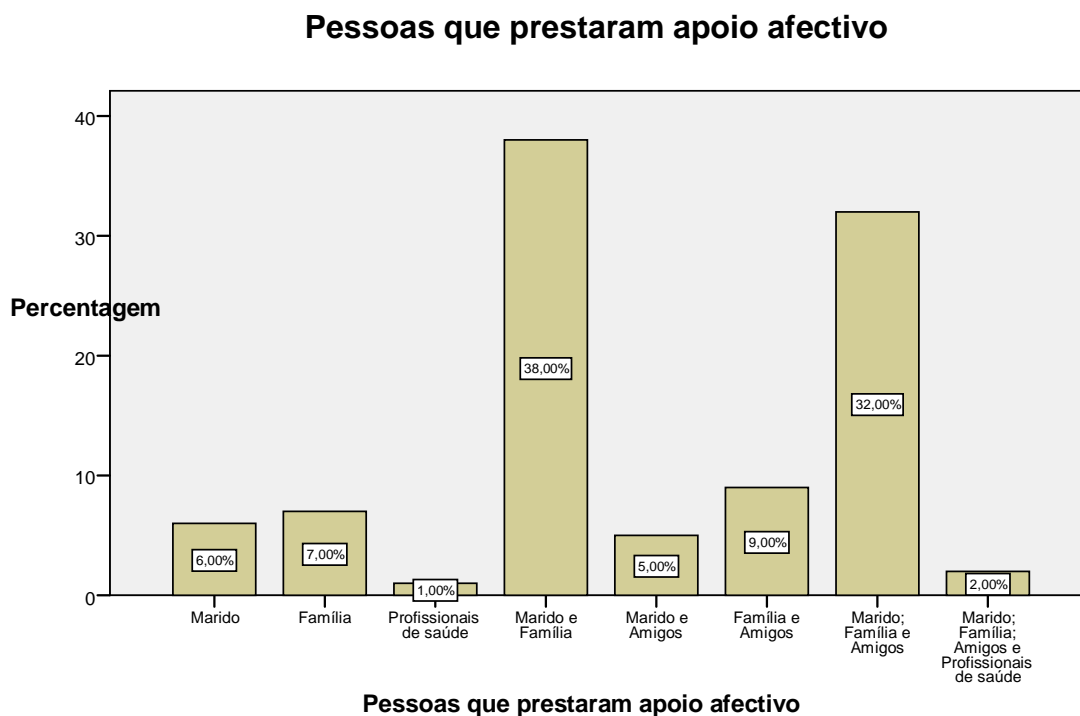
Porém, ao comparar o apoio social e familiar existente entre quem fez e não fez preparação para o parto verifica-se que, embora a média de apoio se mantenha idêntica (61,5 e 60,98 respectivamente) e a maioria das participantes se situe entre o bom e forte apoio em ambos os grupos, existe um maior número de participantes (11) que refere dispor de forte apoio social e familiar no grupo que não fez preparação para o parto, em relação ao grupo que fez (8).

Ao analisar as três dimensões ou subescalas deste instrumento, referentes a três tipos de suporte, verifica-se que a maior fonte de suporte é o companheiro (mín. = 20; máx. = 28; m = 26,2), quando comparado com a mãe (mín. = 3; máx. = 21; m = 18,6) ou com o pai da grávida (mín. = 3; máx = 21; m = 16,6).

Quando se compara estes três tipos de apoio nos dois grupos deste estudo (grávidas com e sem preparação para o parto), constata-se que não há diferenças significativas entre grupos.

Através dos itens acrescentados ao instrumento de avaliação de apoio social e familiar, pode ainda observar-se que a maioria das grávidas (70%) refere que as pessoas que prestam maior suporte quer em termos afectivos, na realização de tarefas e/ou resolução de problemas são o marido, a família e os amigos (Figura 11).

Figura 11 – Distribuição das fontes de apoio afectivo.



A maioria das participantes (89%) concorda que tem ajuda para a resolução de problemas sempre que necessita e refere sentir-se completamente satisfeita em relação a qualquer tipo de apoio recebido (média entre os três tipos de apoio é de 60%).

Muitas participantes (69%), também se consideram muito ou completamente satisfeitas em relação à disponibilidade dos amigos para com as suas necessidades na gravidez.

As grávidas referem que as características pessoais da mãe, o desempenho e assistência dos profissionais de saúde e outros factores como a sorte, o bebé nascer perfeito e com saúde, a mãe manter a sua saúde, são os factores mais determinantes para que o seu parto corra bem, seguidos do tipo e características do parto e presença/apoio do companheiro. Por outro lado, os factores menos relevantes são os conhecimentos da mãe e o conforto na maternidade.

A questão relativa aos factores de que dependem as variáveis decisivas para que o parto corra bem, foi retirada após a colheita de dados por não ter trazido dados diferentes da questão anterior, confirmando-se que não era uma questão relevante.

### 6.3.2 - Caracterização da amostra em função da antecipação do parto

Considerando o total de participantes da amostra verifica-se que a antecipação que as grávidas fazem do parto é, em média, positiva (mín. = 92; máx. = 167;  $m = 132,24$ ;  $dp = 13,65$ ).

No entanto, ao analisar cada grupo separadamente, verifica-se que a maioria (35) das grávidas que fez preparação para o parto faz uma antecipação do parto positiva ou muito positiva, sendo em média, positiva ( $m = 137,04$ ), enquanto que a maioria (32) das grávidas que não fizeram preparação para o parto fazem uma antecipação negativa ou muito negativa deste momento, sendo em média negativa ( $m = 127,44$ ).

Ao analisar cada subescala, separadamente e para cada grupo, e tendo em conta o pressuposto que quanto mais elevada for a cotação obtida em cada subescala, mais positiva será a antecipação da grávida (tal com já foi referido anteriormente), constata-se que, em média, as grávidas que fizeram preparação para o parto, preparam e planeiam mais esse momento (subescala 1) (mín = 8; máx = 32;  $m = 26,2$ ) do que as que não fizeram (mín = 8; máx = 32;  $m = 20,1$ ).

Também têm, em média, expectativas ligeiramente mais positivas em relação ao momento do parto (subescala 2) (mín = 33; máx = 51;  $m = 42,8$ ), do que as que não fizeram preparação (mín = 25; máx = 52;  $m = 40,2$ ).

Por outro lado, o grupo da preparação para o parto apresenta, em média, ligeiramente menos preocupações com a saúde e consequências adversas do parto (subescala 3), (mín = 14; máx = 43;  $m = 24,4$ ) quando comparado com o grupo que não fez preparação (mín = 13; máx = 46;  $m = 25,4$ ).

Em relação às expectativas quanto ao pós-parto (subescala 4) não se registam diferenças significativas entre quem fez preparação para o parto (mín = 6; máx = 17;  $m = 11,4$ ) e quem não fez (mín = 6; máx = 18;  $m = 10,98$ ).

As grávidas que fizeram preparação para o parto apresentam, em média, expectativas ligeiramente mais positivas, quanto à sua relação com o bebé e com o companheiro (subescala 5) (mín = 5; máx = 13;  $m = 9,8$ ) do que as que não fizeram preparação para o parto (mín = 6; máx = 14;  $m = 8,8$ ).

Não se registaram diferenças significativas em relação às expectativas da grávida com o suporte social (subescala 6), entre quem fez preparação para o parto

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto (mín = 13; máx = 28; m = 22,5) e quem não fez preparação (mín = 10; máx = 28; m = 21,9).

Para uma visão mais clara destas comparações entre os dois grupos, apresenta-se a Tabela 18.

Tabela 18 – Comparação dos níveis médios de antecipação entre o grupo de grávidas que fez preparação para o parto e o grupo que não fez, com base nas subescalas do instrumento de antecipação do parto.

<b>Subescalas</b>	<b>Grávidas com preparação para o parto (média)</b>	<b>Grávidas sem preparação para o parto (média)</b>
1 - Planeamento e preparação para o parto	26,2	20,1
2 – Expectativas quanto ao parto	42,8	40,2
3 – Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	24,4	25,4
4 – Expectativas quanto ao pós-parto	11,4	10,98
5 – Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro	9,8	8,8
6 – Expectativas quanto ao suporte social	22,5	21,9

### 6.3.3 - Caracterização da amostra em função da experiência e satisfação com o parto

De forma análoga, analisa-se os valores médios obtidos em cada grupo e para cada subescala deste instrumento (Tabela 19).

Pode dizer-se que não existem diferenças entre grupos no que concerne à satisfação com condições e cuidados prestados (subescala 1) e com o suporte recebido (subescala 5).

Existem mais grávidas que não fizeram preparação para o parto a reportar-se a este momento como uma experiência negativa (m = 26,2), do que as que fizeram a referida preparação (m = 24,9). Da mesma forma, as que fizeram

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

preparação para o parto, referem mais o parto como uma experiência positiva ( $m = 46,6$ ) do que as que não fizeram ( $m = 42,6$ ).

O suporte do companheiro é ligeiramente maior para o grupo de grávidas que fez preparação para o parto ( $m = 19,3$ ) do que para o grupo que não fez ( $m = 18,5$ ).

As grávidas que fizeram preparação para o parto, referem ter atingido maiores níveis médios de relaxamento ( $m = 16,5$ ) e ligeiramente menos preocupações ( $m = 28,2$ ) do que as que não fizeram ( $m = 12,7$ ) e ( $m = 28,8$ ) respectivamente.

Tabela 19 – Comparação dos níveis médios de satisfação entre o grupo de grávidas que fez preparação para o parto e o grupo que não fez, com base nas subescalas do instrumento de experiência e satisfação com o parto.

<b>Subescalas</b>	<b>Grávidas com preparação para o parto (média)</b>	<b>Grávidas sem preparação para o parto (média)</b>
1 – Condições e cuidados prestados	27,5	27,44
2 – Experiência positiva	46,6	42,6
3 – Experiência negativa	24,9	26,2
4 – Relaxamento	16,5	12,7
5 – Suporte	5,2	5
6 – Suporte do companheiro	19,3	18,5
7 - Preocupações	28,2	28,8

Considerando o total de participantes da amostra e a pontuação obtida pelas mesmas na escala total, verifica-se que são revelados níveis médios positivos de satisfação em relação ao parto (mín. = 121; máx. = 218;  $m = 164,75$ ;  $dp = 18,76$ ).

Como já foi referido anteriormente, à escala original de Experiência e satisfação com o parto (adaptação de Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais, 2004), foram acrescentados quatro itens que se analisaram apenas em termos descritivos e cujos resultados se apresentam a seguir.

A questão que aborda o nível de satisfação global da puérpera relativamente ao seu parto foi construída para confirmar os níveis de satisfação obtidos através da escala original. Inicialmente, foi apresentada uma escala de tipo Likert de 10 posições para responder, tendo sido posteriormente recodificada para uma escala

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

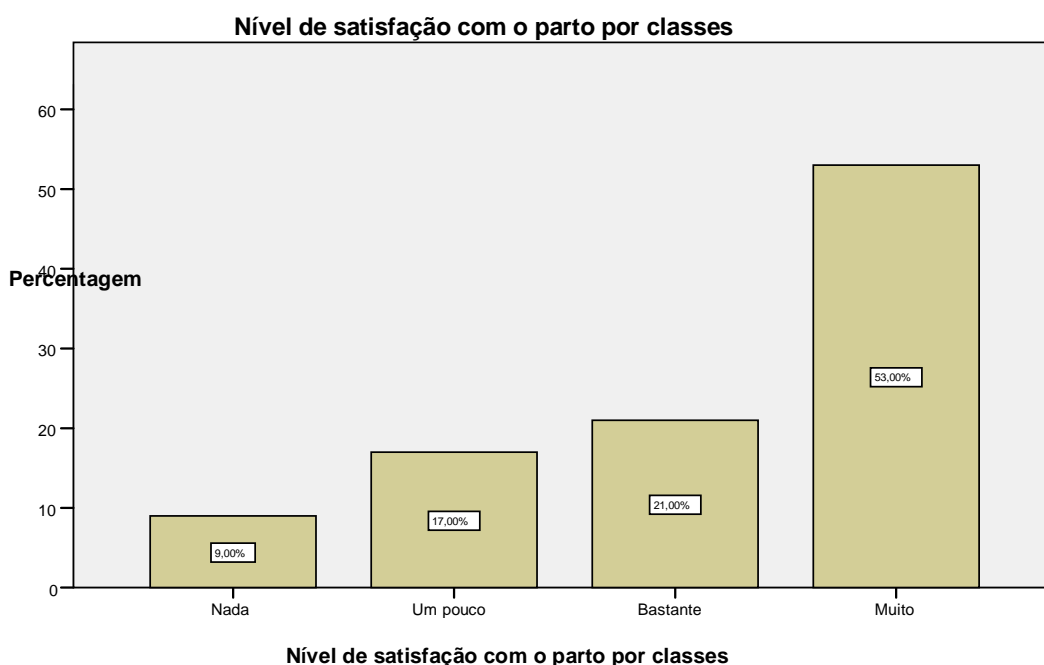
de quatro posições semelhante à utilizada no instrumento original, como se apresenta na tabela abaixo indicada:

Tabela 20 – Satisfação global com o parto por classes.

Valores Iniciais	Classe	Nível de Satisfação
1,2,3	1	Nada
4,5	2	Um pouco
6,7	3	Bastante
8,9,10	4	Muito

Desta forma, conforme explicitado na Figura 12, verifica-se que a maioria das puérperas (74%) referiram sentir grande satisfação (muito e bastante satisfeitas) em relação ao momento do parto, o que não se conseguia perceber apenas através da pontuação média obtida na escala total.

Figura 12 – Distribuição dos níveis de satisfação com o parto.



Em consonância com o que já tinham manifestado anteriormente, 23% das participantes aponta o desempenho dos profissionais de saúde como o factor que

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

mais contribui para o nível de satisfação com o parto, seguido da presença/apoio do companheiro associado ao desempenho dos profissionais de saúde (7%).

Observou-se também uma grande diversidade de respostas apontando outros factores.

A questão relativa às pessoas que mais influenciaram o nível de satisfação com o parto foi retirada na fase de tratamento de dados, por se verificar que os dados que comportava eram semelhantes aos colhidos na questão anterior e referidos no parágrafo anterior.

Registou-se essencialmente, dois tipos de significado atribuído ao parto, consoante a experiência e satisfação da puérpera com o parto. De notar que para qualquer dos casos, se verifica de forma quase invariável, uma ambivalência de sentimentos que muitas vezes, senão a maioria, existe em relação ao parto.

Verificam-se exemplos que revelam optimismo, satisfação e alegria, tais como: “O momento do parto foi para mim um momento especial, com alguns momentos de ansiedade mas também um dos momentos mais incríveis da minha vida, fascinante”; “Foi um momento doloroso mas que sabia que me tinha de concentrar no que era mais importante, eu e a bebé”; “Esquecendo todo o sofrimento que a ele associei, é uma coisa única, indescritível, é o nascer de um pouco de mim numa outra vida”; “Foi um misto de emoções”; “Uma grande dor e prazer ao mesmo tempo”; “Um momento único mas muito doloroso”; “Significou momento de pânico mas no fim uma grande felicidade”; “o momento mais feliz da minha vida, pois como foi com anestesia local, naquele momento senti uma grande emoção”, “uma enorme surpresa. O início de uma história de amor”, “foi como ter ganho o Euromilhões”; “Realização, alegria, vida.... “;

Mas também existem exemplos que revelam alguma frustração e insatisfação, tais como: “dor intensa”, “infelizmente não pude assistir, levei anestesia geral, foi cesariana”, “não significou nada”.

A associação da ideia de novidade e mudança ao momento do parto, também foi encontrada (“Muitos pensamentos e uma experiência na vida. Um momento inesperado”; “Vida nova. Tudo fica diferente depois. É uma nova etapa na vida apesar da gravidez ser já uma fase de transição”).

#### 6.3.4 – Caracterização da amostra em função da importância atribuída à preparação para o parto

Este instrumento será analisado, na sua totalidade, apenas em termos descritivos.

Já foi referido que apenas 50% das participantes frequentaram o referido curso, não interessando o método subjacente e a outra metade não frequentou nenhum curso de preparação para o parto.

A principal razão que leva as grávidas a optarem por fazer um curso de preparação para o parto está ligada à necessidade das próprias se sentirem informadas, preparadas e autoconfiantes para o momento do parto (44%). Por outro lado, a decisão de não realizar um curso de preparação para o parto relaciona-se, essencialmente, com a insuficiência/ineficácia dos cursos de preparação para o parto realizados nos Centros de Saúde da área de residência, a par do elevado custo dos cursos realizados a nível privado (17%) e com a alegada falta de tempo ou incompatibilidade de horários das grávidas e dos cursos (13%).

A maioria das grávidas que frequentou o curso de preparação para o parto, assistiu a 9 aulas (mín.= 1; máx.= 30;  $m = 4,54$ ;  $dp = 5,76$ ).

Constata-se, de forma geral e consensual, que os temas abordados nos cursos de preparação para o parto são: alimentação pré e pós-parto, amamentação, cuidados com o bebé e gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, tipos de analgesia no parto, esclarecimento de dúvidas e níveis emocionais pré/pós-parto.

Dos temas abordados nos cursos de preparação para o parto, a possibilidade de esclarecer dúvidas (21%) é o item que as participantes mais privilegiam, registando-se uma distribuição homogénea entre outros aspectos.

Por outro lado, apesar de 36 das 50 grávidas que realizaram curso de preparação para o parto se mostrar satisfeita com todos os temas abordados, verifica-se que o que menos apreciam são aulas muito longas, muito teóricas e pouco realistas (6%), a par de outros factores (6%), como o pouco tempo dispensado a explicar e esclarecer situações em que é necessário recorrer a um parto por via alta (cesariana), legislação e exercícios relativos aos tipos de respiração a realizar em trabalho de parto e parto.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Apesar de 33 grávidas sentirem que a informação dada foi suficiente, algumas referem que as aulas deviam ser mais práticas e realistas (9%) e, em simultâneo aprofundar alguns aspectos (7%), como os tipos de parto.

Os Enfermeiros foram a classe profissional responsável pela preparação para o parto de cerca de metade (26%) das grávidas pertencente ao grupo que fez preparação, sendo que o número de grávidas preparadas por Enfermeiros aumenta se tivermos em conta os cursos que funcionaram com uma equipa multidisciplinar, pelo que não se pode deixar de sentir a responsabilidade acrescida inerente a estes resultados (Figura 13).

De referir também que a maioria das grávidas (38%) mostrou elevado nível de satisfação com o tratamento que teve por parte dos técnicos responsáveis pelo curso em questão.

Tabela 21 – Distribuição dos técnicos que ministraram cursos de preparação para o parto.

<b>Técnicos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Enfermeiro	26	26,0	26,0
Fisioterapeuta	6	6,0	32,0
Outros	1	1,0	33,0
Enfermeiro e Fisioterapeuta	3	3,0	36,0
Enfermeiro, Fisioterapeuta e Nutricionista	4	4,0	40,0
Enfermeiro, Fisioterapeuta e Psicólogo	3	3,0	43,0
Enfermeiro, Psicólogo e Outros	1	1,0	44,0
Fisioterapeuta e Psicólogo	1	1,0	45,0
Enfermeiro, Fisioterapeuta, Nutricionista e	3	3,0	48,0

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Psicólogo			
Enfermeiro e outros	2	2,0	50,0
Não fez preparação para o parto	50	50,0	100,0
Total	100	100,0	

Verificou-se que a maioria das mulheres inquiridas (61%) se sentia preparada para o parto quando ele estava para ocorrer.

As características ou atitudes pessoais da mulher e o facto desta sentir que possui ou não possui conhecimentos adequados para enfrentar o momento do parto são os factores mais apontados pelas participantes como razão de se sentirem preparadas (31% e 20%, respectivamente), ou não (25% e 14%, respectivamente) para este momento, funcionando nos dois sentidos e sendo válido para quem se preparou ou não para o parto (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição das razões que permitem que a mulher se sinta preparada para o parto.

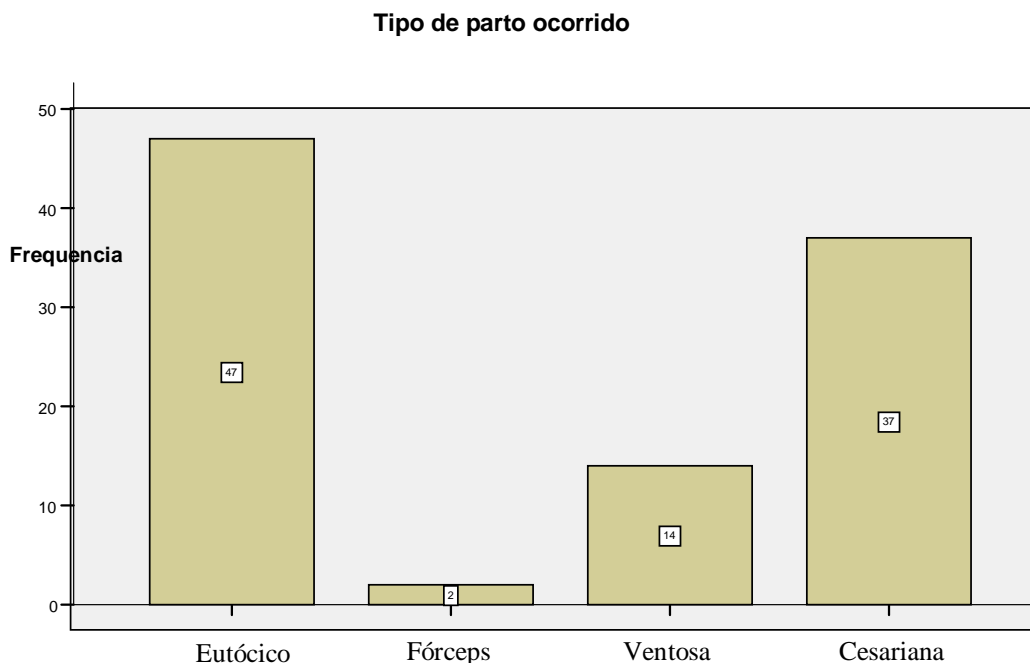
<b>Razões referidas pelas puérperas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem Acumulada</b>
Não se sentia preparada por falta de conhecimentos	14	14,0	14,0
Não se sentia preparada por características/ atitudes da mãe	25	25,0	39,0
Sentia-se preparada por ter conhecimentos adequados	20	20,0	59,0
Sentia-se preparada por características/ atitudes da mãe	31	31,0	90,0

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Sentia-se preparada por ter apoio/confiança nos profissionais de saúde	4	4,0	94,0
Sentia-se preparada por ter conhecimentos adequados e por características/attitudes da mãe	4	4,0	98,0
Sentia-se preparada por características/attitudes da mãe e por sentir apoio/confiança nos profissionais de saúde	2	2,0	100,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	

Os partos ocorridos distribuíram-se entre eutócicos (47%) e distócicos (53%), sendo que dentro deste último grupo se registaram alguns fórceps (3,77%), ventosas (26,42%) e mais de metade foram cesarianas (69,8%) (Figura 13).

Figura 13 – Distribuição dos tipos de parto ocorridos



Constata-se que a maioria das grávidas (96%) refere ter tido oportunidade de esclarecer as suas dúvidas em relação á gravidez e ao parto durante a fase gestacional, no entanto, só 63% afirma que lhe era fornecida a informação necessária mesmo sem a grávida questionar.

As dúvidas mais frequentes relacionam-se com os tipos de parto, anestésias possíveis no trabalho de parto e parto (35%) bem como as alterações e cuidados necessários com a gravidez (13%), o que vem de encontro aos dados já apresentados da revisão bibliográfica, que referem que o tipo de parto e a analgesia disponível são dos factores que mais influencia a qualidade do parto, sendo portanto, uma das grandes preocupações e fonte de ansiedade antes do mesmo.

Segundo as participantes, é a classe médica que mais frequentemente esclarece as dúvidas existentes, quer de forma isolada (22%), quer em associação a outros profissionais como os enfermeiros (9%) ou os técnicos que realizam a preparação para o parto (13%), o que é uma clara evolução em relação ao exposto por Couto (2003), que refere que a maioria das grávidas obtêm informação, mesmo que informal, através de revistas e livros.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Os resultados obtidos nesta matéria, para a classe de Enfermagem, são muito baixos mesmo quando se associa esta classe à família, médicos e amigos.

A maioria das parturientes optou por realizar analgesia epidural (76%), justificando esta tomada de decisão pelo grau de dor e ansiedade sentidos nessa fase (66%).

Contrariamente, os motivos médicos, de que são exemplo: ter uma tatuagem no local de punção, ter parâmetros de infecção, ter problemas cardiovasculares, a equipa médica decidir proceder a cesariana no momento de realizar epidural, passando a anestesia geral ou o anestesista estar indisponível, são a razão mais apontada (13%) para não utilizar a analgesia epidural, seguidamente registam-se os trabalhos de parto que evoluíram muito rapidamente não permitindo executar a técnica (6%) (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição das razões que levam a grávida a optar ou não pela analgesia epidural.

Razões	Frequências	Percentagens
Não teve analgesia epidural por motivos médicos	13	13%
Não teve analgesia epidural por trabalho de parto ter sido muito rápido	6	6%
Não teve analgesia epidural por outras razões	3	3%
Optou por analgesia epidural pelo elevado grau de dor/ansiedade	66	66%
Optou por analgesia epidural porque foi aconselhada	3	3%
Optou por analgesia epidural por outras razões	3	3%
Optou por analgesia epidural pelo elevado grau de dor/ansiedade e porque foi aconselhada	2	2%
Optou por analgesia epidural pelo elevado grau de dor/ansiedade e outras razões	4	4%

Quando questionadas em relação à utilidade da analgesia epidural, a maioria das puérperas refere que foi útil (65%), na medida em que aliviou a dor, permitindo que enquanto parturiente, desfrutasse e colaborasse mais no trabalho de parto e parto.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

No entanto, 11% referem que este tipo de analgesia não tem qualquer utilidade, dando como justificação: a ineficácia da mesma por terem continuado com dor ou o efeito curto da analgesia, trabalho de parto muito prolongado tendo existido vários períodos em que sentiram dor, não ter permitido que colaborassem no período expulsivo levando a que se procedesse a cesariana (Tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição da opinião das grávidas quanto à utilidade da analgesia epidural.

Opiniões	Frequências	Percentagens
É útil porque alivia a dor, permite desfrutar/ colaborar no trabalho de parto e parto	65	65%
Não é útil	11	11%
Não realizou analgesia epidural	24	24%

### 6.4 – Análise das relações entre as variáveis

Apresentam-se agora as conclusões retiradas dos testes a que se submeteram as variáveis anteriormente apresentadas, de forma a responder às questões de investigação. Estes dados serão discutidos posteriormente.

Como já houve oportunidade de referir, foram estabelecidos diferentes níveis de relações entre variáveis, adoptando uma variável como dependente em cada grupo, uma vez que havia interesse em saber a relação de cada variável com a variável independente.

Na primeira e segunda fase ou nível, as variáveis dependentes utilizadas, são medidas a nível intervalar e a sua distribuição é normal (simétrica e mesocúrtica), por outro lado, o tamanho da amostra é de ( $n = 100$ ), dados que parecem cumprir os pressupostos de utilização de testes de hipóteses paramétricos.

Na tentativa de evitar o erro tipo I, utilizaremos o nível de significância de ( $\alpha = 0,05$ ), imprimindo desta feita um nível de confiança de 95,00% nos resultados obtidos (Hill & Hill, 2000; Maroco, 2003).

#### 6.4.1 - Factores influenciadores da antecipação do parto

##### **Grupo I** (primeira fase)

Nesta primeira fase, a variável dependente é a **Antecipação do parto**, uma vez que interessa saber a relação que esta variável poderá ter com as características sociodemográficas, com o apoio social existente e a frequência de curso de preparação para o parto.

As questões de investigação serão novamente apresentadas, de acordo com as variáveis em estudo e pela ordem que em que se apresentaram no capítulo II, de forma a facilitar a leitura e consulta do trabalho. Para cada uma das questões é apresentada a resposta com base no teste de hipótese efectuado.

No final deste ponto (em 6.8) é apresentado um resumo de todas as relações entre as variáveis, agrupando-se posteriormente apenas as relações significativas, no modelo de análise proposto.

##### 6.4.1.1 - Influência das variáveis sociodemográficas.

Questão de investigação 1 – A idade da grávida primípara influencia a antecipação que a mesma faz do parto?

Para responder a esta questão, utiliza-se o teste de Correlação de Pearson, uma vez que a variável independente é medida a nível intervalar.

Os dados permitem afirmar que não existe influência entre a idade e a antecipação do parto ( $r = 0,023$ ;  $p = 0,820$ ).

Questão de investigação 2 – As habilitações literárias da grávida primípara influenciam a sua antecipação para o parto?

Utiliza-se o teste de Análise da Variância (ANOVA), para analisar a possível relação entre estas variáveis, porque a variável independente apresenta cinco categorias.

Obteve-se um valor de Levene de 0,603, o que permite avançar com o referido teste, uma vez que nos indica que há homogeneidade na variância.

Verifica-se ainda que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados ( $f = 4,565$  e  $p = 0,002$ ), apesar de não ser possível saber entre que grupos existem essas diferenças.

Para esclarecer esta dúvida recorreu-se ao teste de Bonferroni. No entanto, este mostrou-se insuficiente neste esclarecimento, uma vez que uma das categorias não tem variabilidade ( $n = 1$ ).

Ainda assim, de acordo com os resultados do teste e com os dados apresentados na Tabela 25 pode afirmar-se que quanto mais elevadas forem as habilitações literárias mais positiva é a antecipação que a grávida faz do parto.

Tabela 25 – Distribuição das habilitações literárias das participantes.

	N	Média	Desvio padrão
1º ciclo	1	114,00	.
2º ciclo	2	118,50	7,778
3º ciclo	14	126,79	13,662
Ensino Secundário	39	128,95	14,109
Ensino Superior	44	137,93	11,232
Total	100	132,24	13,652

Questão de investigação 3 -A profissão da mulher influencia a antecipação que a mesma faz do parto?

Tal como na questão anterior, e utilizando o mesmo critério, prossegue-se com o teste de ANOVA, após se ter obtido um valor de Levene de 0,366.

Verifica-se que, à semelhança das habilitações literárias, também a profissão da mulher influencia a antecipação que a mesma faz do parto ( $f = 3,063$ ;  $p = 0,020$ ), sendo que quanto mais diferenciada é a profissão da grávida, mais positiva é a antecipação que a mesma faz do parto.

Questão de investigação 4 – O desejo da gravidez influencia a antecipação que a grávida primípara faz do parto?

Utiliza-se o teste de Análise da Variância (ANOVA) porque a variável independente apresenta seis categorias.

Com um valor de Levene de 0,664 foi possível avançar com o referido teste, verificando-se que não existe influência entre o desejo da gravidez e a antecipação que a grávida faz do parto ( $f = 0,034$  e  $p = 0,966$ ).

#### 6.4.1.2 – Influência das variáveis de natureza social.

Questão de investigação 5 – Haverá relação entre o apoio social existente e a antecipação que a grávida faz do parto?

A variável independente é medida a nível intervalar, pelo que se utiliza o teste de Correlação de Pearson, concluindo-se através deste, que o apoio social não influencia ou não se relaciona com a antecipação que a grávida faz do parto ( $r = 0,119$  e  $p = 0,238$ ).

Questão de investigação 6 - A frequência de curso de preparação para o parto influencia a antecipação do parto?

Recorre-se ao teste t, na medida em que a variável independente é dicotómica.

Conclui-se que a frequência do curso de preparação para o parto influencia a antecipação que a grávida faz do parto ( $t = 3,740$ ;  $p=0,001$ ).

#### 6.5 – Factores influenciadores da experiência e satisfação com o parto

##### **Grupo II** (segunda fase)

Nesta fase, a variável dependente é a **Experiência e Satisfação com o parto**, uma vez que interessa saber a relação que esta variável poderá ter com as características sociodemográficas, com o apoio social existente, com a antecipação do parto, com o tipo de parto ocorrido, com a utilização de analgesia epidural e com a frequência de curso de preparação para o parto.

Sendo a variável dependente medida a nível intervalar e apresentando uma distribuição normal, usam-se testes paramétricos para confirmar ou infirmar as relações entre as variáveis sugeridas anteriormente.

##### 6.5.1 – Influência das variáveis sociodemográficas

Questão de investigação 7 – A idade da grávida influencia a sua satisfação com o parto?

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Recorre-se à correlação de Pearson, na medida em que a variável independente é medida a nível intervalar.

Conclui-se que existe uma correlação negativa mas não significativa ( $r = -0,1$ ;  $p = 0,238$ ) entre a idade e o nível de satisfação com a experiência de parto, por parte da grávida.

Questão de investigação 8 – As habilitações literárias da grávida influenciam a sua satisfação com o parto?

À semelhança do procedimento realizado para responder à questão 2, utiliza-se o teste de análise de variância (Anova), obtendo-se resultados semelhantes.

Através deste teste e dos dados da Tabela 25 (apresentada anteriormente), conclui-se que há diferenças estatisticamente significativas entre quem tem mais ou menos habilitações literárias e o nível de satisfação obtido com o parto ( $f = 2,665$ ;  $p = 0,037$ ). Quanto maiores são as habilitações literárias maior é a satisfação com o parto, sendo que são as mulheres que têm ensino superior que apresentam maiores níveis médios de satisfação.

Do mesmo modo que na questão 2, também aqui não é possível especificar o nível de habilitações literárias em que a satisfação é maior por não ser possível utilizar o teste de Bonferroni (por não haver variação numa das categorias).

Questão de investigação 9 – A profissão da grávida influencia a sua satisfação com o parto?

Através do teste de Análise de variância (ANOVA), constata-se que contrariamente aos resultados obtidos na questão anterior, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a profissão desempenhada e o nível da satisfação com o parto manifestado ( $f = 1,101$ ;  $p = 0,371$ ).

### 6.5.2 - Influência das variáveis de natureza social

Questão de investigação 10 – O apoio social influencia a experiência e satisfação com o parto das grávidas primíparas?

Utiliza-se o teste de Correlação de Pearson, uma vez que a variável independente é medida a nível intervalar.

À semelhança dos resultados obtidos anteriormente, em relação à antecipação do parto, também se constata que não existe influência entre o apoio social e a experiência e satisfação com o parto ( $r = -0,049$  e  $p = 0,625$ ).

#### 6.5.3 - Influência da antecipação do parto

Questão de investigação 11 – A antecipação que a grávida primípara faz do parto influencia a sua experiência e satisfação no parto?

Utiliza-se o teste de Correlação de Pearson, uma vez que a variável independente é medida a nível intervalar.

Verifica-se que quanto mais positiva for a antecipação que a grávida faz do parto, melhor será a sua experiência e maior será a sua satisfação, em relação a esse momento ( $r = 0,398$  e  $p = 0,001$ ).

#### 6.5.4 – Influência do tipo de parto

Questão de investigação 12 - O tipo de parto relaciona-se com a satisfação com o parto?

Recorrendo-se ao teste ANOVA ( $f = 1,282$ ,  $p = 0,196$ ), verifica-se que embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, **os valores médios**

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto  
**de satisfação com o parto mais elevados encontram-se associados ao parto eutócico.**

#### 6.5.5 – Influência da utilização de analgesia epidural

Questão de investigação 13 - A utilização de analgesia epidural influencia a satisfação com o parto?

Através do teste *t* de student (Levene = 0,109;  $t = - 1,520$ ;  $p = 0,742$ ) verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, não há relação entre o uso de analgesia epidural e o nível da satisfação com o parto.

#### 6.5.6 - Influência da frequência de curso de preparação para o parto

Questão de investigação 14 – A frequência de curso de Preparação para o parto por parte das grávidas primíparas influencia a experiência e satisfação no parto?

Utiliza-se o teste *t* de Student, uma vez que a variável independente é dicotómica.

Obteve-se um valor de Levene de 0,581, o que permite avançar com o teste supracitado, concluindo-se que as grávidas que frequentaram o curso de preparação para o parto apresentam um nível médio de satisfação com esse momento mais elevado ( $m = 168,18$ ), comparativamente às que não frequentaram o curso em questão ( $m = 161,32$ ) (Tabela 26).

Observa-se ainda um valor de  $p = 0,067$  que não sendo significativo é um valor limítrofe, pelo que não sabemos se com um *N* maior, este valor não seria estatisticamente significativo.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela nº 26 – Distribuição do número de grávidas que frequentou e não frequentou o curso de preparação para o parto em função do nível de satisfação com o parto.

<b>Preparação para o parto</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Não	50	161,32	18,182
Sim	50	168,18	18,875

6.6 – Factores que influenciam a decisão de realizar curso de preparação para o parto

**Grupo III (terceira fase)**

A variável dependente é a **Preparação para o Parto** que é medida a nível nominal dicotómica, pelo que se usa o teste do Qui quadrado para testar as relações entre as variáveis (Hill & Hill, 2000; Maroco, 2003).

6.6.1 - Influência das variáveis sociodemográficas

Questão de investigação 15 – A idade da grávida primípara influencia a sua decisão de realizar ou não curso de Preparação para o Parto?

A idade da grávida influencia significativamente, a sua decisão de realizar um curso de preparação para o parto ( $\chi^2 = 13,762$ ; gl = 4; p = 0,008), observando-se ainda que são as mulheres cuja idade se situa entre os 29 e 33 anos que mais decidem realizar curso de Preparação para o Parto, seguidas pelas mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 28 anos (Tabela 27).

Apoyo Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela nº 27 – Distribuição das grávidas que frequentaram e não frequentaram o curso de preparação para o parto em função da idade.

		Idade por classes					Total
		19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	
Preparação Para o parto	Não	13	13	18	3	3	50
	Sim	1	17	27	4	1	50
Total		14	30	45	7	4	100

Questão de investigação 16 – As Habilitações literárias da grávida primípara influenciam a sua decisão de realizar ou não curso de Preparação para o Parto?

As habilitações literárias da grávida influenciam significativamente, a sua decisão de realizar um curso de preparação para o parto. ( $\chi^2 = 30,983$ ; gl = 4; p = 0,001), sendo ainda de referir que são as mulheres que frequentaram o Ensino Secundário que começam a realizar Preparação para o Parto, sendo que a maioria das mulheres que realiza o curso em questão, tem como habilitações o Ensino Superior (Tabela 28).

Tabela nº 28 – Distribuição das grávidas que frequentaram e não frequentaram o curso de preparação para o parto em função das habilitações literárias.

		Habilitações Literárias da grávida por classes					Total
		1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
Preparação para o parto	Não	1	1	13	26	9	50
	Sim	0	1	1	13	35	50
Total		1	2	14	39	44	100

6.6.2 - Influência das variáveis de natureza social

Questão de investigação 17 – O apoio social influencia a decisão da grávida primípara de realizar ou não o curso de Preparação para o Parto?

Verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $\chi^2 = 6,632$ ; gl = 3; p = 0,085).

A corroborar este facto, na Tabela 29, observa-se que os valores que indicam maior apoio social se situam na mesma posição (“Bom”), para ambos os grupos.

Tabela nº 29 – Distribuição das grávidas que frequentaram e não frequentaram o curso de preparação para o parto em função do apoio social recebido.

		Apoio Social por Classes				Total
		Fraco	Moderado	Bom	Forte	
Preparação para o parto	Não	12	6	19	13	50
	Sim	5	11	26	8	50
Total		17	17	45	21	100

6.6.3 - Influência da antecipação do parto

Questão de investigação 18 – A antecipação que a grávida primípara faz do parto influencia a sua decisão de realizar ou não o curso de Preparação para o

A antecipação que a grávida faz do seu parto influencia de forma significativa, a sua decisão de realizar um curso de preparação para o parto, ou

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto  
 seja, as mulheres que fazem preparação para o parto são as que antecipam o seu parto de forma mais positiva ( $\chi^2 = 12,900$ ; gl = 3; p = 0,005).

A confirmar esta constatação, observa-se que o grupo de grávidas que realizou o curso de preparação para o parto apresenta maiores valores de antecipação positiva e muito positiva, enquanto que o grupo que não realizou o referido curso apresenta maiores valores na antecipação negativa e muito negativa (Tabela 30).

Tabela nº 30 – Distribuição das grávidas que frequentaram e não frequentaram o curso de preparação para o parto em função da sua antecipação para o parto.

		Antecipação do parto por classes				Total
		Muito negativa	Negativa	Positiva	Muito positiva	
Preparação para o parto	Não	14	18	12	6	50
	Sim	4	11	21	14	50
Total		18	29	33	20	100

#### 6.6.4 – Influência do desejo de gravidez

Questão de investigação 19 – O desejo da gravidez da grávida primípara influencia a sua decisão de realizar ou não curso de Preparação para o Parto?

Verifica-se que não há relação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 4,174$ ; gl = 2; p = 0,124) entre o desejo da gravidez e a decisão da grávida de realizar um curso de Preparação para o Parto, facto que se confirma na Tabela 31, visto que é referido que a maioria das gravidezes são desejadas por ambos os progenitores, não havendo grande discrepância entre os dois grupos em estudo, quanto à decisão de fazer ou não preparação para o parto.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Tabela nº 31 – Distribuição das grávidas que frequentaram e não frequentaram o curso de preparação para o parto em função do desejo da gravidez.

		Desejo da gravidez			Total
		Desejada por ambos	Desejada pelo pai	Não desejada por ambos	
Preparação para o parto	Não	44	2	4	50
	Sim	48	2	0	50
Total		92	4	4	100

#### 6.7 – Outras relações entre as variáveis

Após ter respondido às questões de investigação colocadas inicialmente, ficaram ainda algumas relações por conhecer, pelo que se optou por formar um último grupo de relações de variáveis, que partilham a mesma variável independente: a frequência de preparação para o parto.

Nesta fase de testes entre variáveis, pretende-se então conhecer a influência que esta variável independente tem nas seguintes variáveis, agora tidas como dependentes: o tipo de parto e sentimento de estar adequadamente preparada para o parto.

#### **Grupo IV** (quarta fase)

Sendo que as variáveis dependentes são medidas a nível nominal, usa-se o teste do Qui-quadrado para testar as relações propostas entre as variáveis (Hill & Hill, 2000; Maroco, 2003).

6.7.1 - A influência do curso de preparação para o parto no tipo de parto

Questão de investigação 20 – A frequência de curso de Preparação para o Parto influencia o tipo de parto que ocorre?

De acordo com os dados encontrados, verifica-se que existe relação estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 8,322$ ; gl = 3; p = 0,040), entre a realização do curso em questão e o tipo de parto ocorrido, sendo a maioria das grávidas que realizaram o curso, passaram pela experiência de um parto eutócico (Tabela 32).

Em relação ao número relativamente elevado que se observa na posição correspondente aos partos por via alta, constata-se que é um facto nos dois grupos em estudo, pelo que se conclui que não se relaciona com o facto de ter havido realização de curso de Preparação para o Parto ou não.

Tabela nº 32 – Distribuição das grávidas que frequentaram e não frequentaram o curso de preparação para o parto em função do tipo de parto.

		Tipo de parto ocorrido				Total
		Eutócico	Fórceps	Ventosa	Cesariana	
Preparação para o parto	Não	19	2	11	18	50
	Sim	28	0	3	19	50
Total		47	2	14	37	100

6.7.2 – A influência do curso de preparação para o parto no sentimento da parturiente de estar adequadamente preparada no momento do parto

Questão de investigação 21 – A frequência de curso de Preparação para o Parto influencia a existência de sentimento de estar adequadamente preparada para o parto quando ele está para ocorrer, por parte da parturiente?

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Há relação entre a frequência do curso de preparação para o parto e o facto da parturiente se sentir adequadamente preparada para o parto quando ele está para ocorrer.

A maioria das parturientes que frequentou o referido curso revela-se preparada para o momento do parto ao nível de 0,001.

### 6.8 – Síntese dos resultados e modelo de análise

Neste ponto apresenta-se um resumo das relações significativas encontradas entre as variáveis em estudo, sendo que é com base nestas que se reformula o modelo de análise apresentado anteriormente.

Com base nos testes efectuados anteriormente, conclui-se que:

A **idade da grávida** não influencia nem a antecipação, nem a satisfação com o parto, influenciando, no entanto, a decisão de frequentar um curso de preparação para o parto. São as mulheres cuja idade se situa entre os 29 e 33 anos que mais decidem frequentar um curso de Preparação para o Parto, seguidas pelas mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 28 anos.

A formação ou **habilitações literárias** e a **profissão da grávida** influenciam tanto a antecipação como o nível da satisfação com o parto, sendo que quanto mais elevadas forem as habilitações literárias mais positiva é a antecipação e maior o nível de satisfação e quanto mais diferenciada for a profissão da grávida, mais positiva é a antecipação que a mesma faz do parto e maior o seu nível da satisfação com o mesmo.

As habilitações literárias também influenciam a decisão de frequentar um curso de preparação para o parto.

O facto da **gravidez ter sido desejada ou não**, não influencia a antecipação que a grávida faz do parto nem se relaciona com a decisão de frequentar um curso de preparação para o parto.

O **apoio social** não influencia nem a antecipação que a grávida faz do parto, nem a satisfação em relação a esse momento, nem a decisão de frequentar um curso de preparação para o parto.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

A **antecipação** que a grávida faz do seu parto influencia de forma significativa, a sua decisão de realizar um curso de preparação para o parto, ou seja, as mulheres que fazem preparação para o parto são as que antecipam o seu parto de forma mais positiva.

As mulheres que conseguem antecipar o seu parto mais positivamente, também apresentam maiores níveis de satisfação, em relação a esse momento.

Os valores médios de **satisfação** com o parto mais elevados encontram-se associados ao parto eutócico. (embora relação não estatisticamente significativa)

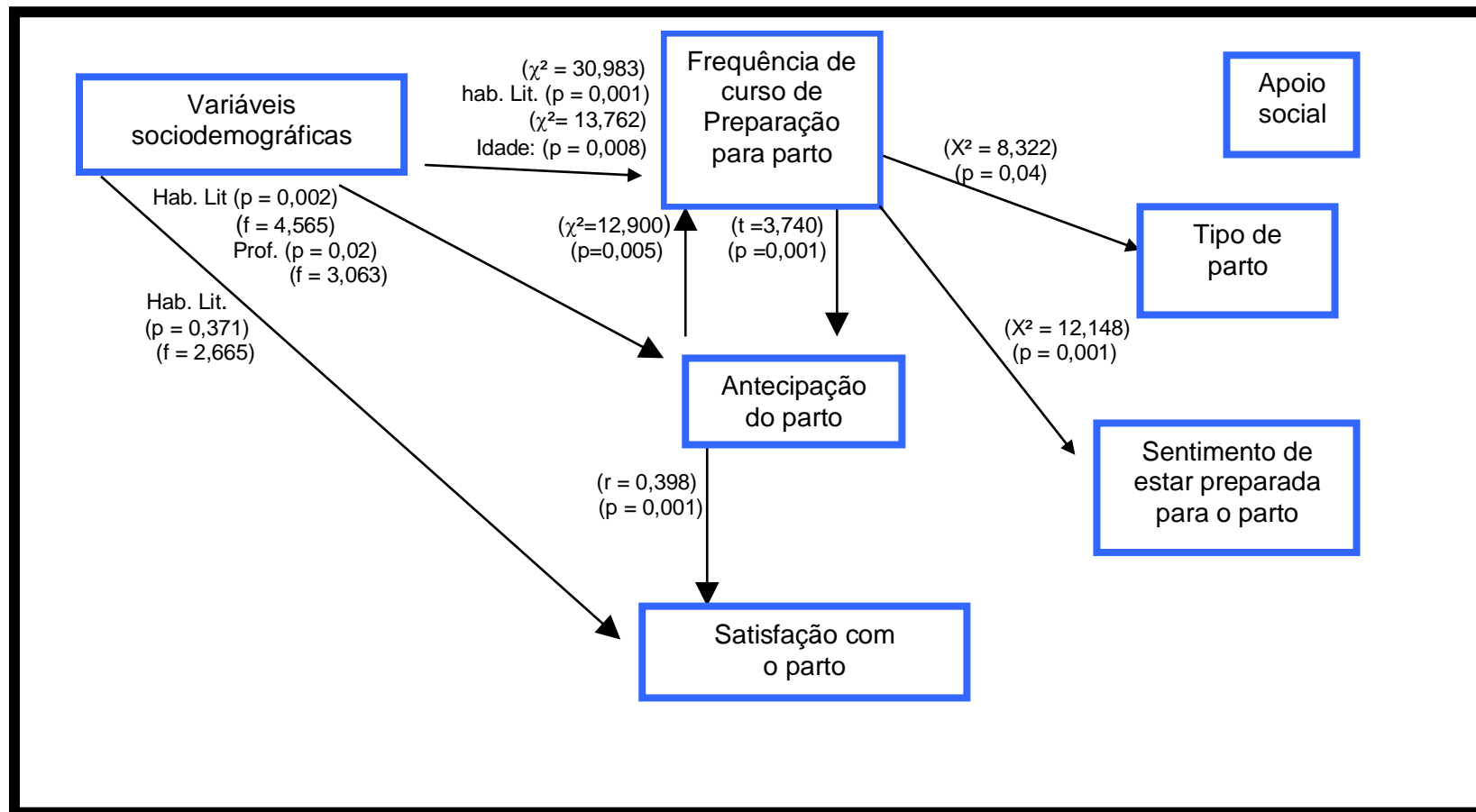
A **frequência do curso de preparação** para o parto influencia a antecipação que a grávida faz do parto. O nível médio de satisfação em relação ao parto também é mais elevado nas participantes que frequentaram curso de preparação para o parto.

Também se regista influencia desta variável tanto no tipo de parto ocorrido, sendo que a maioria das grávidas que realizaram o curso, passaram pela experiência de um parto eutócico, como no facto da parturiente se sentir adequadamente preparada para o parto quando ele está para ocorrer.

Não se verificou a existência de relação entre o uso de analgesia epidural e o nível da satisfação com o parto.

Depois de testadas as relações propostas com base na revisão da literatura e retiradas todas as relações não significativas, surge o seguinte modelo conceptual (Figura 14):

Figura 14 – Modelo conceptual com as relações significativas entre as variáveis estudadas.



## 7 – Discussão dos resultados

Neste ponto serão discutidos os principais resultados deste estudo, de acordo com as variáveis estudadas (características sociais, demográficas e obstétricas, apoio social e familiar, antecipação do parto, experiência e satisfação com o parto, preparação para o parto). Posteriormente, discute-se as relações significativas encontradas entre as variáveis em estudo.

### 7.1- Características sociais, demográficas e obstétricas

Neste estudo foi investigada uma amostra de 100 primíparas de uma população de 665 (total de primíparas no Hospital de Faro no período da colheita de dados).

As participantes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 43 anos, sendo a média de 28,95 anos.

De acordo com os dados obtidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2008), em Portugal, as mulheres têm menos filhos e mais tarde, sendo que a média de idades das mulheres quando têm o primeiro filho foi de 28,2 anos em 2007. Os resultados deste estudo parecem confirmar esta tendência actual, para atender à maternidade cada vez mais tarde, facto que segundo a mesma fonte reflecte as mudanças que se têm verificado no ciclo de vida, nomeadamente quanto à educação e formação, à inserção no mercado de trabalho, ao casamento, à formação da própria família e, em consequência, à entrada na parentalidade.

O INE (2008), refere ainda que entre 1975 e 2005, as mulheres retardaram a idade média em que tiveram o primeiro filho, cerca de quatro anos e à maternidade, de um modo geral, cerca de dois anos: em 2005, a idade média ao nascimento do primeiro filho era de cerca de 28 anos (24 em 1975).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

A maioria estava casada ou em união de facto (80%), não se podendo deixar de constatar que 19% das mães são solteiras, não se sabendo se residem com os companheiros ou não, por não se ter incluído essa variável no questionário, facto que deve ser encarado como uma limitação do estudo.

Através deste estudo verifica-se que se mantém a tendência para que os filhos surjam maioritariamente dentro do casamento, o que já em 2003 tinha sido registado pelo INE (73,1% dos nascimentos ocorreram dentro do casamento em 2003).

A maioria das participantes é de nacionalidade portuguesa (86%), embora neste estudo se verifique uma percentagem razoável (14%) de mulheres estrangeiras que têm o seu primeiro filho em Portugal, fruto do turismo ou do acolhimento de imigrantes que caracterizam a região do Algarve. Destas, metade (7%) são de nacionalidade brasileira e 5% originárias dos países de leste, à semelhança de dados encontrados no estudo de Borba e Maia (2005) e no INE (2008) que refere que em 2007 residiam ou permaneciam de forma legal em Portugal 446 333 cidadãos de nacionalidade estrangeira, sendo que a percentagem de nados vivos em que um dos pais (pai ou mãe) era de nacionalidade estrangeira foi de 11,8% (11,2‰ em 2006). A mesma fonte refere ainda que a representatividade dos cidadãos estrangeiros em Portugal aumentou recentemente, com as vagas imigratórias, em especial da Europa de Leste e do Brasil.

A maioria das participantes frequentou o ensino superior (44%), desempenhando funções de administrativa, segurança ou supervisora de trabalhadores manuais (43%), enquanto que a maioria dos companheiros frequentou apenas o Ensino Secundário (41%), inserindo-se maioritariamente, na classe de trabalhadores manuais qualificados e semi-qualificados (38%). A média de habilitações literárias está de acordo com as profissões reveladas.

Estes dados demonstram níveis de escolaridade elevados na população feminina, indo de encontro a dados encontrados na pesquisa bibliográfica.

Segundo o INE (2002), verifica-se que as mulheres são as que têm maiores habilitações literárias, existindo 72 homens com curso superior por cada cem mulheres em idêntica situação. A mesma fonte em 2008 revela, no mesmo sentido que a taxa de abandono escolar por parte da população feminina é inferior. Em 2006, a proporção de mulheres com idade entre os 18 e 24 anos que completou, no máximo, o ensino básico (3º ciclo) e que não se encontrava em formação era de 31,8%, face a 46,4% de homens; em 1998 esta proporção era respectivamente de 41,2% e 52%.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

No momento da colheita de dados, 75% das grávidas estavam empregadas, sendo que a maioria dos companheiros estava empregado (96%). À primeira vista, pareceu pouco elevada a taxa de emprego das mulheres, no entanto ao consultar o INE (2003), verifica-se que 71,9% das mães estão empregadas. Dessa forma, os resultados obtidos neste estudo são superiores, reflectindo a complementaridade de papéis que a mulher tem na sociedade.

Em relação às características obstétricas da amostra, pode dizer-se que as grávidas se encontravam, em média, na 38ª semana de gestação quando foram inquiridas, sendo que, na grande maioria dos casos (92%), a gestação foi desejada por ambos os progenitores.

O facto de haver como valor mínimo as 30 semanas tem a ver com a variável introduzida nesse sentido, nas variáveis de controlo.

A maioria dos cursos de preparação para o parto tem início às 28 semanas, pelo que pareceu pertinente que todas as participantes já tivessem tido oportunidade de tomar a sua decisão quanto ao facto de realizar ou não o curso de preparação para o parto. Por outro lado, é no último trimestre que a grávida recupera alguma ansiedade relativa ao momento do parto, tendo como causa o temor da dor e da morte no parto (própria ou do filho) e receio de complicações no parto, sendo que também é neste período que se instala um sentimento de satisfação por terminar uma gravidez bem sucedida, que vem contrastar com a referida ansiedade (Soifer, 1992). Assim, pareceu ser uma fase adequada para iniciar o estudo, investigando que tipo de antecipação faz a grávida do seu parto, nesta fase.

No entanto, no período entre as 30 e as 36 ou 37 semanas, não havendo evidência de alguma anormalidade, não existem procedimentos a realizar, em termos de vigilância da gestação que impliquem a ida da grávida ao hospital, pelo que os primeiros contactos efectuados nesta fase foram reduzidos.

O máximo de 41 semanas explica-se pelo princípio norteador de uma boa conduta em Obstetrícia que refere que após as 40 semanas, calculadas com base em critérios fiáveis, estamos perante uma gravidez prolongada, sendo que após as 42 semanas se trata de uma gravidez pós-termo, com maior probabilidade de ocorrerem alterações no líquido amniótico, na placenta e no feto, degradando o prognóstico fetal (Graça et al., 2000).

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Dessa forma, quando o parto não ocorre por via natural até às 41 semanas, procede-se ao internamento da grávida para induzir o trabalho de parto, não permitindo o prolongamento da gestação.

Por variados factores, os partos são muito mais intervencionados, sendo que se regista um número muito grande de induções logo a partir das 38 semanas, o que justifica os dados obtidos.

Uma minoria da amostra (12%) já tinha tido uma (8%) ou mais gravidezes anteriores (4%) que terminaram em aborto.

### 7.2 - Apoio social e familiar

A maioria das participantes revela ter bom suporte social, tanto quando se analisa esta variável a nível global ou em termos específicos, analisando cada dimensão. Verifica-se no entanto, e contrariamente ao que era de esperar, que existe uma ligeira tendência para forte apoio social em relação às mulheres que não fizeram preparação para o parto.

Pode concluir-se então que quando o apoio social e familiar não cobre as necessidades da grávida, o curso de preparação para o parto tende a ser uma escolha da grávida como fonte de apoio, veiculada através dos profissionais de saúde.

Com o distanciamento geográfico das famílias a que cada vez mais se assiste, e com a passagem de famílias alargadas a nucleares, este défice de apoio pode ser cada vez mais uma realidade.

Entre os três tipos de suporte analisados (afectivo, materno e paterno), constata-se um melhor suporte afectivo ( $m = 26,2$ ) do que materno ( $m = 18,6$ ) ou paterno ( $m = 16,6$ ). Atendendo a que os valores máximos possíveis de observar em cada dimensão eram diferentes (28 para suporte afectivo e 21 para restantes dimensões), verifica-se que entre o apoio do companheiro (englobado no suporte afectivo) e materno não existem diferenças significativas, tendo-se obtidos valores bastante elevados em cada uma das dimensões, o que é revelador da importância para a grávida, do acompanhamento pelo companheiro e/ou pela mãe.

Por um lado, as mudanças e sucessivas adaptações que a fase de transição para a maternidade acarreta, quer para a mulher quer para o casal implicando uma

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

maior ligação entre cada cônjuge (Hidalgo, 1998), podem explicar estes dados. Por outro, a relação com os pais, principalmente com a mãe, tem grande significado nesta fase da vida (Canavarro, 2006).

Figueiredo e cols. (2006), também referem a mãe da grávida como pessoa significativa na gravidez, o que se corrobora com os resultados obtidos neste estudo.

A maioria das grávidas (70%) refere que as pessoas que prestam maior suporte quer em termos afectivos, na realização de tarefas e/ou resolução de problemas são o marido, a família e os amigos.

Khan e Antonucci (1980 cit. por Canavarro, 1999), referem que as relações de suporte social pressupõem a existência de três aspectos: o afecto, a ajuda ou a afirmação, sendo compreensível que estas características se procurem nas relações próximas de cada um.

A maioria das participantes (89%) concorda que tem ajuda para a resolução de problemas sempre que necessita e refere sentir-se completamente satisfeita em relação a qualquer tipo de apoio recebido.

Muitas participantes (69%), também se consideram muito ou completamente satisfeitas em relação à disponibilidade dos amigos para com as suas necessidades na gravidez.

O facto de se tratar de um primeiro filho, com toda a novidade e embevecimento que caracteriza esta fase da vida, tanto para o casal como para a família, pode estar na origem dos bons resultados obtidos em termos globais para o apoio social e familiar, verificando-se respostas muito homogéneas no total da amostra. No entanto, a ausência de relação desta variável com outras, neste estudo, vai contra resultados encontrados na literatura, em que é afirmado que qualquer tipo de apoio social (informal, emocional, material) é determinante para uma vivência plena da transição para a maternidade (Hidalgo, 1998), principalmente quando se trata do primeiro filho como é o caso deste estudo.

Assim, considera-se que talvez tivesse sido mais oportuno administrar este instrumento na fase final do puerpério, de forma a dar oportunidade à nova mãe de viver realmente situações em que necessita de apoio a vários níveis, fazendo então uma avaliação mais realista desta necessidade.

As grávidas referem que as suas características pessoais, o desempenho e assistência dos profissionais de saúde e outros factores como a sorte, o bebé nascer perfeito e com saúde, a mãe manter a sua saúde, são os factores mais

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

determinantes para que o seu parto corra bem, seguidos do tipo e características do parto e presença/apoio do companheiro. Por outro lado, os factores menos relevantes são os conhecimentos da mãe e o conforto na maternidade.

Importa realçar que a maioria das grávidas que se referiu aos profissionais de saúde, estava preocupada essencialmente com a probabilidade de "ser assistida por uma boa equipa médica ou não", "haver uma equipa médica atenciosa, prestável e eficiente ou não" "ter bom acompanhamento e explicação passo a passo dos sintomas, relaxamento e preparação ou não", tendo sido entendido que a equipa médica ou hospitalar se referia essencialmente a médicos e enfermeiros.

O facto de referirem o desempenho dos profissionais de saúde como um factor importante para que o seu parto corra bem serve para realçar a importância do trabalho de cada elemento da equipa e a consciência que cada um deve ter do seu papel, não se imiscuindo da sua responsabilidade.

Domingues e cols. (2004) referem que o grau de informação recebida tanto durante a gravidez, na fase de trabalho de parto, como no parto tem sido referido por muitas mulheres como factor determinante no seu grau de satisfação com o parto, na medida em que lhes possibilita maior capacidade de percepção e controlo interno (no que se refere ao seu comportamento) e externo (relacionado com o ambiente e interacção com a equipa que lhe presta cuidados) e, conseqüentemente, maior competência para participar no processo de decisão sempre que necessário.

Alguns autores (Pacheco et al., 2005) defendem que as grandes preocupações traduzidas em níveis de ansiedade que perseguem a mulher ao longo de toda a gestação, se reflectem essencialmente, na forma como a grávida antecipa a sua experiência de parto, influenciando, posteriormente a forma como a mesma o vai viver e participar nele, pelo que as características pessoais de cada grávida são, de facto um pormenor importante.

Também Costa e cols. (2003), referem que o tipo de parto a par de outros factores, influencia a qualidade da experiência de parto.

Para Figueiredo e cols. (2006), a rede de apoio social e a qualidade das relações significativas (com o companheiro e com a sua própria mãe) são particularmente importantes em alturas da vida em que o indivíduo tem de se adaptar a situações de elevado stress e exigência desenvolvimental, tal como a fase de transição para a parentalidade.

Contrariamente ao defendido por alguns autores (Costa et al., 2003) que concluem que o facto da grávida não se preparar nem se informar adequadamente, acerca dos diferentes tipos de parto a que poderá estar sujeita, faz com que as suas expectativas possam não se confirmar, neste estudo as grávidas atribuem menos importância aos conhecimentos acerca da gravidez e do parto quando pensam no desenrolar do parto. No entanto, apontam a necessidade de informação com uma das razões de mais peso para aderirem aos cursos de preparação para o parto, o que leva a concluir que as grávidas consideram os conhecimentos importantes como redutores de ansiedade, mas quanto ao parto, consideram que é o seu comportamento aliado aos profissionais de saúde que as pode ajudar.

### 7.3 - Antecipação do parto

Quanto à antecipação do parto, verificou-se que o total de participantes antecipa este momento de forma positiva.

No entanto, ao analisar cada grupo separadamente, verifica-se que a maioria das grávidas que fez preparação para o parto faz uma antecipação média do parto positiva, enquanto que a maioria das grávidas que não fez preparação para o parto faz uma antecipação média negativa deste momento.

Estes dados concordam com outros encontrados por alguns autores, quando referem que a ansiedade e medo excessivos, muitas vezes passados de geração em geração, com todos os mitos associados, influenciam negativamente a antecipação que a mulher faz do seu parto e a forma como vive e participa nele (Costa et al., 2006). Por outro lado, muitas mulheres recorrem a diversas fontes de informação, como livros, revistas, profissionais de saúde (nas consultas e em cursos de preparação para o parto) para reduzirem a sua ansiedade, aumentar a sua segurança e servirem de referência positiva para enfrentar este momento (Costa, 2004) ou que a educação pré-natal contribui para aumentar o conhecimento, a confiança e permitir o encontro de estratégias de coping para lidar com o desconhecido, como é o caso do parto (Costa et al., 2006).

Assim, o facto da preparação para o parto permitir o acesso a informação atempada e correcta em relação a todos os procedimentos e mudanças que ocorrem no organismo materno em relação ao trabalho de parto e parto, bem como

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

dos comportamentos que devem adoptar nestas fases, parece ser uma justificação plausível para estas diferenças.

No mesmo sentido, constata-se que, em média, as grávidas que fizeram preparação para o parto, preparam e planeiam mais esse momento, têm expectativas ligeiramente mais positivas em relação ao momento do parto e quanto à sua relação com o bebé e com o companheiro (apesar de se registarem valores mais baixos do que os encontrados por Costa et al., 2006). Por outro lado, apresentam ligeiramente menos preocupações com a saúde e consequências adversas do parto.

Se a informação veiculada através da preparação para o parto aumenta a confiança e segurança da grávida, estes dados parecem fazer todo o sentido.

De acordo com Costa e cols. (2006), existe uma correlação negativa entre as subescalas preparação e planeamento do parto e preocupações com a saúde e consequências adversas do parto, sugerindo que quantos maiores fossem as preocupações, menor seria o planeamento do parto, o que se corrobora neste estudo, verificando-se que as grávidas que frequentaram preparação para o parto apresentam níveis ligeiramente mais baixos de preocupações e maior nível de planeamento do que as que não frequentaram.

Em relação às expectativas quanto ao pós-parto e expectativas da grávida com o suporte social, não se registam diferenças significativas entre os dois grupos, o que se considera que se possa dever ao facto das participantes ainda não terem passado pelo momento do parto, quando foram questionadas (3º trimestre). Sabendo que o último trimestre da gestação se caracteriza por um aumento da ansiedade devido à incerteza do parto (Coelho, 2002), compreende-se que o pós-parto e o apoio social de que irão necessitar podem não constituir uma prioridade para a grávida, não sendo correctamente avaliados por ela, antes do parto.

### 7.4 - Experiência e satisfação com o parto

Tendo em conta a escala total, constata-se que quase metade das participantes teve uma experiência de parto positiva, podendo afirmar-se que viram confirmadas as suas expectativas iniciais em relação ao parto, o que contradiz

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

resultados observados por Costa e cols. (2003) que referem que a generalidade das mulheres não vê confirmadas muitas das suas expectativas prévias.

No entanto, os casos de insatisfação registados em relação ao parto (9 casos de insatisfação e 17 de baixa satisfação), que apontam como principais razões, a dor sentida, o tipo de parto e factores associados a analgesia/anestesia, corroboram os resultados encontrados no estudo anterior, que sugere que as mulheres se mostram insatisfeitas com o elevado número de emoções negativas e com a intensidade da dor sentida no trabalho de parto e parto e que o parto muitas vezes não ocorre de acordo com as expectativas da grávida.

A divergência existente entre a expectativa da mulher em relação ao tipo de parto que ocorrerá e quanto ao sucesso da analgesia epidural e a realidade, pode dever-se à falta de preparação adequada para o momento do parto, quer por não se ter preparado ou por possíveis deficiências dos cursos de preparação para o parto, por não clarificarem de forma realista a realidade com que a mulher se depara na área de obstetrícia. Até que o parto se realize há sempre a probabilidade de ocorrerem alterações à normalidade exigindo outras posturas e intervenções por parte da equipa de saúde, não estando ao alcance de ninguém mudar essa realidade.

Por outro lado, a analgesia epidural é, como já foi referido anteriormente, muitas vezes útil, mas considera-se benéfico que a mulher tenha a noção que a mesma pode não tirar toda a dor, ou que pode não ser possível realizá-la, sendo que caberá sempre à parturiente encontrar estratégias que lhe permitam lidar com essa realidade se ela acontecer.

De acordo com as participantes (como se verifica no ponto seguinte), o facto da realidade não corresponder ao nível de antecipação que existia deve-se à insuficiente informação acerca das situações de parto por cesariana, sendo que a muitas mulheres se preparam mentalmente apenas e só para um parto eutócico, sendo uma grande desilusão quando ele não ocorre. A analgesia epidural é, muitas vezes, vista como algo que permite à parturiente ser uma interveniente passiva e não sentir o mínimo de dor, pelo que quando tal não acontece por qualquer motivo a mulher se sente, revoltada e desiludida, não confirmando as suas expectativas. Cabe aos profissionais que ministram os cursos de preparação para o parto, ajudar a formar expectativas realistas.

O baixo nível de preocupações que referiram ter na fase de puerpério também corresponde às expectativas que tinham nesta área, antes do parto.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Comparando os dois grupos em relação a cada subescala avaliada neste instrumento, pode dizer-se que existem mais grávidas que não fizeram preparação para o parto a reportar-se a este momento como uma experiência negativa do que as que fizeram a referida preparação, registando-se o inverso na subescala relativa às experiências positivas.

As grávidas que fizeram preparação para o parto, referem ter atingido maiores níveis médios de relaxamento e ligeiramente menos preocupações do que as que não fizeram.

Como já se referiu, todos estes resultados são discrepantes dos apresentados por Costa e cols. (2003), que referem que a generalidade das mulheres vivencia um elevado número de emoções negativas e está preocupada com o estado de saúde do bebé. Mais uma vez, a preparação para o parto, apesar de possíveis lacunas que possa ter, parece ser a diferença entre os dois estudos, surgindo como factor explicativo destes resultados positivos, uma vez que é no grupo que fez preparação que estes dados mais se verificam.

As participantes têm menos suporte social do que esperavam.

No entanto, o suporte do companheiro é ligeiramente maior para o grupo de grávidas que fez preparação para o parto do que para o grupo que não fez, o que se pensa que se possa dever, entre outros factores (tais como o relação conjugal), ao maior apelo ao envolvimento dos pais durante a fase da gestação nos cursos de preparação para o parto.

Não se verificaram diferenças entre grupos no que concerne à satisfação com as condições e cuidados prestados, registando-se um valor médio aceitável para esta subescala, dados que vão de encontro aos encontrados (e já mencionados anteriormente) por Costa e cols. (2003) e Domingues e cols. (2004).

No entanto, apesar desse resultado e da análise descritiva dos dados já efectuada, vir afirmar que os profissionais de saúde são muito importantes em fases de transição da vida, como a maternidade, sendo referidos como as pessoas que mais contribuíram para o nível de satisfação com o parto, pensa-se que a homogeneidade de respostas verificada para o total de participantes também se pode dever à dificuldade demonstrada pelos pacientes em criticar o serviço de saúde e os profissionais que o atenderam, principalmente em situações de risco ou em alturas importantes da vida com é o caso do nascimento de um filho (Domingues et al., 2004). Atendendo a que o instrumento foi administrado com as participantes ainda internadas, esta dificultada pode ter estado aumentada, pelo

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

que em vez de enaltecer o resultado obtido, se prefere admitir que não se tenha conseguido traduzir as reais condições da prestação de cuidados, havendo ainda muito caminho para percorrer nesta área.

Através dos itens acrescentados ao instrumento, constata-se ainda que os principais factores que contribuem para a satisfação com o parto são o desempenho dos profissionais de saúde, seguido da presença/apoio do companheiro associado ao desempenho dos profissionais de saúde, o que corrobora referências de outros autores já referidos (ponto 4) como Bobak e cols. (1999), Couto (2003 e 2006) e Ponte (2006) e vem aumentar a responsabilidade e exigir maior envolvimento dos profissionais de saúde no sentido da humanização dos cuidados de saúde, que passa também pelo envolvimento de pessoas significativas nesta fase especial da vida da mulher, pelo conforto e pela informação dada à mulher e família, com vista à promoção da satisfação da mulher no parto.

Registou-se essencialmente, dois tipos de significado atribuído ao parto, consoante a experiência e satisfação da puérpera com o parto e que já foram referidos anteriormente. De notar que para qualquer dos casos, se verifica de forma quase invariável, uma ambivalência de sentimentos que muitas vezes, senão a maioria, existe em relação ao parto.

Estes dados são semelhantes aos resultados encontrados por Couto (2003) que concluiu que, de um modo geral, as primigestas referem que o parto é sinónimo de medo, ansiedade, dor e sofrimento, mas também de novidade, mudança e realização pessoal.

Segundo o mesmo autor, a ansiedade gera o sentimento de medo e prende-se essencialmente com o facto do parto ser uma experiência nova e desconhecida para as primigestas.

O medo incide essencialmente em quatro pilares: desconhecimento de como o bebé irá caber no canal de parto tão estreito, dor como factor impeditivo de uma boa colaboração da grávida no parto, dúvida nas suas capacidades de ter um filho e que o parto corra mal e a associação que é feita a um sofrimento profundo, através da tradição e experiências de outras mulheres que vão sendo transmitidas oralmente (Couto, 2003).

Por estes factores se defende a importância da preparação para o parto, enquanto oportunidade de transmitir informação específica, pertinente, adequada e realista às grávidas, essencialmente, às primigestas, como estratégia para uma melhor e mais adequada adaptação à maternidade.

### 7.5 - Importância atribuída à preparação para o parto

Neste estudo, metade das participantes (50%) realizou curso de preparação para o parto, sendo que não se teve em conta o método utilizado.

Verifica-se que quase todas as grávidas que realizaram curso de preparação para o parto, fizeram-no por sentir necessidade de se manterem informadas sobre o que se passa consigo e para se sentirem preparadas para colaborarem activamente no momento do parto, dados que vão de encontro à bibliografia consultada (Burrorghs, 1995 e Couto, 2006) como já foi referido anteriormente, apesar de não considerarem este factor como prioritário quando lhes é pedido para descreverem os factores mais decisivos para que o seu parto corra bem.

As razões enunciadas pelas grávidas que não realizaram preparação para o parto prendem-se essencialmente com a insuficiência/ineficácia dos cursos de preparação para o parto realizados nos Centros de Saúde da área de residência, o elevado custo dos cursos realizados a nível privado e com a alegada falta de tempo ou incompatibilidade de horários das grávidas e dos cursos, o que vem confirmar a necessidade urgente do próprio sistema nacional de saúde praticar e oferecer aquilo que prevê em termos legislativos.

A lei incumbe os serviços de saúde de “incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias a pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde” (DR, 1999:5996). A Lei nº 70/2000 de 4 de Maio vem acrescentar que “... a preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal” (DR, 2000:1826). Também a lei nº 4 de 84 de 5 de Abril, no seu artigo 5º, referente à protecção da maternidade e da paternidade diz que cabe ao Estado desenvolver, em cooperação com as escolas, autarquias locais e outras entidades públicas e privada, acções de informação e esclarecimento sobre (...) preparação para o parto, vantagens da amamentação e cuidados com o recém-nascido.

No entanto, poucos são os Centros de Saúde e muito menos são os hospitais que oferecem este tipo de serviço de forma programada e contínua. Se, muitas vezes com boa vontade e esforço das equipas se organizam acções de formação nesta área ou mesmo cursos de preparação para o parto, não se mantêm durante muito tempo, por escassez de recursos humanos. Este facto, começa a desacreditar as iniciativas que surjam no futuro.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Quanto ao número de aulas frequentadas, couberam nos critérios definidos para este estudo, mulheres que tenham assistido a muitas ou poucas aulas de preparação para o parto, uma vez que segundo Bobak e cols. (1999), as mulheres que eram apoiadas e informadas, mesmo que fosse apenas na fase inicial de trabalho de parto, pelas enfermeiras presentes, tinham resultados mais satisfatórios em termos de parto, uma vez que ficavam mais motivadas e confiantes. O número médio de aulas assistido pelo grupo que fez preparação para o parto foi de 9,08 aulas o que se considera um bom valor, na medida em que se se tiver em conta que os cursos possam começar cerca das 28 ou 30 semanas de gestação e haja uma ou duas aulas semanais, obtém-se entre 12 a 24 aulas para um curso. Desta forma, podemos dizer que em média as grávidas frequentaram entre 50 a 75% das aulas do curso, sendo que a quase totalidade da amostra se mostrou satisfeita (99% do grupo que fez preparação para o parto) com a realização do curso e com o tratamento que teve por parte do(s) técnico(s) que deu(ram) as aulas.

Ainda assim, do conjunto de temas que compõem cada curso de preparação para o parto, verifica-se que existe um conjunto que agradam menos à generalidade das grávidas, pelo que se considera que cabe aos profissionais que ministram estes cursos, auscultar a opinião das participantes no início de cada curso no sentido de perceber as suas necessidades específicas e reais, de modo a que os cursos respondam totalmente a essas necessidades. E talvez fosse benéfico auscultar as sugestões que as gestantes têm para dar no final de cada curso, modo a que os mesmos se vão adaptando às novas necessidades e realidades, promovendo a formação de expectativas mais realistas e, conseqüentemente maior satisfação com a maternidade.

Neste estudo, foi constatado que são os enfermeiros os profissionais que ministram a maioria dos cursos, no entanto, devido às lacunas já referidas em termos de procedimentos metodológicos, estes dados não são representativos da população. Ainda assim, os Enfermeiros têm responsabilidade na qualidade e adequação da informação que as grávidas recebem, se não for através dos cursos, que seja através de uma educação para a saúde efectiva em cada contacto com a grávida, ao longo da gestação.

As razões que as levavam a sentir preparadas para esse momento eram, maioritariamente (51%) de cariz pessoal, prendendo-se com as características/atitudes e conhecimentos da mãe. As mesmas razões são invocadas para justificar a falta de preparação para este momento, na totalidade

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto dos casos (39%), inferindo-se que estes serão os principais factores a trabalhar com a grávida de modo a aumentar a sua autoconfiança e segurança.

Em coerência com estes resultados está a relação estatisticamente significativa encontrada entre a frequência de curso de preparação para o parto e o facto da grávida se sentir preparada para o parto quando ele está para ocorrer, confirmando-se a grande importância de uma preparação adequada para a grávida.

Quanto ao tipo de parto, verificou-se que no grupo das mulheres cujos partos foram eutócicos (47%), mais de metade tinha realizado curso de preparação para o parto e no grupo de partos distócicos (53%), os partos instrumentados corresponderam, quase na totalidade, a mulheres que não tinham realizado o referido curso.

Através destes dados, verifica-se uma percentagem ligeiramente superior de partos eutócicos, muito menor de ventosas e inexistência de fórceps no grupo que realizou preparação para o parto, sendo que neste grupo, os partos se podem dividir, praticamente entre eutócicos e cesarianas. Por sua vez, o grupo que não realizou preparação para o parto, conta com menos partos eutócicos e com mais ventosas e fórceps, que muitas vezes se devem à menor colaboração materna no momento do parto.

Constatou-se ainda a existência de níveis médios de satisfação com o parto mais elevados por parte das mulheres que experienciaram um parto eutócico, pelo que se considera que a preparação para o parto possa ser um contributo importante para a satisfação da mulher nesta área, uma vez que através do aumento da confiança e segurança parece permitir uma probabilidade de ocorrer um parto eutócico.

Comparando o número de partos eutócicos com o número de cesarianas efectuadas nesta amostra, considera-se que o número de cesarianas é relativamente elevado, o que confirma as actuais tendências descritas na bibliografia.

Desde o final da década de 70 do século passado, que a taxa de cesarianas tem vindo a crescer significativamente (Graça et al., 2000). O facto de se considerar, erroneamente, que a cesariana é o tipo de parto que mais evita o sofrimento fetal ou que garante o parto isento de traumatismos fetais, leva a que se prefira, muitas vezes este tipo de parto, aos instrumentados (ventosa ou fórceps).

Por outro lado, é relevante considerar que a realização deste estudo coincide com os primeiros sete meses de abertura da sala operatória no serviço de

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, havendo uma equipa disponível em cada turno, pelo que a maior acessibilidade pode ter sido um factor condicionante destes números.

É de considerar, no entanto, que conforme resultados estatísticos da prática de cuidados apresentados anteriormente (3.4), o número mais elevado de cesarianas se registou em 2005, tendo vindo a manter-se.

A maioria das participantes (63%) refere ter tido acesso à informação, sendo que a quase totalidade (96%) refere ter tido possibilidade de esclarecer as dúvidas que teve, o que é discordante de dados de resultantes de um estudo comparativo das representações mentais da preparação para o parto em primigestas do meio rural e do meio urbano de Couto (2003) que indicam que de um modo geral, as primigestas referem que a informação que lhes é dada é *quase nada*, quer durante o atendimento de enfermagem quer durante a consulta médica, sendo que ambas as classes se limitam a avaliar dados relativos à evolução da gravidez e a questioná-las sobre alimentação, sinais e sintomas inerentes à gravidez ou a factores de risco existentes.

Perante tais resultados os dados deste estudo podem ser encarados de duas formas. Ou as grávidas renunciam cada vez mais ao seu direito de participar nos cuidados de saúde em que são elas próprias o elemento central e, portanto, não sentem necessidade de ser informadas para também não terem que se sentir responsáveis pelo que lhes acontece; ou estes dados são mais animadores, traduzindo uma ligeira mudança positiva na realidade dos cuidados de saúde.

No entanto, de uma forma ou de outra, considera-se que também estes dados parecem confirmar ainda a necessidade de criar espaço e tempo oportuno para esclarecimento e informação, como é privilegiado nos cursos de preparação para o parto.

Em relação à pessoa que esclarece as dúvidas existentes, é aos médicos que cabe o papel principal. A classe de enfermagem obteve resultados muito baixos, mesmo quando se associa à família, médicos e amigos. No entanto, há que ter em conta que muitas grávidas, senão a maioria, efectuem a vigilância da sua gestação no sector privado, onde raramente existe pessoal de enfermagem.

Por outro lado, aos enfermeiros, enquanto classe profissional dos serviços de saúde, cada vez mais é exigido trabalho quantificável em termos de gestão, onde não há lugar para a educação para a saúde, o que não retira importância a estes dados mas pode ser uma justificação para os memos.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Não obstante, observou-se anteriormente, que a maioria dos cursos tinha sido ministrado por enfermeiros, pelo que a referida classe parece, de algum modo, exercer a sua função de educação, ainda que como se verifica, seja pouco valorizada como tal.

As dúvidas mais frequentes (35%) revelaram ser o tipo de parto e formas de analgesia/anestesia, que correspondem aos factores indicados como causadores de insatisfação com o parto, significando que estas dúvidas não são tão esclarecidas como deviam nos cursos de preparação para o parto e nas consultas de vigilância de gravidez.

Quando questionadas em relação à utilidade da analgesia epidural, a maioria das puérperas refere que foi útil (65%), na medida em que aliviou a dor, permitindo que enquanto parturiente, desfrutasse e colaborasse mais no trabalho de parto e parto.

No entanto, 11% referem que este tipo de analgesia não tem qualquer utilidade, dando como justificação: a ineficácia da mesma por terem continuado com dor ou o efeito curto da analgesia, trabalho de parto muito prolongado tendo existido vários períodos em que sentiram dor, não ter permitido que colaborassem no período expulsivo levando a que se procedesse a cesariana.

A maioria das parturientes optou por realizar analgesia epidural (76%), justificando esta tomada de decisão pelo grau de dor e ansiedade sentidos nessa fase (66%), pelo que se compreende que nos casos em que a analgesia não se possa realizar ou não retire completamente a dor, se verifique alguma revolta e desilusão na parturiente, como já foi referido anteriormente.

### 7.6 – Relações significativas entre as variáveis

Neste ponto discutem-se os principais resultados encontrados e que respondem às questões de investigação elaboradas.

Neste estudo verifica-se que não existe influência entre a idade e a antecipação do parto, o que não coincide com o que se supôs inicialmente, com

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

base em alguns autores, como por exemplo Rautava (1989, cit. por Pacheco et al., 2005) ou o estudo de Pacheco e cols. (2003), onde se concluiu que as mulheres mais novas (...), têm menos conhecimentos acerca do parto, sendo que este factor influencia a sua adaptação à gravidez e a antecipação do parto.

Constatou-se também que as habilitações literárias e a profissão da mulher influenciam a antecipação que a grávida faz do parto, numa relação directamente proporcional, ou seja, quanto maiores as habilitações ou mais diferenciada a profissão, mais positiva é a antecipação da grávidas em relação ao momento do parto. Estes dados coincidem com o que Pacheco e cols. (2003), já haviam afirmado.

A frequência do curso de preparação para o parto também demonstrou influenciar a antecipação que a grávida faz do parto, o que concorda com Bester e Nolte, (1992, cit. por Costa, 2004) que sugerem que as expectativas da grávida se baseiam na informação dada.

Não se verificou influência entre o desejo da gravidez e a antecipação que a grávida faz do parto, o que contraria alguns autores (Cox et al., cit. por Figueiredo et al., 2006) que referem que quando a gravidez foi planeada em relação às gravidezes que não foram planeadas existe maior satisfação com o parto, o que nos fez supor que a antecipação da grávida também fosse mais positiva.

Da mesma forma, neste estudo o apoio social não se relaciona com a antecipação que a grávida faz do parto, contrariamente a outros dados apresentados que sugerem que o apoio social existente (emocional ou económico) é um dos factores que mais influencia o processo de transição para a parentalidade em cada casal (Hidalgo, 1998), onde se insere a fase gestacional e à qual é inerente a antecipação que a grávida vai fazendo do seu parto.

Tal como abordado no capítulo 3.2, também Figueiredo e cols. (2006), concluíram que a rede de apoio social e a qualidade das relações significativas (com o companheiro e com a sua própria mãe) são particularmente importantes em alturas da vida em que o indivíduo tem de se adaptar a situações de elevado stress e exigência desenvolvimental, de que é exemplo, a fase de transição para a parentalidade.

Talvez o momento em que os dados referentes a esta variável foram colhidos, não tenha sido o mais acertado, uma vez que antes do parto e sabendo que se trata de primeiros filhos, é natural que, por um lado, o apoio existente seja forte por se tratar de uma nova fase na família ou, por outro, que talvez a grávida

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

não tenha ainda sentido esta necessidade como real, não fazendo uma avaliação correcta nesta fase.

Depois do parto mantém-se ou agrava-se o sentimento de solidão da mãe/mulher. Se, por um lado, a licença de maternidade é gratificante porque permite maior disponibilidade para o bebé, por outro, a separação de colegas e amigos e a distância a que actualmente estão as famílias de origem, pode ser dolorosa e difícil de vivenciar (Canavarro, 2006).

Por tudo isto, pensa-se que se o instrumento relativo à avaliação do apoio social e familiar tivesse sido administrado na fase de puerpério, talvez os resultados pudessem ser diferentes.

À semelhança dos dados obtidos para a antecipação do parto, só se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias, profissão, antecipação do parto e a realização de curso de preparação para o parto e o nível de satisfação obtido.

Em relação às habilitações literárias e à profissão com o parto, são as mulheres que têm ensino superior que apresentam maiores níveis médios de satisfação.

Embora pareça estranho, são as grávidas com profissões associadas a licenciaturas e não as que se situam no topo do nível de instrução que apresentam maiores níveis de satisfação com o parto. Com base na experiência prática e diária, constata-se que as grávidas que têm um nível muito elevado de instrução, mostram também maiores níveis de ansiedade e preocupação em relação a todos os factores inerentes ao internamento, trabalho de parto e parto, manifestando grande necessidade de saber exactamente como cada fase se irá processar e tendo mais dificuldade em aceitar o lado incerto que reveste estes momentos.

Verificou-se que quanto mais positiva for a antecipação que a grávida faz do parto, melhor será a sua experiência e maior será a sua satisfação, em relação a esse momento.

A ansiedade e o medo são os sentimentos mais referidos quando se aborda o tema do parto a uma grávida, influenciando bastante a antecipação do parto.

Segundo Burroughs (1995) e Couto (2006), as mulheres que demonstraram mais conhecimento e mais confiança, revelaram após o parto ter tido menos dor e tensão.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Quando a mulher não consegue utilizar estratégias que lhe permitam adaptar-se a esta fase de transição da vida, reduzindo o medo, crê-se que a antecipação do momento do parto feita pela grávida, seja mais negativa, o que se traduzirá por uma pior experiência de parto e, conseqüentemente, originará um nível de satisfação com o parto mais baixo.

As grávidas que frequentaram o curso de preparação para o parto apresentam um nível médio de satisfação com esse momento mais elevado, comparativamente às que não frequentaram o curso em questão

De acordo com os dados encontrados na revisão bibliográfica, a preparação para o parto contribui para a formação de expectativas realistas em relação ao parto e gera um sentimento de segurança que diminui a dor e o mal-estar da fase inicial, fazendo surgir emoções positivas na finalização do parto (Figueiredo e tal., 2002).

Também Bobak e cols. (1999), referem que um dos grandes contributos deste tipo de preparação psicopedagógica consiste no facto de, quando aliado a outros factores, permitir o aumento da satisfação e vivência plena do momento do parto, visando a parturiente como principal elemento participante neste momento.

Embora não se tenha obtido diferenças estatisticamente significativas, verificou-se que os valores médios de satisfação com o parto mais elevados encontram-se associados ao parto eutócico, o que está de acordo com os autores (já referidos no enquadramento teórico) que defendem que o tipo de parto interfere na experiência e satisfação da mulher com o parto, bem como no estabelecimento da ligação inicial da mãe ao bebé e nos cuidados que lhe presta (Figueiredo et al., 2002) sendo o parto eutócico o que está ligado a maiores níveis de satisfação, a uma percepção mais positiva do parto e a uma ligação mais adequada com o bebé (Marut & Mercer, 1979 cit. por Figueiredo et al., 2002).

Por outro lado, constatou-se nesta investigação que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o uso de analgesia epidural e o nível da satisfação com o parto, o que discorda de autores como Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (s.d), que concluíram que a experiência de parto da mulher é significativamente mais positiva no caso de ter tido analgesia/anestesia epidural, quer no parto eutócico, quer na cesariana, respectivamente, do que não ter tido analgesia/anestesia em qualquer dos casos.

Não obstante a irrefutável importância do alívio da dor descrita na literatura e observada neste estudo através dos motivos enunciados para recorrer à

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

analgésia epidural, em que o grau intenso de dor foi o mais referido, considera-se útil ter em conta que quase todas as participantes referem sentir-se esclarecidas quanto à gravidez e ao parto e mais de metade revela ter-se sentido preparada para enfrentar o momento do parto, o que traduz confiança e segurança em si própria advindas também da forma como cada grávida se preparou para o desfecho da gravidez, o que pode ter permitido que a futura mãe encare a dor como um factor inerente ao parto mas não o centro desse momento, tendo estratégias que lhe possibilitaram lidar com a dor. Pensa-se que por um lado, a preparação para o parto apresenta um maior peso explicativo da satisfação com o mesmo neste estudo e, por outro lado, a institucionalização da técnica em questão é recente (cerca de uma ano, no hospital analisado) o que pode justificar a pouca importância atribuída à analgesia epidural.

A idade e as habilitações literárias da grávida influenciam significativamente, a sua decisão de realizar um curso de preparação para o parto, numa relação directamente proporcional, o que parece fazer sentido pois quanto mais idade tem a grávida, mais probabilidade existe de a mesma ter habilitações literárias mais elevadas o que justifica a importância dada à informação e esclarecimento para uma tomada de decisão consciente.

Tal como se referiu no enquadramento teórico, os factores demográficos influenciam o comportamento adoptado no parto (Green & Lewis, 1996), pelo que pareceu oportuno considerar que se a preparação para o parto constitui uma oportunidade para se adoptarem comportamentos e estratégias a desenvolver no momento do parto, as características demográficas deviam apresentar algum peso na decisão de frequentar ou não um curso de preparação para o parto. Os dados resultantes da análise estatística deste estudo parecem confirmar a relação anteriormente suposta.

A antecipação que a grávida faz do seu parto também influencia significativamente, a sua decisão de realizar um curso de preparação para o parto, ou seja, as mulheres que fazem preparação para o parto são as que já antes de realizarem o curso, antecipavam o seu parto de forma mais positiva, vendo na preparação um complemento à sua autoconfiança e segurança e não a principal fonte e única responsável pela sua segurança.

De acordo com os dados encontrados, verifica-se ainda que existe relação estatisticamente significativa entre a realização do curso de preparação para o parto e o tipo de parto ocorrido, ocorrendo o mesmo em relação ao facto da

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

parturiente se sentir adequadamente preparada para o parto quando ele está para ocorrer.

Mais de metade das grávidas que realizaram o curso, passaram pela experiência de um parto eutócico.

Roura (2003), apesar de se referir exclusivamente ao método psicoprofilático, afirma que tendo existido pelo menos oito sessões de preparação para o parto existem algumas diferenças na forma como as mulheres que realizaram preparação, experienciaram o momento do parto, em relação às mulheres que não realizaram qualquer tipo de preparação.

Essas diferenças, segundo a autora, traduzem-se por: sentimento de maternidade – paternidade mais plena; diminuição da duração do período de dilatação e expulsivo, do número de distócias e do número de partos instrumentados; diminuição do número de dias de internamento e partos experienciados como “menos custosos”.

Assim, analisando os dados encontrados e tendo em conta que, tal com já foi referido anteriormente, as grávidas que realizaram preparação para o parto frequentaram, em média, 9 aulas, pode afirmar-se que estes dados vão de encontro aos resultados obtidos noutros estudos.

O facto de se proceder a cesariana tem como causa, na maioria das vezes, motivos obstétricos (condições tocológicas desfavoráveis, contractilidade uterina insuficiente para permitir evolução de trabalho de parto) ou motivos fetais (apresentação desfavorável, bradicardia fetal mantida durante o trabalho de parto), não dependendo tanto da colaboração materna. Neste sentido e observando-se que quase todos os partos do grupo de participantes que realizou preparação para o parto se classificam como eutócicos ou distócicos por via alta (cesariana), pode afirmar-se que os dados encontrados neste estudo corroboram os que foram encontrados na literatura.

Por outro lado e à semelhança das relações já analisadas com outras variáveis em estudo, verifica-se que o apoio social e familiar e o desejo da gravidez não se relacionam com a variável preparação para o parto.

O principal motivo de realização do curso de preparação para o parto prende-se essencialmente com a necessidade de informação e conhecimento sentida pela grávida, não dependendo portanto, de variáveis como o apoio de que dispõe e da forma como desejou e planeou a gravidez.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Os dados obtidos neste estudo estão de acordo com as afirmações de outros autores quando constatarem que as mulheres apenas recorrem à preparação para o parto para enfrentar o momento do parto com mais informação e confiança (Burroughs, 1995 e Couto, 2003).

Verificou-se ainda que a frequência do curso de preparação para o parto influencia o facto da parturiente se sentir adequadamente preparada para o parto quando ele está para ocorrer, bem como o nível de satisfação que manifesta com o mesmo (embora esta última relação não seja estatisticamente significativa) e até com o tipo de parto que experiencia, o que concorda com o que se tem vindo a referir, evidenciando a importância de uma preparação adequada para o parto ou maternidade no desempenho e conseqüente sentimento de gratificação e satisfação com a experiência de parto.

Considera-se que o facto de não se ter verificado relação entre o uso de analgesia epidural e o nível da satisfação com o parto, pode, eventualmente, significar que apesar da dor ser uma dimensão importante quando se avalia a experiência de parto, não é tida como a mais relevante para as mulheres quando avaliam os factores que mais influenciaram o seu nível de satisfação. Talvez por isso se tenha constatado que apenas uma minoria de participantes a referiu a dor ou factores associados à anestesia como responsáveis pelo seu nível de satisfação.

#### CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES GERAIS

O momento do parto tem sido estudado por alguns autores, sabendo-se que os factores que influenciam tanto a forma como ele é antecipado como o modo como ele é experienciado são diversos e não influenciam apenas esta experiência, mas também todas as possibilidades de relacionamentos que a mulher possa estabelecer a partir desse momento, especialmente com a criança e com o companheiro (Figueiredo et al, 2002).

A preparação para o parto como contributo para uma melhor experiência de parto também tem sido descrita. Este estudo surge como complemento dessa informação, dando conta das razões que levam a mulher primípara a decidir realizar esse tipo de preparação ou não, dos factores que influenciam essa decisão, bem como da constituição desses cursos, avaliando se realmente influenciam ou não o sentimento da parturiente de estar adequadamente preparada para o momento do parto, quando esse momento chega.

Procurou-se ainda, confirmar os factores que influenciam o grau de antecipação e o nível de satisfação com o parto, analisando características sociais e demográficas, nível de apoio social e familiar, antecipação do parto por parte da grávida (em relação ao nível de satisfação) e a frequência de curso de preparação para o parto.

Embora consciente das limitações do presente estudo, essencialmente pelos procedimentos metodológicos, considera-se que existem algumas conclusões pertinentes a ter em conta.

A **idade da grávida** não influencia nem a antecipação, nem a satisfação com o parto, influenciando, no entanto, a decisão de frequentar um curso de preparação para o parto. São as mulheres cuja idade se situa entre os 29 e 33 anos que mais decidem frequentar um curso de Preparação para o Parto, seguidas pelas mulheres com idades compreendidas entre os 24 e os 28 anos.

A formação ou **habilitações literárias** e a **profissão da grávida** influenciam tanto a antecipação como o nível da satisfação com o parto, como a realização de

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto  
curso de preparação para o parto, sendo que se registaram relação directamente proporcionais.

O facto da **gravidez ter sido desejada ou não**, não influencia a antecipação que a grávida faz do parto nem se relaciona com a decisão de frequentar um curso de preparação para o parto.

De forma análoga, no nosso estudo, o **apoio social** também não se relaciona com nenhuma das outras variáveis em estudo.

A **antecipação** que a grávida faz do seu parto influencia de forma significativa, tanto o nível de satisfação que obtém com o parto, como a sua decisão de realizar um curso de preparação para o parto, ou seja, as mulheres que fazem preparação para o parto são as que antecipam o seu parto de forma mais positiva e estas últimas experienciam o momento do parto de forma mais positiva.

A maioria das participantes refere estar bastante ou muito satisfeita com o parto, referindo que o desempenho/apoio da equipa de profissionais de saúde foi o factor que mais contribuiu para essa satisfação, seguido pela presença/apoio do companheiro, se contabilizado de forma isolada e em associação ao desempenho dos profissionais de saúde.

No entanto, neste estudo ainda se percebe que, para algumas mulheres a experiência de parto traduz-se essencialmente por factores adversos, como a falta de informação que gera medo e insegurança, acarretando menor colaboração materna no parto.

Por outro lado, um dado positivo, é a presença do pai no parto.

Quanto ao valor médio obtido para a satisfação com a qualidade dos cuidados prestados, há que admitir que ainda existe muito caminho para percorrer, apesar da presente análise descritiva dos dados vir afirmar que os profissionais de saúde são muito importantes em fases de transição da vida, como a maternidade, sendo referidos como as pessoas que mais contribuíram para o nível de satisfação com o parto, das parturientes.

Não obstante o que falta realizar para promover a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, pode inferir-se que os esforços que têm existido no sentido de humanizar os cuidados de saúde e conferir mais conforto e bem-estar aos pais, não têm sido em vão.

Neste estudo, quase metade das participantes teve uma experiência de parto positiva, podendo afirmar-se que viram confirmadas as suas expectativas

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

iniciais em relação ao parto, ao contrário de resultados obtidos no estudo de Costa e cols. (2003) e apesar de ser também esta a dimensão em que se observou maior dispersão de respostas.

O nível de preocupações que referiram ter na fase de puerpério também corresponde às expectativas que tinham nesta área, antes do parto.

As participantes parecem ter mais apoio do companheiro do que esperavam, ocorrendo a situação inversa em relação ao suporte social (família e amigos).

Não se verificou a existência de relação entre o uso de analgesia epidural e o nível da satisfação com o parto, apesar da dor ser o factor referido como mais importante para a escolha da grávida de receber analgesia epidural.

As grávidas que não receberam o tipo de analgesia em questão apontaram razões médicas como justificação.

A **frequência do curso de preparação** para o parto influencia, tanto a antecipação que a grávida faz do parto, como o nível de satisfação que obtém com o mesmo (embora esta última relação não seja estatisticamente significativa). Também se regista influência desta variável tanto no tipo de parto ocorrido (a maioria das grávidas que realizaram o curso, passaram pela experiência de um parto eutócico), como no facto da parturiente se sentir adequadamente preparada para o parto quando ele está para ocorrer.

Como já foi referido, a idade da grávida é um factor influenciador da decisão de frequentar este tipo de curso. Observou-se ainda, que a principal razão existente para uma primípara realizar preparação para o parto é de ordem intrínseca, prendendo-se com a necessidade da mesma se sentir informada, mais autoconfiante e preparada para o momento do parto.

Por outro lado, a decisão contrária assenta essencialmente na insuficiência/ineficácia dos cursos de preparação para o parto realizados pelo Serviço Nacional de Saúde através dos Centros de Saúde, sendo apontado pelas grávidas que estes cursos muitas vezes não têm continuidade ou não comportam todas as grávidas ou são incompatíveis com os horários das grávidas e que os cursos realizados a nível privado são dispendiosos.

Estes dados dão conta que a acessibilidade à informação e preparação adequada para um momento crucial da vida da mulher/casal, como o parto, não é igual para toda a população.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

A par destes resultados, verificou-se neste estudo, que tem havido um investimento na educação para a saúde em termos de obstetrícia e saúde infantil durante a vigilância da gravidez, quando se comparam os dados obtidos com resultados de outros estudos, em que a maioria das grávidas, também primíparas, embora de outras regiões do país, referiram não receber quase nada de informação.

Ainda assim, existem grávidas que referem não ter conhecimento dos referidos cursos ou que não consideram a preparação para o parto importante, pelo que se defende que a implementação gratuita dos cursos de preparação para o parto para todas as grávidas devia ser uma realidade prática, não apenas legislada, o que depende quer dos gestores das Instituições de Saúde Nacionais, quer da própria classe de enfermagem.

No entanto, numa primeira fase, já se considera benéfico garantir a preparação para o parto gratuita às primíparas mais novas (menores de 24 anos). Não se incluem as mais velhas por se considerar que, embora a mulher engravide mais tardiamente, ainda não é tão comum que o primeiro filho surja após os 33 anos. No entanto, se a tendência actual de se atender à maternidade cada vez mais tarde se mantiver, esse facto deverá ser tido em conta, dentro de relativamente pouco tempo.

Das sugestões apresentadas pelas participantes para os cursos de preparação para o parto, constata-se que é visto como vantajoso que as aulas incidam bastante na prática (exercícios e situações reais) e aprofundem alguns aspectos que mais suscitam dúvidas, como o caso de ser necessário um parto por via alta. Também é sugerido que os cursos devem retratar totalmente a realidade em obstetrícia e no hospital de referência da região, de modo a promover a formação de expectativas reais e adequadas.

De uma forma geral, registou-se uma constituição homogénea dos cursos de preparação para o parto frequentados pelas participantes deste estudo. Essencialmente, cada curso aborda a amamentação, cuidados com o bebé e gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto.

De todos os temas mencionados foi referido que o que agradou mais à maioria das participantes foi a possibilidade de esclarecer dúvidas e desmistificar mitos transmitidos pela sociedade aliada às vantagens inerentes ao convívio com outras grávidas.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Os enfermeiros foram os técnicos responsáveis pela maioria dos cursos, sendo que cerca de metade das participantes se revela completamente satisfeita com esses técnicos. Por outro lado, quem esclarece as dúvidas existentes é essencialmente o médico isoladamente ou em associação ao técnico que faz a preparação para o parto.

Relativamente às limitações deste estudo, refere-se desde já a falta de representatividade da amostra pela limitação geográfica, pela não realização de pré teste e pelas alterações introduzidas aos questionários de avaliação de apoio social e familiar e de experiência e satisfação com o parto, o que implica a impossibilidade da generalização dos resultados.

Nesta fase final do estudo considera-se que a escolha do questionário de avaliação de apoio social e familiar não foi a mais acertada. Em investigações futuras, dever-se-á optar por instrumentos publicados e validados para a população portuguesa, garantindo a fiabilidade dos resultados obtidos.

É de salientar que seria pertinente realizar uma linha de investigação longitudinal semelhante mas optando por colher os dados numa fase de puerpério mais tardia, por exemplo na consulta de revisão puerperal, às seis semanas pós-parto, aplicando também nesta fase a escala de avaliação de suporte social.

É no regresso a casa que a mãe consegue reavaliar as suas necessidades e se pode sentir mais sozinha, pelo que se o questionário for administrado mais tarde, talvez os resultados encontrados nesta área possam ser diferentes, e/ou até mesmo concordantes, com outros estudos.

Por outro lado, pensa-se que teria sido mais apropriado incluir uma variável referente ao agregado familiar da grávida, uma vez que pode ajudar a explicar a maior ou menor necessidade de apoio sentida.

Estudos posteriores deveriam seguir estes procedimentos, numa amostra mais alargada e diversificada, de forma a obter uma estrutura factorial mais sólida.

Considera-se que após a exposição deste trabalho, existem ainda muitas variáveis a explorar e relacionar, de modo a alargar o conhecimento científico na área da Psicologia da Saúde e a incentivar o desenvolvimento e implementação de programas sociais e políticos que estimulem os profissionais a empenharem-se mais em pesquisas e programas de intervenção dirigidos às grávidas e respectivas famílias.

## Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Resta ainda acrescentar que na realização deste estudo, as dificuldades que foram surgindo serviram sempre de incentivo para procurar melhores e mais adequadas soluções, que permitissem concluir este trabalho com êxito.

As limitações já referidas serviram essencialmente de aprendizagem, sendo certo que em investigações futuras o caminho será, concerteza, menos tortuoso.

Os resultados encontrados neste estudo evidenciam sobretudo a importância da existência de expectativas realistas para uma melhor vivência da experiência de parto, aumentando os níveis de satisfação das mulheres para com este momento. Estes resultados podem alcançar-se através da preparação para o parto, devendo actuar-se, preferencialmente, numa fase inicial, nas mulheres mais novas, uma vez que se constatou que são estas que aderem menos a estes cursos.

Tal como referem Scmied, Myors, Wills e Cooke (2002), a educação pré natal tem um papel importante na percepção realista da dor e no conhecimento de estratégias para a aliviar, bem como no incentivo dos casais a serem elementos participativos não meros observadores, nesta experiência única. Os mesmos autores defendem que as discussões em grupo de temas relativos à fase de trabalho de parto e parto são benéficos para as participantes, na medida em que se direccionam para as suas necessidades de informação.

É com a certeza de que este é um papel que cabe aos enfermeiros e que estes muito podem fazer para alterar a satisfação das mulheres em relação a um dos momentos mais cruciais da nossa existência – o momento do parto - que se espera que este estudo possa ser um contributo, ainda que modesto, para a prestação de cuidados, promovendo as mudanças de comportamento, quer para os profissionais de saúde, no exercício da sua profissão, quer para a sociedade ao tomar consciência da sua responsabilidade na manutenção da sua saúde onde se inclui um momento tão importante como o parto.

## CAPÍTULO V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barraca Mairal, J. & López-Yarto Elizalde, L. (1997). *ESFA: Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos*. Manual. Publicaciones de Psicología Aplicada, Serie menor nº 250. Madrid: TEA Ediciones.

Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi editores.

Burroughs, A. (1995), *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bobak, I; Lowdermilk, D; Jensen, M; Perry, S. (1999). *Enfermagem na maternidade*, (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Borba, D., Maia, E. (2005). *Vidas em crescimento – percepção da experiência e controlo da dor durante o trabalho de parto em primíparas*. (Monografia de pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde materna e obstétrica). Évora: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, núcleo de saúde materna e infantil.

Brazelton, T. B.; Cramer, B.G. (1989), *A Relação Mais Precoce – Os Pais, Os Bebés E A Interação Precoce*. Lisboa: Terramar.

Canavarro, M.C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental – Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*, (1ª ed.). Coimbra: Quarteto editora.

Canavarro, M.C. (2006), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, (2ª ed.). Coimbra: Quarteto editora.

- Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto
- Coelho, S. (2002), *Vivência(s) Psicológica(s) na Gravidez – Estudo Comparativo em Primíparas Grávidas sem e com Preparação para o Parto*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Loulé: Instituto Superior Dom Afonso III.
- Collière, MF; (1999). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colman, L.; Colman, A. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A; Figueiredo, B. (2007), Preocupações de mães e pais na gravidez e pós-parto. Análise Psicológica, 3 (XXV), 381-398.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (s.d). Tipo de parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. Revista de obstetrícia e ginecologia.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). *Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação*. Psicologia, Saúde e Doenças, 4 (1), 47-67.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques & Pais, A. (2004) – Questionário de Experiência e Satisfação com o parto (QESP). Psicologia, Saúde e Doenças, 5 (1), 159-187.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques & Pais, A. (2006) – Questionário de Antecipação do parto (QAP), Psychologica, 41, 249-279
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Couto, G. (2006). Conceitualização Pelas Enfermeiras de Preparação para o Parto. Revista Latino-americana de Enfermagem, Março-Abril, 14 (2), 190-198.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Cowan, C. P.; Cowan, P.; Henning, G.; Garret, E.; Coysh, W. S.; Curtis-Bowles, H. e Bowles, A. J. (1985), *Transitions to parenthood: His, Her and Theirs*, The Journal of Family Issues, 6, 421-481.

Cranley, M. S., Hedhal, K. J., & Pegg, S. H. (1983), Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing research*, 32(1), 10-15.

Curl, M.; Davies, R.; Lothian, S.; Pascali-Bonaro, D.; Scaer, R.; Walsh, A. (2004), *Childbirth Educators, Doulas, Nurses, and Women Respond to the Six Care Practices for Normal Birth*, The Journal of perinatal Education, 13(2), 42-50.

Diário da República – Série A. Decreto-Lei nº 142/99 de 31 de Agosto.

Diário da República – Série A. Decreto-Lei nº 70/2000 de 4 de Maio.

Direcção Geral da Saúde, (2001): Plano Nacional de Luta contra a Dor. Aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001.

Direcção Geral da saúde, 2006

[http://www.srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/cuidados\\_preconcepcionais.pdf](http://www.srsdocs.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/cuidados_preconcepcionais.pdf)

Domingues, R; Santos, E; Leal, M. (2004). *Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate*, Caderno de saúde pública, 20 (1), 552-561. Rio de Janeiro.

Duncan, H., R.N., M.A (1995), *Dicionário Andrei para Enfermeiros e outros profissionais de Saúde*, (2ª ed.). São Paulo: Organização Andrei Editora.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Figueiredo, B., & Alegre, C. (s.d.) *Motherhood Experiences of Portuguese Women* in Cox, J., Marks, M., & Oats, M. Transcultural study of Postpartum Depression. Cambridge press, *in press*.

Figueiredo, B; Costa, R; Pacheco, A; (2002), *Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas*, Análise Psicológica, 2 (20), 203-217.

Figueiredo, B. (2003), *Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3(3), 521-530.

Figueiredo, B; Pacheco, A; Costa, R (2006). *Qualidade das relações significativas da mulher*, Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1, 3-25. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

Fortin, M. F (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*, Loures: Lusociência.

Green, I.W; Lewis, F.M. (1996), *Measurement and evaluation in health education and health Promotion*. California: Mayfield Publishing Company.

Graça, L.M. e colaboradores (2000), *Medicina Materno-Fetal*. Lousã: Lidel edições Técnicas, Lda.

Hidalgo, M. V. (1998). Transición a la maternidad y la paternidad. in Rodrigo, M. & Palácios, J. (1998): Família y Desarrollo Humano; Psicología y Educación. Madrid: Alianza Editorial.

Hill. M.; Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*, (2ª ed.), Lisboa: Edições Sílabo.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Instituto Nacional de Estatística, (2002)  
<http://www.marktest.com/wap/a/n/id~325.aspx>

Instituto Nacional de Estatística, (2003)  
<http://diario.iol.pt/sociedade/populacao-portugal-estatistica-ine/html>

Instituto Nacional de Estatística, (2008)  
<http://diario.iol.pt/sociedade/populacao-portugal-estatistica-ine/957315-4071.html>

Kitzinger, S. (1996). *Mães - um estudo antropológico da maternidade*, (2ª ed.).  
Lisboa: Editorial Presença.

Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Lobo, I. (2008), dados estatísticos do serviço de Urgência de Ginecologia e  
Obstetrícia do Hospital de Faro, EPE. n/p

Luís, K., (2008). Variáveis psicológicas (cognições antecipatórias, ansiedade e coping) na dor obstétrica (Monografia de Licenciatura em Psicologia Social).  
Faro: Universidade do Algarve.

Maldonado, M. T. (1985). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6ª ed.).  
Petrópolis: editora Vozes.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições  
Sílabo.

Melzack, R.; Wall, P. (1987). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste  
Gulbenkian.

Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

- Menezes, C.; Lopes, R. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé, PsicoUSF, 12 (1).
- Mexia, G.L. (1987). O método psicoprofilático – Redutor da ansiedade na grávida (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mexia, G. L. (1989). O método psicoprofilático – redutor de ansiedade na grávida. Análise Psicológica, 1-2-3 (VII), 353-359.
- Mexia, G. L. (2000). *Medicina materno-fetal 1*, (2ª ed.). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Ministério da Educação, (2008), Portal da Educação do Ministério da Educação, consultado em <http://www.min.edu.pt/outerFrame.jsp?link=http://www.gepe.min-edu.pt/np3/9.html>.
- Nascimento, M. (2003). Preparar o nascimento. Análise Psicológica, 1 (XXI), 47-51.
- Nave, F.; Jesus, S.; Barraca, J. & Parreira, P. (2006). Escala de satisfação familiar por adjectivos: Tradução e adaptação para a população portuguesa. Revista Investigação em Enfermagem, 14, 45-54.
- Oliveira, C.; Pedrosa, A.; Canavarro, M. (2006). Gravidez, parentalidade e mudança, stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. in Pinto, A.; Silva, A. (2006): Stress e bem-estar (p.59-79). Lisboa: Climepsi editores.
- Pacheco, A; Figueiredo, B; Costa, R; Pais, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. Revista Portuguesa de Psicossomática, 7 (1), 7-41.

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem Preparação para o Parto

Pereira, A. (2004). *SPSS guia prático de utilização – análise de dados para ciências sociais e psicologia* (5ª ed.). Lisboa: edições Sílabo.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (1998). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Ponte, M. (2006). A educação para a saúde durante a gravidez – ideias, conhecimentos e práticas das enfermeiras (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação/ Educação e Formação de Adultos). Faro: Universidade do Algarve.

Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*, (1º edição) Lisboa: Climepsi Editores.

Roales-Nieto, (2004). *Psicología de la salud – aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Edições Pirâmide.

Rodrigues, A.; Figueiredo, B.; Pacheco, A. et al, (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: estudo com grávidas adolescentes. Análise Psicológica, 22 (4), 643-665.

Roura, L; (2003). *Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción*. Madrid: Editorial Medica panamericana.

Sá, E. (1997), *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século

Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem  
Preparação para o Parto

Saias, A.; Viana, C.; Santos, C. (2007), *A tecnologia ao serviço das pessoas: Cipe/Sape) – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Associação portuguesa de enfermeiros, Lisboa.

Sarason, B. (1999). Família, apoio social e salud. In Buendia, J. (1999), *Família y psicología da La Salud*, (1ª ed.) Edições Pirâmide.

Schmied, V; Myors, K; Wills, J; Cooke, M. (2002). Preparing expectant couples for new-parent experiences: a comparison of two models of antenatal education. The Journal of Perinatal Education 11(3).

Soifer, R; (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*, (6ª ed.). Brasil: Editora artes médicas.

Stark, M.A.; Jones, M. (2006). Advanced Preparation and Positive Labor Support Create an Optimal Experience for Normal Birth, The Journal of Perinatal Education, 15 (2), 4-7.

Veladas, M. (1997). *Ajudar na Sala de Partos* . Lisboa: Lidel