

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Resumo:

Enquadramento: A preparação para o parto enquanto momento de educação para a saúde durante a gravidez devem ser entendidas como algo que permite à mulher encarar e perceber esta fase, bem como aumentar o seu conhecimento e competências enquanto grávida, para que a sua perceção dos cuidados culturais seja a melhor possível, e assim, vivenciar esta experiência sem dúvidas, receios e medos.

Objetivos: São objetivos para este estudo determinar a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas na realização de preparação para o parto; analisar a influência da preparação para o parto na perceção dos cuidados culturais e ainda a influência das variáveis sociodemográficas e das variáveis obstétricas na perceção dos cuidados culturais das puérperas da região Norte de Portugal.

Métodos: Estudo de natureza epidemiológica, quantitativo, descritivo, correlacional do tipo explicativo, aplicado a 1000 puérperas das maternidades do norte de Portugal, utilizando um questionário e recorrendo à Escala de Perceção dos Cuidados Culturais.

Resultados: A amostra deste estudo caracteriza-se por se encontrar em idade reprodutiva, empregadas, casadas, provenientes do meio urbano. Na sua maioria primigestas, revelando uma gravidez vigiada antes do 1º trimestre no Serviço Nacional de Saúde. O parto eutócico com recurso à analgesia epidural foi o mais praticado, e 39,6% das puérperas realizaram preparação para o parto. As puérperas que realizaram a preparação para o parto encontram-se em idade reprodutiva, possuem um nível de habilitações literárias elevado, são provenientes do meio urbano e empregadas, revelaram melhor perceção dos cuidados culturais, relativamente ao atendimento personalizado, significado tempo, importância da privacidade e comunicação.

Conclusão: A adesão à preparação para o parto por parte das puérperas das regiões Norte de Portugal é bastante reduzida quando comparada com outros países. A sua realização pode diminuir o número de partos instrumentados bem como o número de cesarianas e promover uma melhor perceção dos cuidados culturais durante o trabalho de parto. É necessário fomentar a realização destas aulas, não só, nos meios urbanos, mas também nos meios rurais, assim como, entender o porquê de as mulheres que vigiaram a gravidez no Serviço Nacional de Saúde não aderirem as aulas de preparação para o parto.

Palavras-chave: Gravidez; aulas de preparação para o parto; perceção dos cuidados culturais

Abstract:

Background: Childbirth classes, as a health education programme during pregnancy, should be understood as something that allows a woman to look and realize this phase, as well as to increase their knowledge and skills while pregnant, so they could experience cultural care perception the best way they can, and live this experience without doubts, fears and anxieties.

Objectives: The objectives for this study is to determinate the influence of sociodemographic and obstetric variables in childbirth classes; analyze the influence of childbirth classes in cultural care perception and also the influence of sociodemographic and obstetric variables in cultural care perception by the women of North of Portugal

Methods: This is an epidemiological, quantitative, descriptive, correlational and explanatory study, applied to 1000 women in the north of Portugal, using a questionnaire and using the Scale of Cultural Care Perceptions.

Results: The sample is characterized by being in reproductive age, employed, married, from the urban area. Mostly first time pregnants, took their prenatal care vigilance before the 1st quarter in the public service. The normal delivery with the use of epidural analgesia was the most practiced, and 39.6% of women had childbirth classes. The women who took childbirth classes are at a reproductive age, have a high level of qualifications, are from urban areas and employed. They revealed a better perception of cultural care, especially in the personalized service, meaning of time, the importance of privacy and communication.

Conclusion: Attendance to the childbirth classes by the women in the North of Portugal is quite low when compared to other countries. These classes can reduce the number of instrumented deliveries, the number of caesareans and also promote a better cultural care perception during labor. It is necessary to provide these classes, not only in urban areas, but also in rural locations, as well as, trying to understand why women who took her prenatal care in the public service did not attend childbirth classes.

Keywords: Pregnancy; childbirth classes; cultural care perception

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Estatística da amostra em função da idade	17
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra	19
Tabela 3- Consistência Interna da percepção dos cuidados culturais	24
Tabela 4- Consistência Interna dos itens por subescala	27
Tabela 5- Valores de alfa de Cronbach por subescalas a escala da percepção de cuidados culturais	30
Tabela 6- Matriz da Correlação de Pearson entre subescalas e a percepção dos cuidados culturais	30
Tabela 7- Estatística da amostra em função das subescalas da escala da percepção dos cuidados culturais	31
Tabela 8- Caracterização da amostra em função variáveis obstétricas	36
Tabela 9- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a preparação para o parto	37
Tabela 10- Teste de Kruskal-Wallis entre percepção dos cuidados culturais e a idade	38
Tabela 11- Teste One Way Anova entre percepção dos cuidados culturais e as habilitações literárias	39
Tabela 12- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a situação profissional	40
Tabela 13- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e o local de residência	41
Tabela 14- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a nacionalidade	41
Tabela 15- Teste de Kruskal-Wallis entre percepção dos cuidados culturais e o local de vigilância	42
Tabela 16- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a vigilância da gravidez	43
Tabela 17- Teste de Kruskal-Wallis entre percepção dos cuidados culturais e o tipo de parto	44
Tabela 18- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e o número de gestações	45
Tabela 19- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a analgesia epidural	46

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABELAS	
1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	14
2.1- MÉTODOS	14
2.2- PARTICIPANTES	17
2.2.1- Caracterização sociodemográfica	17
2.3- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	20
2.3.1- Resultados psicométricos da escala de percepção dos cuidados culturais	22
2.4- PROCEDIMENTOS	31
2.5- ANÁLISE DE DADOS	32
3 RESULTADOS	34
3.1- ANÁLISE DESCRITIVA	34
3.1.1- Caracterização da amostra em função das variáveis obstétricas	34
3.2- ANÁLISE INFERENCIAL	37
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
4.1- RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E AS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E A PREPARAÇÃO PARA O PARTO	47
4.2- RELAÇÃO ENTRE A PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A PERCEÇÃO DOS CUIDADOS CULTURAIS	49
4.3- RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS E A PERCEÇÃO DOS CUIDADOS CULTURAIS	50
5 CONCLUSÕES	53
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXO I- Questionário	58
ANEXO II- Parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados	67

1 - Introdução

O estado gravídico é uma fase particular e específica, pela qual a mulher passa, mas também, é o momento mais importante da sua vida, provocando um profundo impacto a nível físico, mental, emocional e social (Bernazzani et al., 2005; Etowa, 2012).

Do ponto de vista fisiológico, a gravidez é o período que decorre desde a conceção até ao nascimento da criança, e tem a duração de cerca de 40 semanas. Durante este período a mulher passa por transformações físicas próprias para poder gerar o seu filho. Presencia um aumento do peso corporal, alguns desconfortos como náuseas, vómitos, edemas das mãos e membros inferiores, obstipação, aumento do tamanho dos seios, dificuldade respiratória pela compressão que o diafragma faz sobre os pulmões devido ao aumento do útero (Lowdermilk, D. L., & Perry, 2008; Olaitan et al., 2012).

Todos estes desconfortos físicos, bem como o medo do parto, fomentam uma expectativa muito elevada relativamente a este momento, o que poderá influenciar a forma como as futuras mães vão encarar o parto e a maternidade. Existem mulheres que relataram partos traumáticos, e pós-partos difíceis por vivenciarem uma gravidez com medo (van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2010). Os resultados destes relatos, associados ao medo do parto, têm feito disparar o número de cesarianas em todo o mundo, não por impossibilidade de um parto normal, mas a pedido da grávida (Nama & Wilcock, 2011; Shahoei, Riji, & Saeedi, 2011). De igual modo, existe também alterações hormonais, sobretudo a nível dos estrogénios e da progesterona, sendo responsável pela labilidade emocional, alteração dos estados humorais, bem como dificuldade na concentração.

Por tudo isto, e pela sua condição de especificidade, a grávida deve ser acompanhada de uma forma atenta e plena, para que possa vivenciar esta fase, e a que daí advém sem dúvidas, anseios e sobressaltos (Couto, 2006; Lowdermilk et al., 2008; Macfarlane, 1992).

É também durante a gravidez, período de transição universal e natural, que se verificam grandes mudanças e reajustamentos físicos e psicológicos, para os quais, nem sempre, as futuras mães estão preparadas, o que associado a alguma falta de conhecimento, pode condicionar a vivência do trabalho de parto de uma forma agradável e feliz, sendo benéfico o recurso a cuidados de saúde especiais, como é o caso das aulas de preparação para o parto (Yenal & Sevil, 2012).

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Sobejamente conhecido como um período fortemente influenciado não só pelas expectativas da grávida, mas também pelos seus valores sociais e culturais, associam-se mais rituais de cultura e práticas à gravidez do que a qualquer outra fase de vida da mulher.

Como fenómeno cultural que é, a gravidez, é um processo único que se rege por papéis muito próprios em cada cultura, e que devem ser reconhecidos para que se prestem cuidados de saúde com qualidade (Etowa, 2012). Assim, cada mulher vivencia a sua gravidez com alterações, a vários níveis, de uma forma muito própria. Cada gravidez é uma gravidez, é uma vivência pessoal, que ao longo dos tempos, tem vindo a sofrer alterações no que diz respeito aos contextos socioculturais (Boyacıoğlu & Türkmen, 2008).

Na maioria das culturas, a gravidez e a maternidade ocupam um lugar central que, no passado, se cingiam essencialmente ao seio familiar, mas que hoje em dia têm um impacto social, cultural e político considerável (Jordá & Bernal, 2010). Numa ótica transcultural, quando se comparam diferentes culturas, constata-se que, desde o período da gravidez ao nascimento, na maior parte das culturas ou sociedades, é dedicada uma atenção especial, estando a ambos os períodos associadas determinadas prescrições, enraizadas em tradições, costumes e superstições (Barbaut, 2000).

Como resultado da globalização e conseqüentes alterações sociodemográficas é necessário atuar em conformidade com os diferentes contextos culturais da sociedade atual, como é o caso da comunidade imigrante, que tem vindo a aumentar em todo o mundo (Chou, Chou, Lee, & Huang, 2008). A imigrante, enquanto grávida, passa por uma fase particular de transição com todas as suas características e sensações inerentes a este estado. Esta também se depara com algumas barreiras, o que influencia o modo como cada uma vivencia a sua gravidez.

Uma das barreiras mais referenciada é a comunicação. Sendo esta um meio de aproximação das pessoas, a existência de uma barreira linguística, torna-se problemático para a grávida imigrante expressar as suas dúvidas, medos, anseios relacionados com a maternidade, do mesmo modo que para os profissionais de saúde se torna difícil compreenderem a situação de cada mulher e assim poderem prestar cuidados culturalmente congruentes com as necessidades de cada uma (Comas et al., 2011; Coutinho & Parreira, 2011; Thomas, Beckmann, & Gibbons, 2010).

A barreira cultural também pode influenciar todo o processo de gravidez e parto.

“A cultura inclui conhecimento e práticas influenciadas por fatores como a visão do mundo, a linguagem, a religião, o parentesco, a etno-história, além de fatores políticos, educacionais, tecnológicos e o contexto do meio ambiente no qual ocorre. (...) pode ser uma influência poderosa no comportamento das pessoas porque é um conjunto de práticas que perduram através do tempo.” (Iserhard, 2009, p. 117).

Cada cultura tem os seus mitos ou crenças, que são transmitidos, de geração em geração, e que se encontram fortemente enraizados (Couto, 2006). Porém, estas crenças e práticas culturais muitas vezes, não vão ao encontro dos cuidados de saúde prestados, podendo mesmo afetar a sua saúde. É fundamental para o profissional de saúde respeitar e tentar encontrar a melhor solução, para prestar os cuidados, sem desrespeitar o que a grávida acredita. Sabendo que os enfermeiros estão presentes, durante todas as fases evolutivas da gravidez (consultas de vigilância, preparação para o parto) e no pós-parto, é importante consciencializarem-se de que as mulheres que se encontram em contextos culturais que não os seus, presenciam dois processos de transição complexos (Cetin, Gunay, & Dalak, 2012; Etowa, 2012; Maier-Lorentz, 2008).

Deste modo, a competência cultural emerge como um padrão de práticas para enfatizar a importância dos cuidados de enfermagem individualizados e específicos para cada pessoa, ou seja, é importante que cada profissional de saúde tenha a capacidade de entender culturalmente as diferenças de cada grávida para poder prestar cuidados de saúde transculturais e com qualidade (Cetin et al., 2012; Maier-Lorentz, 2008).

A educação para a saúde durante o período pré-natal tem uma longa história. Desde sempre que essa era transmitida, de geração em geração, de uma forma informal. Contudo no início do século XX, nos países Ocidentais, a preparação para o parto, enquanto educação mais formal, começou como resposta à melhoria dos cuidados de saúde pré-natais (Malata, Hauck, Monterosso, & McCaul, 2007). A preparação para o parto durante a gravidez, é um cuidado pré-natal programado, considerado em muitas partes do mundo, como essencial, sendo assegurado pelos sistemas de saúde públicos e/ou privados. A adesão à preparação para o parto tem vindo a aumentar nas últimas décadas, maioritariamente frequentado por primigestas, com idades médias entre os 24 e os 35 anos e um nível socioeconómico médio-elevado (Bergström, Kieler, & Waldenström, 2009; Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2005; Serçeku & Mete, 2010).

Frequentar as aulas de preparação para o parto constitui um direito legalmente estabelecido (Lei nº142/99 de 31 Agosto), ministrado pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e pode ser entendido como um programa de sessões de educação para a saúde, para as grávidas e companheiros, que visam preparar e encorajar a mulher a ter um papel ativo, no desenrolar da gravidez e trabalho de parto. As grávidas aprendem técnicas de descontração psicofisiológica, para aumentar o seu limiar de dor, de forma a minimizar o uso de analgesia, durante o trabalho de parto; aprendem técnicas de descontração neuromuscular (relaxamento) em combinação com exercícios respiratórios de modo a poderem assegurar um aporte de oxigénio adequado a si e ao feto independente da atividade contrátil uterina (Couto, 2002; Pincus, 2005) . É também fornecida toda a informação teórica relacionada com a gravidez, trabalho de parto e pós-parto (Malata et al., 2007). Frequentar estas sessões proporciona momentos de partilha de experiências entre grávidas, o que as leva a perceber que não estão sozinhas nesta fase de tantas alterações bio-psico-sociais (Couto, 2002; Morgado, Pacheco, Belém, & Nogueira, 2010; Reitmanova & Gustafson, 2008) .

O método utilizado, pela maioria dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, é o Psico-Profilático, ou Método de Lamaze, que tem como principal objetivo o condicionamento do comportamento humano perante a dor da contração. Este método foi construído com base na teoria de Pavlov. Acredita-se que o ser humano é capaz de condicionar o seu comportamento, através dos estímulos a que está sujeito, dando uma resposta condicionada e não inata. Assim, perante a dor da contração, a grávida será ensinada a ter, como resposta condicionada, a respiração e, no intervalo das contrações, a descontração neuromuscular/relaxamento, para recuperar a energia perdida, durante o momento da contração do músculo uterino (Pincus, 2005). Os três grandes objetivos da preparação para o parto pelo Método Psico-Profilático, são o de fazer com que a grávida consiga ocupar o cérebro durante a contração, pela respiração e relaxamento; transformar o desconhecido em conhecido, aumentando assim o limiar de sensibilidade à dor, e condicionar as respostas corretas durante o trabalho de parto (BergstrÖM, Kieler, & WaldenstrÖM, 2010; Michaels, 2010; Pincus, 2005).

Nas sessões de preparação para o parto é fornecida informação à mulher grávida sobre desenvolvimento infantil, amamentação, cuidados de puericultura, alimentação, papel parental, sexualidade, relacionamento da grávida com o seu companheiro, anatomofisiologia dos órgãos genitais e do trabalho de parto, entre outras. Com esta informação pretende-se que

a mulher grávida perceba as alterações que se operam no seu corpo, que tenha a percepção adequada de como se está a preparar para o trabalho de parto ativo, e que consiga ter uma intervenção positiva no momento de exercer os esforços expulsivos (Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2006; Pincus, 2005) .

Há evidências de que o número de partos instrumentados têm vindo a aumentar, porque as grávidas não aprendem ou não treinaram a realização de esforços expulsivos ou até mesmo não o fizeram adequadamente (Grignaffini, Soncini, Riccò, & Vadora, 2000). Quando as mulheres grávidas conseguem assimilar o treino do período expulsivo nas sessões de preparação para o parto, durante do seu trabalho de parto, realizam os esforços expulsivos adequados que também contribuem para evitar os partos instrumentados, e os partos por cesariana (Grignaffini et al., 2000; Phipps, Charlton, & Dietz, 2009).

A componente psicológica tem especial atenção nestas sessões, pois é uma componente de extrema importância, na medida em que para que a aprendizagem profilática seja bem aplicada, é necessário que a grávida, em termos psicológicos, também esteja bem preparada. Por mais que a mulher tenha conhecimentos sobre as etapas do trabalho de parto e das respostas a dar, se se desconcentra, e se se descontrola, não consegue executar, corretamente, aquilo que lhe foi ensinado (Couto, 2002). A ansiedade é uma das alterações psicológicas mais referenciadas pelas grávidas e, segundo alguns autores, parece existir uma correspondência entre a ansiedade que as mulheres manifestam durante a gravidez e a duração do trabalho de parto (Couto, 2002; Lee & Holroyd, 2009) , bem como outros fatores, como antecedentes sociais e étnicos, personalidade e o seu estado de saúde (Wilde-Larsson, Sandin-Bojö, Starrin, & Larsson, 2011).

Na nossa sociedade, a mulher grávida prepara-se para ser mãe durante um longo período da sua vida. Desde a infância que as meninas brincam às “mães e aos filhos”, o que se traduz numa certa preparação emocional para a maternidade, mas não para o momento do parto em si (Ho & Holroyd, 2002), e constrói expectativas, relativamente ao modo como irá decorrer a sua experiência de trabalho de parto, sustentadas nas tradições e costumes, que são transmitidos de geração em geração e que podem influenciar a forma como esta vai encarar este momento (Cetin et al., 2012). Estas aprendizagens sobre a gravidez e o trabalho de parto, são muitas vezes, realizadas de uma forma empírica e incorreta, interiorizando histórias sobre gravidezes e trabalhos de parto que correram mal, relatadas pela sociedade e/ou por imagens

televisivas que não correspondem à realidade (Couto, 2006; Leal, 2005; Morgado et al., 2010).

A preparação para o parto, enquanto momento de educação para a saúde, durante a gravidez, tem relevância na forma como a mulher vai encarar a própria gravidez e o trabalho de parto (Carr, 1992). Como tal, há um esforço para que esta preparação seja entendida pela mulher como algo que lhe permite encarar e perceber a gravidez e o trabalho de parto como atos fisiológicos, em que o parto não é dor, mas sim alegria e felicidade (Lee & Holroyd, 2009; Morgado et al., 2010). Sem dúvida que as aulas de preparação para o parto aumentam o conhecimento e as competências das grávidas pois permitem a aquisição de informação relativamente ao trabalho de parto, parto e riscos envolvidos (Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2007; Malata et al., 2007) e podem ser um meio de defesa para evitar medicação (Baglio, Spinelli, Donati, ME, & J, 2000).

Face a esta problemática tão pertinente e actual, a qual como profissional de saúde na área de saúde materna e obstetrícia vivenciamos diariamente, colocou-se-nos a seguinte questão central: Em que medida a preparação para o parto influencia a perceção dos cuidados culturais das puérperas da região Norte de Portugal? Qual a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas?

Nesse sentido, a finalidade deste estudo tem em vista analisar a influência da preparação para o parto na perceção dos cuidados culturais e ainda determinar a influência das variáveis sociodemográficas e das variáveis obstétricas na perceção dos cuidados culturais das puérperas da região Norte de Portugal.

Desta forma, munidos com este conhecimento, os profissionais de saúde poderão agir em conformidade, identificando possíveis susceptibilidades e obstáculos, quer na adesão à realização de preparação para o parto, bem como, na prestação de cuidados de saúde culturalmente congruentes.

2 - Metodologia

Pretende-se neste capítulo fazer uma descrição objetiva da forma e dos meios utilizados no desenvolvimento do estudo, dando resposta à questão a investigar, atendendo aos recursos temporais, humanos, económicos e materiais.

Apresentamos de seguida os métodos, os participantes, os instrumentos, os procedimentos e a análise de dados realizados neste estudo.

2.1- Métodos

Os cuidados culturais foram definidos como o conhecimento e a comunicação interpessoal necessária para um indivíduo poder atuar efetivamente com indivíduos de outras culturas e etnias (Shannon, 2010). Orientando os profissionais neste pressuposto, a preparação para o parto pode ser um momento de aprendizagem, não só sobre o trabalho de parto e pós-parto, cujo principal objetivo é tornar conhecido o desconhecido e minimizar a ansiedade e a perceção da dor das contrações, mas também se pode encontrar nestas sessões o local ideal para que a grávida possa identificar os seus problemas, expressar os seus receios e dar o contributo das suas tradições culturais relacionadas com a gravidez. Através das sessões de preparação para o parto os profissionais de saúde têm oportunidade de esclarecer todos os mitos, crenças, rituais relacionadas com o parto e pós-parto, cuidados de puericultura, cuidados com a amamentação, que nem sempre são os mais corretos (Bergström et al., 2010; Pincus, 2005).

A partir destes pressupostos teóricos delinearam-se as seguintes perguntas de investigação:

1-Em que medida as variáveis sociodemográficas e as variáveis obstétricas têm influência na realização de preparação para o parto pelas puérperas da região Norte de Portugal?

As políticas internacionais pretendem igualar os cuidados de saúde e os cuidados de enfermagem num contexto global, para que se possa monitorizar a qualidade dos cuidados bem como as suas práticas (Suhonen et al., 2011). São vários os estudos realizados em diversos países que comprovam a forte adesão das grávidas às aulas de preparação para o parto, bem como os seus benefícios (Bergström et al., 2009).

Desta forma, determinar a influência das variáveis sociodemográficas e das variáveis obstétricas na realização de preparação para o parto das puérperas da Região Norte de Portugal é o objetivo a alcançar em relação à questão formulada.

2-Em que medida a preparação para o parto influencia a percepção dos cuidados culturais das puérperas da região Norte de Portugal?

A preparação para o parto é um momento de aprendizagem e de partilha de informações, é o local onde as grávidas têm a oportunidade de se familiarizarem com os cuidados de saúde prestados, bem como, entender de que forma a sua identidade cultural pode influenciar esses mesmos cuidados de saúde (Shahoei et al., 2011). Por isso, delineou-se como objetivo para esta questão de investigação, analisar a influência da preparação para o parto na percepção dos cuidados culturais das puérperas da Região Norte de Portugal.

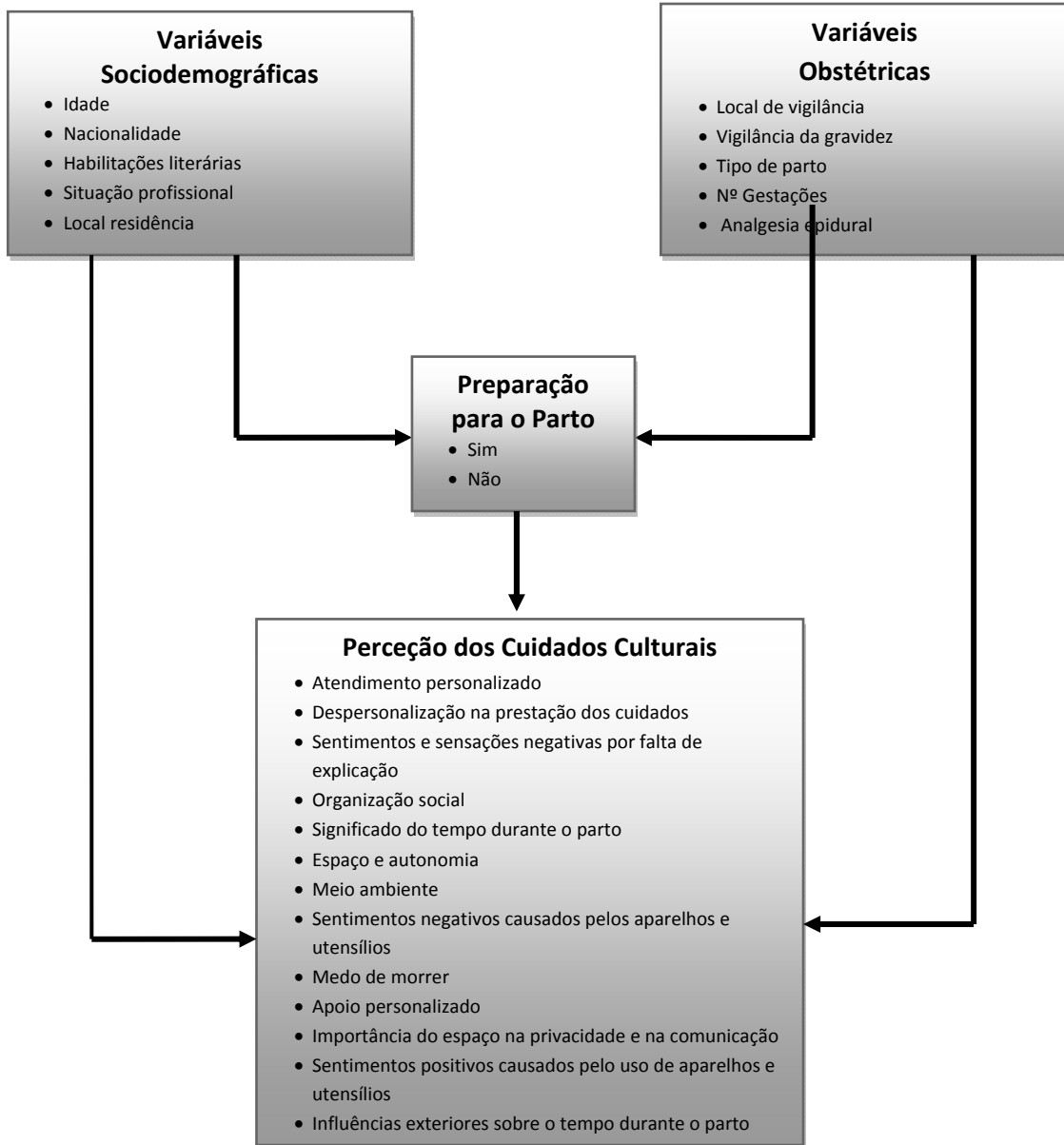
3-Qual a influência das variáveis sociodemográficas e das variáveis obstétricas na percepção dos cuidados culturais pelas puérperas da região Norte de Portugal?

Algumas pesquisas concordam que a cultura afeta os cuidados de saúde, mas são poucos os estudos de comparação entre a percepção dos cuidados culturais e os cuidados de saúde (Garrouthe, Sarkisian, Arguelles, Goldberg, & Buchwald, 2006). Sabendo que a idade do primeiro filho é cada vez mais tardia, e que as grávidas adolescentes continuam a ser um fator de risco (Kurth et al., 2010). Sabendo que o abandono escolar tem vindo a aumentar, assim como a migração da população do meio rural, é nosso objetivo analisar a influência das variáveis sociodemográficas e das variáveis obstétricas na percepção dos cuidados culturais das puérperas da região Norte de Portugal.

Neste sentido, e para dar resposta às hipóteses formuladas, desenvolveu-se um estudo de natureza epidemiológica pois pretende determinar condições relacionadas com a saúde, segundo as características dos indivíduos da amostra; quantitativo porque pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação; descritivo pois fornece uma descrição das características da amostra e a relação entre as variáveis; correlacional porque examina as relações entre as variáveis, e do tipo explicativo, já que o seu propósito é o de responder às causas dos eventos, sucessos e fenómenos físicos e sociais, ou seja, tenta identificar fatores que determinam/contribuem para a ocorrência de fenómenos.

O estudo em causa pretende dar resposta à temática “***Influência da preparação para o parto na percepção dos cuidados culturais das puérperas da região Norte de Portugal***”,

tendo-se elaborado para o efeito o desenho de investigação que se apresenta em forma pictórica:



A relevância deste estudo, assenta no princípio de conhecer melhor esta problemática em Portugal. Estamos em crer que esta investigação permitirá aprofundar conhecimentos sobre os fenómenos em estudo. Com efeito, o estudo da preparação para o parto associada à percepção dos cuidados culturais, não é muito explorado em Portugal o que confere algo inovador à investigação realizada contribuindo para futuras pesquisas que se debrucem sobre estas questões.

2.2- Participantes

Neste estudo a amostra é do tipo não probabilístico por conveniência, direcionada a todas as puérperas que realizaram o seu parto em instituições de saúde da região norte entre Setembro de 2010 e Setembro de 2012. E que voluntariamente se disponibilizaram a responder ao questionário (ANEXO I). Dado que a amostra encerra também um leque alargado de imigrantes, foram considerados como critério de inclusão residirem em Portugal há pelo menos um ano.

2.2.1. – Caracterização sociodemográfica da amostra

Esta amostra é constituída por 1000 puérperas, sendo que 396 (39,6%) frequentaram aulas de preparação para o parto, e 604 (60,4%) não realizaram preparação para o parto. Da amostra em estudo, 184 (18,4%) tinham nacionalidade estrangeira.

Idade

As puérperas apresentam uma idade mínima de 15 anos e idade máxima de 44 anos, com uma média de 29,5 anos ($dp=5,341$). Das puérperas que frequentaram aulas de preparação para o parto os resultados mostram uma idade mínima de 16 anos e uma idade máxima de 42 anos, sendo a média de 29,9 anos ($dp=4,9$). As puérperas que não realizaram aulas de preparação para o parto revelam uma idade mínima de 15 anos e a máxima de 44 anos com uma média de 29,2 anos ($dp=5,6$). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada em torno do valor médio dado situarem-se entre 15% a 30% e os valores de assimetria e curtose revelam curvas normocurticas sem enviesamentos. Já o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov indicia que a idade não tem uma distribuição normal.

Tabela 1 – Estatística da amostra em função da idade

Idade	N	Min.	Máx.	Média	D.p	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Frequência Preparação para o Parto									
Sim	396	16	42	29,9	4,9	16,4	-2,0	0,4	0,0
Não	604	15	44	29,2	5,6	19,2	0,4	-2,7	0,0
Total	1000	15	44	29,5	5,3	18,1	-1,7	-2,2	0,0

Agrupando as idades em função dos extremos de vida reprodutiva (tabela 2), tal como está preconizado pela OMS, a amostra deste estudo evidencia que, quer as puérperas que

realizaram aulas de preparação para o parto, quer as que não realizaram encontram-se em idade reprodutiva com valores percentuais de 85,1% e 85,3% respetivamente. Relativamente aos extremos de vida reprodutiva, entre as puérperas que realizaram as aulas de preparação para o parto, e as que não realizaram, não se vislumbram diferenças percentuais acentuadas o que poderá estar em consonância com o resultado do teste Qui-quadrado ($\chi^2=0,023$; $p=0,989$).

Estado civil

Quanto ao estado civil, a maioria das puérperas, quer as que realizaram aulas de preparação para o parto (79%), quer as que não realizaram (77,2%) encontram-se casadas ou em união de facto, contudo o teste Qui-quadrado não revela significância estatística ($\chi^2=0,495$; $p=0,482$).

Habilitações literárias

Quando analisada a amostra em função das habilitações literárias os resultados revelam que nas puérperas que realizaram preparação para o parto, a maior percentagem (42,9%) é referente ao ensino superior, e em oposição figuram as puérperas que não realizaram preparação para o parto, com valores percentuais mais elevados no ensino básico (50,3%). Os resultados apresentam significância estatística ($\chi^2=95,341$; $p=0,000$) situando-se as diferenças entre as que possuem o ensino básico e não fizeram preparação para o parto e ensino superior e fizeram preparação para o parto.

Situação profissional

Relativamente à situação profissional das puérperas, maioritariamente caracterizam-se por se encontrar empregadas com 69,0%, contudo, o valor percentual de desemprego é bastante alarmante com 31,0%, mas que está em consonância com a situação económica que Portugal e os países europeus atravessam. As puérperas que realizaram preparação para o parto e que se encontravam empregadas apresentam um valor de 73,5%, e as puérperas desempregadas um valor percentual de 26,5%. Das puérperas que não realizaram as aulas de preparação para o parto, 66,1% encontram-se empregadas e 33,9% desempregadas. O teste Qui-quadrado revela significância estatística ($\chi^2=6,164$; $p=0,013$) que se localiza entre as puérperas empregadas e que fizeram preparação para o parto, e as desempregadas e não realizaram preparação para o parto (de acordo com os resíduos ajustados).

Local de Residência

Quando se pretende saber a proveniência das puérperas, denota-se que 71,9% do total da amostra é proveniente do meio urbano e apenas 28,1% do meio rural.

Comparando as que realizaram aulas de preparação para o parto, com as que não realizaram observa-se que 83,6% vs 64,2% pertence ao meio urbano e apenas 16,4% vs 35,8% ao meio rural, o estudo revelou significância estatística com o teste Qui-quadro ($\chi^2=44,314$; $p=0,000$), que se situam entre as puérperas do meio rural e que não realizaram preparação para o parto e as puérperas do meio urbano e que realizaram preparação para o parto.

Nacionalidade

Caracterizando a amostra relativamente à sua nacionalidade os resultados revelam que a população imigrante apresenta valores percentuais mais elevados para a realização de aulas de preparação para o parto com 48,4%, enquanto que a população portuguesa apresenta 37,6%. Os resultados revelam que as puérperas portuguesas frequentam menos as aulas de preparação para o parto do que as imigrantes. O teste Qui-quadrado revelou significância estatística ($\chi^2=7,250$; $p=0,007$), com valores residuais ajustados que se localizam entre as portuguesas que não realizaram preparação para o parto e as imigrantes que realizaram preparação para o parto.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Frequência Preparação para o Parto		Sim		Não		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	Nº	%	Sim	Não				
Grupo etário												
≤ 17	5	1,3	7	1,2	12	1,2	0,1	-0,1				
18-35	337	85,1	515	85,3	852	85,2	-0,1	0,1	0,023		0,989	
≥ 36	54	13,6	82	13,6	136	13,6	0,0	0,0				
Local residência												
Rural	65	16,4	216	35,8	281	28,1	-6,7	6,7	44,314		0,000	
Urbano	331	83,6	388	64,2	719	71,9	6,7	-6,7				
Estado Civil												
Sol./Viúva/Divorc.	83	21,0	138	22,8	221	22,1	-0,7	0,7	0,495		0,482	
Casada/União facto	313	79,0	466	77,2	779	77,9	0,7	-0,7				
Situação Profissional												
Empregada	291	73,5	399	66,1	690	69,0	2,5	-2,5	6,164		0,013	
Desempregada	105	26,5	205	33,9	310	31,0	-2,5	2,56				
Habilitações literárias												
Básico	92	23,2	304	50,3	396	39,6	-8,6	8,6	95,341		0,000	
Secundário	134	33,8	188	31,1	322	32,2	0,9	-0,9				
Superior	170	42,9	122	18,5	282	28,2	8,4	-8,4				
Nacionalidade Portuguesa												
	307	37,6	509	62,4	816	81,6	-2,7	2,7	7,250		0,007	

Imigrante	89	48,4	95	37,6	184	18,4	2,7	-2,7	
-----------	----	------	----	------	-----	------	-----	------	--

2.3- Instrumento colheita de dados

O instrumento de recolha de dados aplicado foi um questionário, constituído por três partes sendo que a primeira se refere à caracterização sociodemográfica da amostra, a segunda às variáveis obstétricas e a terceira diz respeito a uma escala que avalia a perceção dos cuidados culturais

I Parte: Variáveis sociodemográficas,

Esta primeira parte pretende caracterizar a amostra em estudo quanto à sua nacionalidade, idade, estado civil, local de residência, habilitações literárias, situação profissional atual. São realizadas também questões relativamente às condições habitacionais bem como o rendimento mensal do agregado familiar e ainda o motivo que levou a escolher o hospital. Esta parte do questionário termina com questões direcionadas apenas às puérperas imigrantes no qual se pergunta há quanto tempo reside em Portugal, o motivo que a levou a imigrar, a sua situação relativamente à aquisição de cidadania portuguesa e se teve necessidade de intérprete ou não, e em caso de necessidade se lhe foi facultado o intérprete.

II Parte: Variáveis obstétricas

A segunda parte do questionário relaciona-se com as variáveis obstétricas. É constituído por 30 perguntas, que têm como objetivo recolher informação sobre o planeamento da gravidez, o local onde foi vigiada a gravidez, quantas consultas realizou antes e durante a gravidez. Para as puérperas que não vigiaram a gravidez questionou-se os motivos que as impediram.

Abordou-se o estado de saúde durante a gravidez e a vigilância efetuada em termos de ensinamentos por parte dos profissionais de saúde durante as consultas, bem como os exames realizados. Para além disso também se questionou o número de gravidezes anteriores, número de filhos, incluindo o atual, idade dos filhos, tipo de parto, idade gestacional, local de nascimento, se foi uma gravidez planeada, se houve aceitação da gravidez. Relativamente ao parto atual perguntou-se se chorou a seguir ao nascimento do filho, se o pai esteve presente, se frequentou aulas de preparação para o parto e se fez analgesia epidural.

III Parte - Escala de percepção de cuidados culturais

Por fim, a última parte do questionário é a escala de percepção dos cuidados culturais, que é um instrumento psicométrico de auto-resposta e validada para a população portuguesa por Parreira (2008). Trata-se de uma escala ordinal tipo Likert com 58 itens com 5 opções de resposta: discordo em absoluto (1), discordo parcialmente (2), tenho opinião contraditória (uma vez sim outras vezes não) (3), concordo parcialmente (4), concordo em absoluto (5). Dos 58 itens, 33 itens (6- 27, 29- 33, 35-40 e o 56) são cotados inversamente, ou seja, concordo em absoluto corresponde a 1; concordo parcialmente (4), tenho opinião contraditória (3), discordo parcialmente (4) e discordo em absoluto (5).

A escala de percepção de cuidados culturais é composta por 13 subescalas:

- Subescala 1 - **atendimento personalizado**, inclui os itens 1,2,3,4,5,41,42,43,45 e tem como objetivo medir aspetos relacionados com a atenção e apoio sentido pelas parturientes durante o trabalho de parto e a sua satisfação perante essa mesma atenção e apoio;
- Subescala 2- **despersonalização na prestação dos cuidados**, inclui os itens 17,18,19,20,21,22 e 23 e pretende avaliar vários sentimentos em que a parturiente se sente maltratada e desrespeitada por falta de informação do que se passa, tratada com desdém, ou até mesmo que o seu sofrimento não é valorizado;
- Subescala 3- **sentimentos e sensações negativas por falta de explicação** contém os itens 6,7,8,9,10,11; que pretende medir diversos sentimentos negativos vivenciados pelas parturientes por falta de explicação por parte dos profissionais;
- Subescala 4- **organização social** abarca os itens 48,49,50,51 e 52 e visa avaliar o conhecimento por parte dos enfermeiros do meio social e familiar da parturiente;
- Subescala 5- **significado do tempo durante o parto** inclui os itens 30, 31,32,33 e tem em vista medir a percepção que as parturientes têm do tempo durante o trabalho de parto;
- Subescala 6 - **espaço e autonomia** contém os itens 53,54,55 e 56 e visa medir a capacidade do enfermeiro em assegurar e respeitar o espaço próprio, a autonomia e a intimidade da parturiente;

- Subescala 7- **meio ambiente** inclui os itens 36,37,38,39 e 40 e tem em vista avaliar o incômodo e mal-estar provocado sobre as parturientes pelo meio envolvente, ou seja, pelas condições ambientais (temperatura, luz, ruído) do local onde se encontra em trabalho de parto;

- Subescala 8- **sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios** que inclui os itens 25,26,27 e 29 e pretende avaliar sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios durante o trabalho de parto;

- Subescala 9- **medo de morrer** inclui os itens 13,14,15 e 16 cujo objetivo é medir os sentimentos face a situações em que a parturiente pensou que ia morrer;

- Subescala 10- **apoio personalizado** inclui os itens 44,46 e 47 e pretendem avaliar o apoio que a parturiente recebeu das enfermeiras do ponto de vista humano, incluindo a permissão e incentivo à presença do pai;

- Subescala 11- **importância do espaço na privacidade e na comunicação** e abrange os itens 57 e 58 e visa avaliar a importância do espaço na privacidade e na comunicação;

- Subescala 12- **sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios** e inclui os itens 24 e 28; e pretendem analisar os sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios;

- Subescala 13- **influências exteriores sobre o tempo durante o parto** e inclui os itens 34 e 35, avaliando as influências exteriores sobre o tempo durante o parto.

2.3.1- Resultados psicométricos da escala de percepção dos cuidados culturais

Uma vez obtida a autorização da utilização da escala pelo seu autor, procedemos ao estudo exploratório para a amostra em estudo através da avaliação das suas propriedades psicométricas, mais precisamente os estudos de fiabilidade e estudos de validade.

Os estudos de fiabilidade avaliam a precisão e a confiança dos resultados obtidos independentemente da forma e da altura em que é aplicado. Existem várias formas de verificar a fiabilidade de um método: fiabilidade inter-observador, fiabilidade intra-observador, consistência interna e formas paralelas de fiabilidade.

A consistência interna foi a escolhida para este estudo, e refere-se à homogeneidade e coerência das respostas dos inquiridos da escala a cada um dos itens que compõem a escala,

avalia a correlação e a covariância de todos os itens da escala ao mesmo tempo. Para a avaliação da consistência interna determinou-se o coeficiente alfa de Cronbach que permite calcular a forma como os diferentes itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um fator ou método das metades (split-half), ou seja, permite estimar até que ponto cada item da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O coeficiente será mais elevado se a escala comportar vários itens. Os valores de coeficiência variam entre 0,00 e 1,00, a partir de 0,8 a consistência interna é considerada muito boa. A determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half), divide os itens de uma escala em dois grupos, e examina a correlação dentro de cada grupo, e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade.

No que respeita à validade esta corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos itens específicos da escala, permite a confirmação de que os instrumentos utilizados garantem que se atinjam resultados coerentes e passíveis de serem aceites numa determinada investigação. Existem vários critérios sobre os quais a validade pode ser estimada, designadamente validade de constructo, validade de conteúdo, e a validade de critério. A mais utilizada é a validade de constructo, e para a sua determinação utiliza-se a análise fatorial dos itens e dos resultados. A análise fatorial consiste num conjunto de técnicas estatísticas que permitem determinar correlações entre as variáveis a fim de identificar fatores que expliquem as correlações.

Decidiu-se para este estudo não realizar a análise fatorial mantendo por esse fato a estrutura fatorial obtida pela autora da escala.

Examinando os resultados obtidos referentes à fiabilidade, a tabela 3, mostra-nos as estatísticas (média e desvio padrão) e as correlações entre cada item, o que nos permite observar o modo como cada item se combina com o valor global.

Analisando os valores de alfa de Cronbach, estes podem classificar-se de muito bons pois oscilam entre 0,920 e 0,924 com um alfa para o global da escala de 0,922, e os coeficientes de correlação item total corrigido, o item 34 “o humor da enfermeira ajuda a aliviar o tempo de espera” é o que se revela mais problemático por apresentar o valor mínimo ($r=0,131$), exprimindo uma variabilidade de 1.71%, não sendo por isso homogêneo em relação aos outros itens. A correlação máxima obtida ($r=0,608$) foi no item 23 “não

explicarem e parecer-lhes que eu já sabia tudo” explicando 36,9% da sua variabilidade. Relativamente aos valores médios e respetivos desvio padrão, estes encontram-se bem centrados, com exceção do item 30 “ para mim nunca mais chegava a hora”, cujo valor médio foi de 2,24 ligeiramente abaixo do esperado. O coeficiente de bipartição obtido pelo método das metades (split-half), revela que ambas as partes apresentam valores inferiores no alfa para a globalidade da escala ($r=0,922$), porém, os valores de alfa Cronbach para a segunda metade são mais baixos ($r=0,849$), do que os valores de alfa Cronbach para a primeira metade ($r=0,915$). A percentagem da variância explicada através do coeficiente de determinação (r^2) indica que o item 23 é o que apresenta maior variabilidade.

Tabela 3- Consistência Interna da percepção dos cuidados culturais

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/Total	r ²	α sem item
1	As enfermeiras foram simpáticas	4,43	0,800	0,464	0,215	0,921
2	Tinha necessidade de falar com alguém e a enfermeira escutou os meus problemas	3,89	1,207	0,322	0,104	0,922
3	As enfermeiras foram sempre carinhosas	4,31	0,872	0,508	0,258	0,921
4	As enfermeiras foram compreensivas	4,34	0,858	0,502	0,252	0,921
5	As enfermeiras souberam ajudar	4,44	0,840	0,440	0,193	0,921
6	Fiquei ansiosa	2,87	1,510	0,428	0,183	0,921
7	Senti medo	3,09	1,480	0,465	0,216	0,920
8	Senti-me insegura	3,25	1,440	0,485	0,234	0,920
9	Fiquei nervosa	3,03	1,469	0,458	0,209	0,921
10	Senti-me revoltada	4,10	1,251	0,550	0,302	0,920
11	Imaginava o meu filho em perigo	3,80	1,405	0,476	0,226	0,920
12	Por não compreender os termos técnicos, em relação à minha situação ficava apreensiva	3,79	1,382	0,466	0,217	0,920
13	Ouvi dizer que ia para o bloco com urgência e sem me explicarem porquê	4,53	0,971	0,402	0,161	0,921
14	Vi uma movimentação rápida dos profissionais e não me explicavam nada	4,41	1,085	0,438	0,191	0,921
15	Ouvi chamar o médico de urgência e não me explicavam nada	4,48	1,009	0,426	0,181	0,921
16	Quando me picaram a veia e colocaram um frasco de soro	4,35	1,165	0,391	0,152	0,921
17	O sofrimento não era valorizado	4,25	1,130	0,596	0,355	0,920
18	Falavam-me com desdém	4,40	1,032	0,593	0,351	0,920
19	Falavam-me com ironia	4,45	0,997	0,595	0,354	0,920
20	Não tinham respeito por mim como pessoa	4,52	0,947	0,594	0,352	0,920
21	Por questionar e não obter respostas às questões	4,45	0,995	0,591	0,349	0,920
22	A enfermeira examina-me, vem o médico volta a examinar	3,88	1,445	0,448	0,200	0,921
23	Não explicarem e parecer-lhes que eu já sabia tudo	4,33	1,093	0,608	0,369	0,920
24	Transmitiram-me segurança	3,83	1,241	0,267	0,071	0,922
25	Provocaram-me medo	3,97	1,224	0,460	0,211	0,921
26	Provocaram-me incômodo	3,82	1,237	0,432	0,186	0,921
27	Provocaram-me nervosismo	3,68	1,358	0,457	0,208	0,921
28	Transmitiram-me tranquilidade	3,53	1,294	0,260	0,067	0,922
29	Provocaram-me angústia	3,97	1,178	0,481	0,231	0,920
30	Para mim nunca mais chegava a hora	2,24	1,423	0,248	0,061	0,922
31	As horas pareciam dias	2,45	1,489	0,306	0,093	0,922
32	Cada minuto parecia uma eternidade	2,45	1,463	0,327	0,106	0,922
33	Um dia parecia uma semana	2,62	1,522	0,318	0,101	0,922
34	O humor da enfermeira ajuda a aliviar o tempo de espera	3,85	1,290	0,131	0,017	0,922
35	Acreditei que as fases da lua influenciaram o tempo para que se desse o parto	3,06	1,551	0,133	0,017	0,923
36	Senti um calor horrível na enfermaria	3,67	1,405	0,301	0,090	0,924
37	Em relação ao meio ambiente queria dormir e não podia pelo barulho que se fazia	3,90	1,278	0,396	0,156	0,922
38	Sentia necessidade de descansar e não conseguia	3,49	1,428	0,343	0,117	0,921
39	O ambiente era muito barulhento, a luz durante a noite incomodava-me	4,01	1,227	0,385	0,148	0,922
40	Era incomodada pelos gemidos das outras parturientes	3,96	1,268	0,399	0,159	0,921
41	Pela forma como fui tratada pelas enfermeiras	4,40	0,881	0,524	0,274	0,921
42	Gostei da forma como fui atendida	4,39	0,873	0,571	0,326	0,920
43	Recebi muito apoio quando precisava	4,28	0,950	0,554	0,306	0,920
44	Molharam-me os lábios quando tinha sede	3,52	1,528	0,282	0,079	0,920
45	Foram simpáticas nos momentos difíceis	4,21	1,078	0,474	0,224	0,922
46	Senti a mão da enfermeira a segurar-me	3,69	1,443	0,380	0,144	0,921
47	Apoiaram e incentivaram a presença do meu marido	3,09	1,364	0,294	0,086	0,921
48	Os equipamentos sociais/recursos da minha área de residência	2,78	1,348	0,294	0,086	0,922
49	O meio ou lugar onde eu morava	2,78	1,367	0,246	0,060	0,922
50	A minha estrutura familiar	3,02	1,360	0,327	0,106	0,922
51	Valorizaram o meu ambiente familiar	3,00	1,335	0,269	0,072	0,922
52	A organização dos serviços de saúde da minha área de residência	4,22	0,935	0,543	0,294	0,920
53	Respeitou a minha intimidade	4,20	0,940	0,581	0,337	0,920
54	Transmitiu-me um sentimento de segurança	4,13	0,961	0,594	0,352	0,920
55	Assegurou a minha autonomia	4,20	0,960	0,511	0,261	0,920
56	Foi respeitado o meu espaço e assegurada a minha identidade pessoal	3,55	1,438	0,194	0,037	0,923
57	A falta de privacidade foi um dos resultados da falta de espaço	3,87	1,178	0,231	0,053	0,922
58	O espaço para mim é muito importante para comunicar com a enfermeira	4,43	0,800	0,464	0,215	0,921
Coefficiente Split-Half		Primeira metade =0,915				
		Segunda metade=0,849				
Coefficiente alfa Cronbach global		0,922				

Os parâmetros de validade e de consistência das subescalas da percepção dos cuidados culturais são expostos na tabela 4.

A **subescala 1- “Atendimento personalizado”**, os valores de alfa de Cronbach foram classificados de muito bons, uma vez que oscilam entre $r=0,893$ para os itens 3 as “enfermeiras foram sempre carinhosas” e 4 “as enfermeiras foram sempre compreensivas”, e $r=0,920$ para o item 2 “ tinha necessidade de falar com alguém e a enfermeira escutou os meus problemas”. Realça-se ainda que o item 4 é o que está mais correlacionado com o atendimento personalizado ($r= 0,782$) e o que exprime maior variabilidade (81%) em relação aos outros itens, sendo o mais baixo o item 2 com um valor de $r=0,488$ e 29,3% da sua variabilidade.

Em relação à **subescala 2- “ Despersonalização dos cuidados”**, os valores de alfa de Cronbach também foram classificados de muito bons, oscilando entre $r=0,904$ para os itens 17 “o sofrimento não era valorizado” e 18 “ falavam-me com desdém”, e $r=0,948$ para o item 22 “a enfermeira examina-me, vem o médico volta a examinar”. O item com maior valor de correlação ($r=0,868$) é o item 19 “falavam-me com ironia”, explicando 84% da sua variabilidade. O item com menor correlação com o total é o 22 apresentando também menor variabilidade (29,4%).

Analisando a **subescala 3- “Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação”**, os resultados para os valores de alfa de Cronbach situam-se entre $r=0,849$ para o item 7 “senti medo”, e $r=0,898$ para o item 10 “senti-me revoltada” que permite classificar a consistência interna desta subescala em muito boa. O resultado com maior expressão é referente ao item 7 $r=0,834$ exprimindo 77,2% da variabilidade. O resultado com menor valor correlacional é referente ao item 10 ($r=0,508$) e traduzindo 35% da sua variabilidade.

Passando à **subescala 4- “Organização social”**, o item que mais se correlaciona com os restantes é o item 49 “o meio e o lugar onde eu morava”, exprimindo 74,5% da sua variabilidade, o item 52 “a organização dos serviços de saúde da minha área de residência” é o que revela menor correlação com o total da subescala com um valor de $r=0,213$ e 6,7% de variabilidade. Os valores de alfa de Cronbach situam-se entre $r=0,809$ (item 49) e $r=0,930$ (item 52) que nos permite classificar a consistência interna em muito boa.

A **subescala 5- “Significado do tempo durante o parto”**, apresenta valores de alfa de Cronbach muito bons oscilando entre $r=0,900$ para o item 31 “as horas pareciam dias”, e

$r=0,939$ para o item 30 “para mim nunca mais chegava a hora”. O item 31 é o que revela maior correlação ($r=0,913$) exprimindo 83,8% da sua variabilidade, e o item 3° é o que exprime menor valor correlacional ($r=0,791$) com os outros itens da subescala e uma variabilidade de 67,2%.

Quanto à **subescala 6- “Espaço e autonomia”**, obtém-se valores de alfa de Cronbach entre ($r=0,435$) para o item 54 “transmitiu-me um sentimento de segurança”, e ($r=0,907$) que corresponde ao item 56 “foi respeitado o meu espaço e assegurada a minha identidade pessoal”, que nos permite dizer que a consistência interna é boa para este item mas inadmissíveis para os restantes pelo que deveriam ser eliminados. O item 54 é o que exprime maior valor correlacional em relação ao total ($r=0,672$), apresentando 74,1% de variabilidade, o item 56 é o que revela menor valor correlacional ($r=0,056$) e exprime 0,03% da sua variabilidade.

A **subescala 7- “Meio ambiente”**, apresenta valores de alfa de Cronbach oscilando entre $r=0,783$ (item 37), e $r=0,864$ (item 36), revelando uma boa consistência interna da subescala. O maior valor correlacional ($r=0,788$) é referente ao item 37 “em relação ao meio ambiente queria dormir e não podia pelo barulho que se fazia” com 64,9% de variabilidade, e o menor valor correlacional ao item 36 “senti um calor horrível na enfermaria”, exprimindo 29,1% da sua variabilidade.

Relativamente à **subescala 8- “Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios”**, o item que mais se correlaciona com os restantes é item 25 “provocaram-me medo” ($r=0,801$) com 64,8% de variabilidade, e o item 29 “provocaram-me angústia” é o que se correlaciona menos ($r=0,748$) e exprime 56,3% de variabilidade. A consistência interna é considerada boa, pois os valores de alfa de Cronbach oscilam entre $r=0,856$ (item 25) e $r=0,876$ (item 29).

Em relação à **subescala 9- “Medo de morrer”**, os valores de alfa de Cronbach situam-se entre $r=0,815$ para o item 15 “ouvi chamar o médico de urgência e não me explicavam nada” e $r=0,923$ para o item 16 “quando me picaram a veia e colocaram um frasco de soro” indicando uma boa consistência interna para esta subescala. O item 15 apresentou maior valor de correlação ($r=0,801$) em relação aos outros itens e 64,8% de variabilidade, e o item 16 foi o que apresentou menor valor correlacional ($r=0,566$) exprimindo uma variabilidade de 32%.

Para os três itens que constituem a **subescala 10- “Apoio personalizado”**, os valores de alfa de Cronbach revelaram-se baixos, oscilando entre $r=0,314$ e $r=0,686$, assim como os valores correlacionais e a percentagem de variância

Relativamente à **subescala 11- “ Importância do espaço na privacidade e na comunicação”**; **subescala 12- “Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios”** e **subescala 13- “ Influências exteriores sobre o tempo durante o parto”**, deparamo-nos com problema de validação. Os valores de alfa de Cronbach não são aplicáveis, e os valores de correlação para a última subescala são negativos com percentagem de variância muito baixa (4,8%). Contudo, optou-se por incluí-las no estudo da relação da percepção dos cuidados culturais com outras variáveis.

Tabela 4 – Consistência Interna dos itens por subescala

Nº Item	Itens	Correlação Item/Total	r ²	α sem item
Subescala 1- Atendimento personalizado				
1	As enfermeiras foram simpáticas	0,756	0,672	0,896
2	Tinha necessidade de falar com alguém e a enfermeira escutou os meus problemas	0,488	0,293	0,920
3	As enfermeiras foram sempre carinhosas	0,779	0,783	0,893
4	As enfermeiras foram compreensivas	0,782	0,810	0,893
5	As enfermeiras souberam ajudar	0,705	0,654	0,899
41	Pela forma como fui tratada pelas enfermeiras	0,733	0,732	0,897
42	Gostei da forma como fui atendida	0,767	0,793	0,894
43	Recebi muito apoio quando precisava	0,703	0,673	0,898
45	Foram simpáticas nos momentos difíceis	0,642	0,492	0,904
Subescala 2 – Despersonalização na prestação de cuidados				
17	O sofrimento não era valorizado	0,782	0,654	0,911
18	Falavam-me com desdém	0,859	0,823	0,904
19	Falavam-me com ironia	0,868	0,840	0,904
20	Não tinham respeito por mim como pessoa	0,859	0,816	0,906
21	Por questionar e não obter respostas às questões	0,817	0,730	0,909
22	A enfermeira examina-me, vem o médico volta a examinar	0,525	0,294	0,948
23	Não explicarem e parecer-lhes que eu já sabia tudo	0,790	0,632	0,910
Subescala 3 – Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação				
6	Fiquei ansiosa	0,705	0,563	0,871
7	Senti medo	0,834	0,772	0,849
8	Senti-me insegura	0,826	0,732	0,851
9	Fiquei nervosa	0,774	0,659	0,859
10	Senti-me revoltada	0,508	0,350	0,898
11	Imaginava o meu filho em perigo	0,596	0,427	0,887
12	Por não compreender os termos técnicos, em relação à minha situação ficava apreensiva	0,645	0,454	0,887
Subescala 4 – Organização Social				
48	Os equipamentos sociais/recursos da minha área de residência	0,802	0,723	0,816
49	O meio ou lugar onde eu morava	0,825	0,745	0,809
50	A minha estrutura familiar	0,817	0,698	0,811
51	Valorizaram o meu ambiente familiar	0,824	0,716	0,810
52	A organização dos serviços de saúde da minha área de residência	0,213	0,067	0,930
Subescala 5- Significado do tempo durante o parto				
30	Para mim nunca mais chegava a hora	0,791	0,672	0,939
31	As horas pareciam dias	0,913	0,838	0,900
32	Cada minuto parecia uma eternidade	0,896	0,815	0,906
33	Um dia parecia uma semana	0,818	0,709	0,931
Subescala 6- Espaço e autonomia				
53	Respeitou a minha intimidade	0,662	0,726	0,447
54	Transmitiu-me um sentimento de segurança	0,672	0,741	0,435

55	Assegurou a minha autonomia	0,618	0,580	0,472
56	Foi respeitado o meu espaço e assegurada a minha identidade pessoal	0,056	0,003	0,907
Subescala 7 – Meio ambiente				
36	Senti um calor horrível na enfermaria	0,488	0,291	0,864
37	Em relação ao meio ambiente queria dormir e não podia pelo barulho que se fazia	0,788	0,649	0,783
38	Sentia necessidade de descansar e não conseguia	0,705	0,507	0,804
39	O ambiente era muito barulhento, a luz durante a noite incomodava-me	0,737	0,620	0,798
40	Era incomodada pelos gemidos das outras parturientes	0,600	0,431	0,832
Subescala 8 – Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios				
25	Provocaram-me medo	0,801	0,648	0,856
26	Provocaram-me incômodo	0,776	0,615	0,865
27	Provocaram-me nervosismo	0,765	0,585	0,871
29	Provocaram-me angústia	0,748	0,563	0,876
Subescala 9 – Medo de morrer				
13	Ouvi dizer que ia para o bloco com urgência e sem me explicarem porquê	0,799	0,685	0,830
14	Ví uma movimentação rápida dos profissionais e não me explicavam nada	0,812	0,724	0,821
15	Ouvi chamar o médico de urgência e não me explicavam nada	0,835	0,760	0,815
16	Quando me picaram a veia e colocaram um frasco de soro	0,566	0,320	0,923
Subescala 10- Apoio personalizado				
44	Molharam-me os lábios quando tinha sede	0,449	0,275	0,444
46	Senti a mão da enfermeira a segurar-me	0,533	0,310	0,314
47	Apoiaram e incentivaram a presença do meu marido	0,270	0,084	0,686
Subescala 11- Importância do espaço na privacidade e na comunicação				
57	A falta de privacidade foi um dos resultados da falta de espaço	0,241	0,058	Não
58	O espaço para mim é muito importante para comunicar com a enfermeira	0,241	0,058	Aplicável
Subescala 12 – Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios				
24	Transmitiram-me segurança	0,579	0,335	Não
28	Transmitiram-me tranquilidade	0,579	0,335	Aplicável
Subescala 13 – Influências exteriores sobre o tempo durante o parto				
34	O humor da enfermeira ajuda a aliviar o tempo de espera	-0,219	0,048	Não
35	Acreditei que as fases da lua influenciaram o tempo para que se desse o parto	-0,219	0,048	Aplicável

Passando a análise dos valores de alfa Cronbach por subescala (tabela 5), procedemos à comparação dos resultados da consistência interna obtidos na escala de percepção dos cuidados culturais entre a amostra do estudo e dos da escala original.

Deste modo para a subescala 1, os valores de split-half são inferiores em relação ao alfa de Cronbach global, contudo, constituem-se como bons indicadores da consistência interna. O valor global de alfa de Cronbach é igual ao valor de alfa original.

Relativamente à subescala 2, considera-se que o alfa global é muito bom ($r=0,925$), sendo ligeiramente superior ao da escala original, e os valores de split-half oscilam entre o muito bom para a primeira metade ($r=0,937$), e bom para a segunda metade ($r=0,767$).

Quanto à subescala 3, considera-se que o alfa global é muito bom com um valor de 0,890, sendo superior ao alfa global original, assim como, os valores do coeficiente de bipartição, $r=0,918$ para a primeira metade e $r=0,823$ para a segunda metade.

Na subescala 4, o coeficiente de alfa de Cronbach global indicia uma boa consistência interna ($r=0,871$), ligeiramente superior ao alfa da escala original. Os valores de split-half

para a primeira metade são considerados muito bons ($r=0,907$), mas para a segunda metade os valores são muito baixos ($r=0,318$).

No que se refere à subescala 5, o valor de alfa de Cronbach global revelou-se ligeiramente inferior ($r=0,938$) ao alfa da escala original ($r=0,950$), mas revelando uma consistência interna muito boa. Os valores de bipartição são considerados muito bons com valores de 0,897 para a primeira parte e de 0,903 para a segunda metade.

Reportando-nos à subescala 6, a consistência interna da primeira metade é considerada muito boa com um valor de 0,912, mas para a segunda metade o valor revelou-se muito baixo ($r=0,101$). O valor de alfa de Cronbach global ($r=0,653$) revela-se muito inferior ao valor da escala original, considerando uma consistência interna razoável para a globalidade da escala.

Os resultados referentes à subescala 7, revelam-se inferiores ao alfa global da escala original. Os valores do coeficiente de bipartição split-half são considerados razoáveis com valores para a primeira parte de 0,781 e 0,772 para a segunda parte, e um valor de alfa de Cronbach global considerado bom ($r=0,848$).

Para a subescala 8, a consistência interna revela-se muito boa ($r=0,897$), e superior ao alfa global da escala original. Os valores do coeficiente de bipartição split-half são considerados razoáveis em ambas as partes.

Abordando os resultados da subescala 9, estes indicam que o valor do alfa de Cronbach global ($r=0,882$) é superior ao da escala original e considerado muito bom. Os valores de split-half são ligeiramente inferiores à escala original, contudo revelam uma consistência interna boa.

A subescala 10 apresenta um valor de alfa de Cronbach global ($r=0,602$) ligeiramente inferior ao da escala original ($r=0,710$), e apenas apresenta resultados do coeficiente de bipartição para a primeira metade ($r=0,686$).

Relativamente à subescala 11 e 13, ambas apresentam valores de alfa de Cronbach global inadmissíveis. Por último a subescala 12 mostra um valor global de alfa de Cronbach ($r=0,733$) superior ao da escala original ($r=0,690$), porém, não apresenta valores de coeficiente de bipartição dado que apenas possui dois itens.

Salienta-se ainda que o autor da escala não apresenta o valor de alfa de Cronbach para o global da escala, pelo que não podemos estabelecer comparações.

Tabela 5- Valores de alfa de Cronbach por subescalas a escala da percepção de cuidados culturais

Subescalas	Nº Itens	Alfa de Cronbach			Alfa Global (original)
		(Split-Half)		Alfa Global	
		Parte 1	Parte 2		
1-Atendimento personalizado	9	0,883	0,904	0,910	0,91
2-Despersonalização prestação dos cuidados	7	0,937	0,767	0,925	0,88
3-Sentimentos e sensações negativos por falta de explicação	7	0,918	0,823	0,890	0,88
4-Organização social	5	0,907	0,318	0,871	0,87
5-Significado do tempo durante o parto	4	0,897	0,903	0,938	0,95
6-Espaço e autonomia	4	0,912	0,101	0,653	0,95
7-Meio ambiente	5	0,781	0,772	0,848	0,95
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	4	0,851	0,799	0,897	0,88
9-Medo de morrer	4	0,866	0,690	0,882	0,84
10-Apoio personalizado	3	0,686	---	0,602	0,71
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	2	---	---	0,366	0,71
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	2	---	---	0,733	0,69
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	2	---	---	-0,550	0,37
Total- Percepção dos cuidados culturais	58	0,915	0,849	0,922	

No estudo da validade da escala é necessário também recorrer à determinação da matriz de Correlação de Pearson (tabela 6), ou seja, determinar a correlação entre as diversas subescalas e o valor global da escala. Os resultados obtidos, revelam que na sua quase totalidade, as correlações são positivas e com significância estatística. No que se refere à subescala 5 versus subescala 12 a correlação é negativa e não significativa o que nos permite afirmar que ao aumento do valor numa das subescalas diminuiu o valor na outra. Quanto às correlações existentes entre as subescalas e o valor global os valores variam entre o fraco ($r=0,288$) para a subescala 13 e o elevado ($r=0,706$)

Tabela 6 – Matriz da Correlação de Pearson entre subescalas e a percepção dos cuidados culturais

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
S2	0,407**												
S3	0,165**	0,404**											
S4	0,289**	0,069**	0,107**										
S5	0,109**	0,160**	0,238**	0,014									
S6	0,529**	0,402**	0,273**	0,361**	0,057 n.s								
S7	0,123**	0,300**	0,327**	0,070**	0,138**	0,278**							
S8	0,204**	0,374**	0,370**	0,085**	0,166**	0,313**	0,292**						
S9	0,169**	0,575**	0,321**	0,007	0,103**	0,250**	0,267**	0,319**					
S10	0,518**	0,176**	0,103**	0,574**	0,035	0,380**	0,062	0,063*	0,010				
S11	0,661**	0,258**	0,037**	0,264**	0,028	0,419**	0,078*	0,116**	0,095**	0,359**			
S12	0,274**	0,113**	0,136**	0,180**	-0,023	0,332**	0,087**	0,227**	0,060	0,197**	0,213**		
S13	0,244**	0,180**	0,055**	0,109**	0,117**	0,177**	0,086**	0,094**	0,063*	0,166**	0,132**	0,073*	
STotal	0,662**	0,706**	0,619**	0,437**	0,374**	0,662**	0,504**	0,558**	0,508**	0,491**	0,458**	0,344**	0,288**

ns p> 0,05 *p< 0,05 **p< 0,01 ***p<0,001

Por fim, abordamos a estatística relativa às subescalas e o valor global da percepção dos cuidados culturais, apresentada na tabela 7. Os valores mínimos e máximos variam de acordo com o número de itens que contém cada uma das subescalas, o mesmo ocorrendo com as médias. Para a subescala 1, a média revelada foi de 38,7 com um desvio padrão de 6,4 e um coeficiente de variação de dispersão moderada. As subescalas 2 e 3 são as que apresentam logo de seguida índices médios mais elevados com 30,1 (dp= 6,4) e 20,1 (dp=6,9) respetivamente. Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão moderada para a subescala 2, e uma dispersão elevada para a subescala 3. Quanto aos valores de assimetria e curtose as subescalas não apresentam uma distribuição normal, comprovada pelo teste de aderência à normalidade de Kolgomorov Smirnov.

Tabela 7- Estatística da amostra em função das subescalas da escala da percepção dos cuidados culturais

Subescalas	Min	Máx	Média	D.p	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
1-Atendimento personalizado	9,0	45,0	38,7	6,4	16,5	-16,0	12,0	0,0
2-Despersonalização prestação dos cuidados	7,0	35,0	30,1	6,4	21,1	-18,5	-5,9	0,0
3-Sentimentos e sensações negativos por falta de explicação	6,0	30,0	20,1	6,9	34,1	-1,1	-5,9	0,0
4-Organização social	5,0	25,0	15,8	5,2	32,8	0,4	-5,3	0,0
5-Significado do tempo durante o parto	4,0	20,0	9,6	5,4	55,5	7,5	-5,7	0,0
6-Espaço e autonomia	4,0	20,0	16,0	3,1	19,0	-4,7	-2,9	0,0
7-Meio ambiente	5,0	25,0	19,0	5,2	27,4	-6,2	-4,4	0,0
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	4,0	20,0	15,4	4,4	28,3	-7,0	-4,4	0,0
9-Medo de morrer	4,0	20,0	17,8	3,6	20,5	-20,2	9,6	0,0
10-Apoio personalizado	3,0	15,0	10,1	3,2	32,0	-5,1	-3,5	0,0
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	2,0	10,0	8,3	1,6	18,9	-10,2	0,2	0,0
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	2,0	10,0	7,4	2,2	30,6	-8,0	-1,7	0,0
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	2,0	10,0	6,9	1,8	25,8	0,9	-0,01	0,0
Total- Percepção dos cuidados culturais	105	285,0	215,8	29,9	13,8	13,8	-6,4	0,0

2.4- Procedimentos

Para a realização deste estudo foram efetuados os pedidos de autorização. Elaborou-se um pedido dirigido à comissão de ética das instituições hospitalares, e outro para a comissão nacional de proteção de dados (Anexo II). Após a autorização das instituições, os questionários foram distribuídos, pelo investigador responsável, nos serviços de obstetria das instituições participantes, às puérperas internadas; algumas responderam de forma autónoma, outras necessitaram de ajuda no seu preenchimento, por dificuldade na compreensão do que estava escrito ou mesmo dificuldade em escrever. Os questionários eram acompanhados de uma carta, onde o investigador se apresentava e enunciava os objetivos do seu estudo, particularmente na amostra das imigrantes, esta apresentação foi realizada oralmente.

2.5- Análise de dados

A análise de dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador, bem como determinar a existência ou não, de associação entre variáveis. O tratamento estatístico foi realizado informaticamente através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0*), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

Relativamente à estatística descritiva, usamos como medidas estatísticas as Frequências: absolutas (n) e percentuais (%); as Medidas de Tendência Central: a Média (M); Medidas de Dispersão: o Desvio Padrão (Dp) e o Coeficiente de Variação (CV %). Para o coeficiente de variação seleccionámos os graus de dispersão (Pestana & Gageiro, 2008), sendo que o $CV \leq 15\%$ corresponde a uma dispersão fraca; quando $15\% < CV \leq 30\%$ tem uma dispersão média e quando $CV > 30\%$ a dispersão é elevada.

Recorreu-se às Medidas de Simetria (S-Skewness), de Achatamento (K-Kurtosis) e o Teste de Aderência à Normalidade (Kolmogorov Smirnov). Segundo Pestana & Gageiro (2008), uma distribuição é simétrica quando $|\text{Skewness}/\text{std}_{\text{erro}}| < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo. A distribuição é assimétrica quando $|\text{Skewness}/\text{std}_{\text{erro}}| > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa). A distribuição pode ser classificada em linhas Mesocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{erro}}| < 1,96$; Platicúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{erro}}| < -1,96$ e Leptocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{erro}}| > 1,96$.

Relativamente à estatística inferencial, foram utilizados testes não paramétricos como o *Teste de Kruskal-Wallis* que permite a comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos e o *Teste U de Mann-Whitney* (U de M-W) utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes e o *Teste Qui-quadrado*, que serve para estudar a proporção entre variáveis de natureza qualitativa.

Os testes paramétricos utilizados foram o *Teste One Way Anova* que é mais usual em experimentos com um fator, com mais de dois níveis de interesse.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

Na estatística inferencial utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

- ✓ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ✓ $p < 0.05$ – significativo
- ✓ $p < 0.01$ – bastante significativo
- ✓ $p < 0.001$ – altamente significativo

3- Resultados

Neste capítulo vamos proceder à apresentação e interpretação dos resultados obtidos, que visam destacar um conjunto de características que permitem caracterizar a amostra (análise descritiva), e testar as hipóteses deste estudo (análise inferencial), recorrendo ao uso de tabelas para uma melhor e fácil compreensão.

3.1- Análise Descritiva

3.1.1 – Variáveis obstétricas e planeamento da gravidez

Caracterizando a amostra em relação as variáveis obstétricas (tabela 8), este estudo revelou que para o total da amostra, 78,6% planeou a sua gravidez, e apenas 21,4% não planeou. Quer as puérperas que frequentaram as aulas de preparação para o parto, quer as puérperas que não realizaram as aulas, revelam valores percentuais elevados relativamente ao planeamento da gravidez. O teste de qui-quadrado não revelou significância estatística ($\chi^2=2,869$; $p=0,090$).

Relativamente à vigilância da gravidez, as inquiridas revelam que 87,5% vigiaram a sua gravidez. As puérperas que realizaram aulas de preparação para o parto, apresentam um valor percentual para a vigilância da gravidez de 93,1%, e um valor percentual de 83,8% para as puérperas que não realizaram as aulas de preparação para o parto, com significância estatística ($\chi^2=18,845$; $p=0,000$) localizado entre as puérperas que vigiaram a gravidez e realizaram preparação para o parto e as que não vigiaram a gravidez e que não realizaram preparação para o parto de acordo com os resíduos ajustados.

Quanto ao local da vigilância da gravidez este realizou-se na sua maioria no sistema público (64,7%) para a totalidade da amostra. Assim como, para as puérperas que realizaram aulas de preparação para o parto (55,3%), e para as puérperas que não realizaram aulas de preparação para o parto (71%). O teste de Qui-quadrado revelou significância estatística ($\chi^2=25,736$; $p=0,000$) localizando-se as diferenças entre o sistema público e as puérperas que não realizaram preparação para o parto e sistema privado e as que realizaram preparação para o parto.

No que diz respeito à realização da primeira consulta, o estudo revela que para o total da amostra a maioria realizou a primeira consulta no 1º trimestre (92,3%) e apenas 7,7%

realizou após o 1º trimestre. Das puérperas que realizaram aulas de preparação para o parto 95,2% realizou no 1º trimestre e 4,8% após o 1º trimestre; das puérperas que não realizaram aulas de preparação para o parto 90,4% também realizou no 1º trimestre e apenas 9,6% realizou após o 1º trimestre. O teste Qui-quadrado apresenta significância estatística ($\chi^2=7,663$; $p=0,006$), as diferenças localizaram-se entre as que realizaram preparação para o parto e realizaram a primeira consulta até ao 1º trimestre e as que não realizaram preparação para o parto e realizaram a primeira consulta após o 1º trimestre.

A estatística da amostra em função do número de consultas durante a gravidez revelou para o total da amostra que 92,2% das puérperas realizou mais de seis consultas durante a gravidez; as puérperas que frequentaram aulas de preparação para o parto também apresentam valores percentuais mais elevados para a realização de mais de seis consultas durante a gravidez com 38,4%; e as puérperas que não realizaram preparação para o parto também realizaram na sua maioria mais de seis consultas com um valor de 89,6%. O teste Qui-quadrado revelou significância estatística ($\chi^2=14,570$; $p=0,000$) situado entre as puérperas que não realizaram preparação para o parto e fizeram menos de seis consultas e as que fizeram preparação para o parto e realizaram mais de seis consultas.

Em relação ao número de gravidezes, o estudo demonstra que 52,2% da amostra total é primigesta, e 47,8% multigesta. Relativamente às primigestas, 65,7% realizou aulas de preparação para o parto, e 43,5% da amostra não frequentou aulas de preparação para o parto. Quanto à amostra de multigestas, o estudo demonstra que 34,3% realizaram aulas de preparação para o parto, e a grande maioria (56,6%) não frequentou aulas de preparação para o parto. O teste Qui-quadrado revela significância estatística ($\chi^2=47,580$; $p=0,000$) situando-se as diferenças entre primigestas que realizaram preparação para o parto e as multigestas que não realizaram preparação para o parto de acordo com os residuais ajustados.

A distribuição da amostra total em função do tipo de parto revela que o parto eutócico é o mais praticado (58,1%), quer pelas puérperas que realizaram aulas de preparação para o parto com 57,4%, quer pelas puérperas que não realizaram aulas de preparação para o parto com 59,2%. Verifica-se valores percentuais elevados para a totalidade da amostra relativamente ao parto por cesariana (23,7%), bem como, para as puérperas que não realizaram preparação para o parto com 25,2%. Relativamente ao parto por ventosa, o estudo revela que o maior valor percentual é referente às puérperas que não realizaram preparação para o parto

com 20,3%. Todavia o teste Qui-quadrado não revela significância estatística ($\chi^2=5,314$; $p=0,150$).

Quanto ao uso de analgesia epidural 74,8% das puérperas recorreu à analgesia e 25,2% não o fez. Tanto as puérperas que realizaram preparação para o parto, como as que não realizaram as aulas de preparação para o parto, recorreram na maioria à analgesia epidural com 88,4% e 74,8% respetivamente, o teste Qui-quadrado apresenta significância estatística ($\chi^2=964,180$; $p=0,000$) localizando-se entre as que realizaram preparação para o parto e analgesia epidural, e as que não realizaram preparação para o parto nem analgesia epidural.

Tabela 8 - Caracterização da amostra em função variáveis obstétricas

Variáveis	Sim		Não		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	Sim	Não		
Planeamento da gravidez										
Sim	322	81,3	464	76,8	786	78,6	1,7	-1,7	2,869	0,090
Não	74	7,4	140	23,2	214	21,4	-1,7	1,7		
Local de vigilância									25,736	0,000
Sistema Público	219	55,3	423	71,0	642	64,7	-5,1	5,1		
Sistema Privado	118	29,8	112	18,8	230	23,2	4,0	-4,0		
Sistema Misto	59	14,9	61	10,2	120	12,1	2,2	-2,2		
1ª Consulta									7,663	0,006
Até ao 1ºT	374	95,2	534	90,4	908	92,3	2,8	-2,8		
Depois do 1ºT	19	4,8	57	9,6	76	7,7	-2,8	2,8		
Nº Consultas									14,570	0,000
<6 Consultas	15	3,8	62	10,4	77	7,8	-3,8	3,8		
»6 Consultas	380	38,4	532	89,6	912	92,2	3,8	-3,8		
Nº Gravidezes									47,580	0,000
Primigesta	260	65,7	262	43,4	522	52,2	6,9	-6,9		
Multigesta	136	34,3	342	56,6	478	47,8	-6,9	6,9		
Tipo de Parto									5,314	0,150
Eutócico	226	57,4	355	59,2	581	58,1	-0,6	0,6		
Ventosa	80	15,5	93	20,3	173	17,3	2,0	-2,0		
Fórceps	2	0,5	1	0,2	3	0,3	1,0	-1,0		
Cesariana	86	21,8	151	25,2	237	23,7	-1,2	1,2		
Vigilância da Gravidez									18,845	0,000
Sim	365	93,1	495	83,8	860	87,5	4,3	-4,3		
Não	27	2,7	96	16,2	123	12,5	-4,3	4,3		
Analgesia Epidural									64,180	0,000
Sim	350	88,4	398	65,9	748	74,8	8,0	-8,0		
Não	46	11,6	206	34,1	252	25,2	-8,0	8,0		

3.2- Análise Inferencial

No que diz respeito à preparação para o parto e a percepção dos cuidados culturais, dos resultados obtidos, ressalta-se com o teste de U Mann-Whitney (tabela 9), que as puérperas que realizaram preparação para o parto revelam valores de ordenação média superiores no que diz respeito ao atendimento personalizado, significado do tempo durante o parto, importância do espaço na privacidade e na comunicação, influências exteriores sobre o tempo durante o parto. As puérperas que não realizaram preparação para o parto apresentaram valores de ordenação média superiores referentes à despersonalização na prestação de cuidados, sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, organização social, espaço e autonomia, meio ambiente, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos, medo de morrer, apoio personalizado, sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios. Mas apenas se encontra significância estatística relativamente ao atendimento personalizado ($p=0,001$), despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,000$), sentimentos negativos por falta de explicação ($p=0,000$), significado do tempo durante o trabalho de parto ($p=0,020$), meio ambiente ($p=0,000$), sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios ($p=0,000$), medo de morrer ($p=0,000$), importância do espaço na privacidade e na comunicação ($p=0,017$).

Tabela 9 - Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a preparação para o parto

Preparação para o parto	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
1-Atendimento personalizado	525,63	462,17	104414,5	0,001
2-Despersonalização na prestação dos cuidados	474,93	539,50	104148,5	0,000
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	456,29	567,93	92890,5	0,000
4-Organização social	489,06	517,95	112682,0	0,121
5- Significado do tempo durante o parto	517,41	474,71	109379,5	0,020
6-Espaço e autonomia	491,34	514,47	114059,5	0,210
7-Meio ambiente	457,29	566,41	93491,5	0,000
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos	472,54	543,14	102705,0	0,000
9-Medo de morrer	475,42	538,76	104442,0	0,000
10- Apoio personalizado	493,82	510,68	115560,0	0,364
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	517,67	474,31	109219,0	0,017
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	492,09	513,32	114515,0	0,247
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	511,20	484,18	113128,0	0,126
Total	476,75	536,72	105247,0	0,001

Relativamente à última questão de investigação em que se pretende relacionar as variáveis sociodemográficas (idade, habilitações literárias, situação profissional, local de residência, nacionalidade) e as variáveis obstétricas (local de vigilância, vigilância da gravidez, tipo de parto, número de gestações, e analgesia epidural) com a perceção dos cuidados culturais obtiveram-se os seguintes resultados:

No que diz respeito à análise entre a idade e a perceção dos cuidados culturais recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis (tabela 10). Salienta-se que as puérperas com menos de 17 anos apresentam valores de ordenação média superiores referentes à organização social, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios, apoio personalizado, enquanto que as puérperas com idades compreendidas entre os 17-35 anos apresentam valores de ordenação média superiores no atendimento personalizado, despersonalização na prestação de cuidados, espaço e autonomia, medo de morrer, importância do espaço na privacidade e comunicação, influências exteriores sobre o tempo durante o parto. As puérperas com idade superior a 36 anos demonstraram valores de ordenação média superiores no que diz respeito aos sentimentos negativos por falta de explicação, significado do tempo durante o parto, meio ambiente e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios. Revelou-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas referentes aos sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,000$) e significado do tempo durante o parto ($p=0,004$), situando-se a diferença pelo teste Post-Hoc entre os três grupos etários para os sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, e no significado do tempo durante o parto nas puérperas de idade compreendida entre os 17-35 anos e inferior a 17 anos ($p=0.032$)

Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis entre perceção dos cuidados culturais e a idade

Perceção Cuidados Culturais	Idade (Anos)			χ^2	p	Post- Hoc		
	«17 (1)	17-35 (2)	»36 (3)			1vs2	1vs3	2vs3
	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média					
1-Atendimento personalizado	477,17	501,53	496,13	0,122	0,941			
2-Despersonalização na prestação de cuidados	427,58	501,41	501,22	0,849	0,654			
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	274,83	492,43	570,98	16,217	0,000	0,024	0,002	0,002
4-Organização social	571,67	498,93	504,03	0,779	0,677			
5-Significado do tempo durante o parto	352,13	492,14	565,97	11,263	0,004	0,204	0,032	0,130
6-Espaço e autonomia	498,71	508,22	452,30	4,501	0,105			
7-Meio ambiente	423,92	495,63	537,75	3,426	0,180			
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	520,17	497,83	515,52	0,523	0,770			
9-Medo de morrer	426,79	504,65	481,00	2,153	0,341			
10-Apoio personalizado	613,50	498,42	503,57	1,918	0,383			
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	488,75	504,78	474,71	1,357	0,507			
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	474,13	500,13	505,15	0,142	0,931			
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	346,33	502,79	499,76	0,142	0,931			
Total	374,92	497,07	533,10	4,122	0,127			

Analisando a interação entre as habilitações literárias das puérperas e a percepção dos cuidados culturais, recorreu-se ao Teste One Way Anova (tabela 11). Sobressaem as puérperas com habilitações literárias superiores, apresentando valores médios mais elevados para a maioria das subescalas, exceto, no que é referente ao atendimento personalizado, organização social, apoio personalizado, importância do espaço na privacidade e comunicação e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios, com diferenças estatisticamente significativas para as subescalas referente ao atendimento personalizado ($p=0,027$; $ve=0,71$), despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,000$; $ve=2,10$), sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios ($p=0,009$; $ve=0,94$) e medo de morrer ($p=0,003$; $ve=1,15$), situando-se a diferença pelo teste Post-Hoc entre o nível secundário e superior para o atendimento personalizado ($p=0,032$); despersonalização na prestação de cuidados entre o nível básico e secundário ($p=0,022$), e ainda nível básico e superior ($p=0,000$); quanto aos sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios situam-se entre o básico e superior ($p=0,006$); e por fim na subescala referente ao medo de morrer também entre o nível básico e superior ($p=0,002$).

Tabela 11 – Teste One Way Anova entre percepção dos cuidados culturais e as habilitações literárias

Habilitações Literárias	Básico		Secundário		Superior		F	p	% Ve	Post- Hoc		
	\bar{x}	D.p	x	D.p	\bar{x}	D.p				1vs2	1vs3	2vs3
Percepção Cuidados Culturais												
1-Atendimento personalizado	38,43	6,80	39,44	5,68	38,12	6,60	3,617	0,027	0,71	0,092	0,807	0,032
2-Despersonalização na prestação de cuidados	29,23	6,78	30,49	6,13	31,48	5,91	10,698	0,000	2,10	0,022	0,000	0,134
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	19,41	6,94	19,40	6,51	21,95	6,87	14,129	0,000	2,75			
4-Organização social	15,54	4,96	15,81	4,95	16,1	5,75	1,165	0,312	0,23			
5-Significado d tempo durante o parto	9,48	5,30	9,54	5,42	10,39	5,52	2,684	0,069	0,53			
6-Espaço e autonomia	15,99	3,17	15,99	3,17	16,15	3,14	0,255	0,775	0,05			
7-Meio ambiente	18,92	5,21	18,92	5,21	19,59	5,30	2,662	0,070	0,53			
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	15,01	4,54	15,01	4,54	16,06	4,37	4,742	0,009	0,94	0,421	0,006	0,175
9-Medo de morrer	17,34	3,85	17,81	3,53	18,30	3,38	5,823	0,003	1,15	0,192	0,002	0,226
10-Apoio personalizado	10,10	3,28	10,61	3,13	10,20	3,26	2,397	0,091	0,47			
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	8,25	1,62	8,46	1,46	8,16	1,61	2,899	0,056	0,58			
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	7,38	2,21	7,46	2,26	7,20	2,29	0,984	0,374	0,19			
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	6,79	1,72	6,97	1,87	7,00	1,75	1,407	0,245	0,28			
Total	211,9	30,8	216,2	28,0	220,8	29,9	7,429	0,001	1,46	0,134	0,000	1,37

Para avaliar a influência da situação profissional (empregada e desempregada), em relação à percepção dos cuidados culturais optou-se por utilizar Teste de U Mann-Whitney; Como se demonstra na tabela 12, o teste revela que as puérperas empregadas apresentam ordenações médias superiores em todas as subescalas, com resultados com significância estatística para as subescalas referente à despersonalização na prestação de cuidados

($p=0,009$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,002$), espaço e autonomia ($p=0,012$) e medo de morrer ($p=0,038$).

Tabela 12 - Teste de U Mann -Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a situação profissional

Percepção Cuidados Culturais	Situação Profissional		UMW	P
	Empregada	Desempregada		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
1-Atendimento personalizado	506,07	488,10	103106,5	0,359
2-Despersonalização na prestação de cuidados	515,74	466,10	96433,0	0,009
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	519,46	458,31	93871,0	0,002
4-Organização social	509,31	480,88	100868,5	0,149
5-Sigificado do tempo durante o parto	507,86	484,12	101871,0	0,221
6-Espaço e autonomia	515,69	466,70	96470,5	0,012
7-Meio ambiente	501,07	499,23	106555,5	0,925
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	505,21	490,02	103702,0	0,430
9-Medo de morrer	511,72	475,52	99205,0	0,032
10-Apoio personalizado	505,21	488,36	103186,5	0,370
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	502,70	495,60	105430,0	0,712
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos utensílios	510,44	478,39	100094,5	0,098
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	509,33	480,85	100857,5	0,127
Total	516,48	464,92	95921,0	0,009

Em relação ao local de residência (urbano e rural) o teste utilizado foi o Teste de U Mann-Whitney (tabela 13) e revela que as puérperas do meio urbano apresentam ordenações médias superiores referentes à despersonalização na prestação de cuidados, sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, organização social, espaço e autonomia, meio ambiente, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios e medo de morrer. As puérperas do meio rural revelaram valores de ordenação média superiores referente ao atendimento personalizado, significado do tempo durante o parto, apoio personalizado, importância do espaço na privacidade e na comunicação, sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios e influências exteriores sobre o tempo durante o parto. As diferenças estatisticamente significativas encontram-se nas subescalas referentes ao atendimento personalizado ($p=0,002$), despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,036$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,000$), meio ambiente ($p=0,002$) e medo de morrer ($p=0,015$).

Tabela 13 - Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e o local de residência

Percepção Cuidados Culturais	Local de Residência		UMW	P
	Rural	Urbano		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
1-Atendimento personalizado	545,59	482,88	88350,5	0,002
2-Despersonalização na prestação de cuidados	471,21	511,95	92789,5	0,036
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	448,65	520,76	86450,0	0,000
4-Organização social	493,15	503,37	98953,0	0,614
5-Significado do tempo durante o parto	512,79	495,70	97566,5	0,392
6-Espaço e autonomia	498,53	501,27	100467,0	0,892
7-Meio ambiente	456,74	517,60	88723,0	0,002
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	481,44	507,95	95664,5	0,181
9-Medo morrer	470,17	512,35	92496,0	0,015
10-Apoio personalizado	528,13	489,70	93254,5	0,057
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	507,90	497,61	98841,0	0,604
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	513,25	495,52	97437,0	0,374
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	511,72	496,12	97437,0	0,417
Total	478,84	508,97	94932,5	0,138

Quanto à relação entre a nacionalidade das puérperas e a percepção dos cuidados culturais também se recorreu ao teste U Mann-Whitney (tabela 14). Os resultados demonstraram que as puérperas portuguesas apresentam ordenações médias superiores para o atendimento personalizado, despersonalização na prestação de cuidados, significado do tempo durante o trabalho de parto, espaço e autonomia, apoio personalizado, importância do espaço na privacidade e na comunicação e influências exteriores sobre o tempo durante o parto. As puérperas imigrantes apresentaram valores de ordenação média mais elevados para as subescalas referentes aos sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, organização social, meio ambiente, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios, medo de morrer e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios. Sendo as diferenças estatisticamente significativas no atendimento personalizado ($p=0,012$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,007$), organização social ($p=0,007$), e significado do tempo durante o parto ($p=0,013$).

Tabela 14 - Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a nacionalidade

Percepção Cuidados Culturais	Nacionalidade		UMW	P
	Portuguesa	Imigrante		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
1-Atendimento personalização	511,37	452,32	66206,0	0,012
2-Despersonalização na prestação de cuidados	502,40	492,06	73519,0	0,646
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	488,94	551,77	65638,0	0,007
4-Organização social	488,77	552,54	65497,5	0,007
5-Significado do tempo durante o parto	511,09	453,51	66426,5	0,013
6-Espaço e autonomia	503,21	488,46	72857,5	0,527
7-Meio ambiente	499,41	505,33	74183,0	0,799
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	494,82	525,92	70439,0	0,179
9-Medo morrer	495,67	521,92	71131,0	0,193
10-Apoio personalizado	505,45	478,56	71035,0	0,251
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	505,81	476,93	70736,0	0,209
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	497,56	513,53	72675,0	0,490
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	504,92	480,90	71466,0	0,281
Total	499,76	503,77	74471,0	0,865

Relativamente às variáveis obstétricas, mais precisamente o local de vigilância da gravidez (sistema público, privado e misto), o teste utilizado foi Kruskal-Wallis (tabela 15), relevando para o sistema público ordenações médias superiores para o significado do tempo e importância do espaço na privacidade e na comunicação; para o sistema privado nas subescalas referentes aos sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, organização social, meio ambiente, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios e medo de morrer; e para o sistema misto os valores de ordenação média superiores revelam-se nas subescalas referentes ao atendimento personalizado, despersonalização na prestação de cuidados, espaço e autonomia, apoio personalizado, sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios e influências exteriores sobre o tempo durante o parto. Revelou-se significância estatística nas subescalas referentes à despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,019$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,001$), e sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios ($p=0,026$), situando-se a diferença pelo teste Post-Hoc entre o sistema público e privado para despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,035$), na subescala referente aos sentimentos e sensações negativas por falta de explicação situaram-se entre o sistema público e privado ($p=0,001$), assim como, sistema privado e misto ($p=0,024$), e para a subescala referente ao medo de morrer as diferenças situaram-se entre o sistema público e sistema privado.

Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre percepção dos cuidados culturais e o local de vigilância

Local de vigilância	Público	Privado	Misto	x^2	p	Post- Hoc		
	(1)	(2)	(3)			1vs2	1vs3	2vs3
Percepção Cuidados Culturais	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média					
1-Atendimento personalizado	497,16	475,62	533,00	3,227	0,199			
2-Despersonalização na prestação de cuidados	478,57	526,18	535,53	7,920	0,019	0,167	0,035	0,601
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	478,17	558,00	476,73	13,906	0,001	0,001	0,988	0,024
4-Organização social	494,32	514,12	474,40	1,631	0,443			
5-Significado do tempo durante o parto	503,53	474,12	501,76	1,896	0,387			
6-Espaço e autonomia	484,18	516,22	524,63	3,513	0,173			
7-Meio ambiente	484,90	529,27	495,76	4,154	0,125			
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	485,43	539,57	473,21	4,154	0,026	0,048	0,968	0,162
9-Medo de morrer	486,45	528,95	488,07	5,258	0,072			
10-Apoio personalizado	491,69	492,35	530,21	1,912	0,384			
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	503,74	481,10	487,31	1,259	0,533			
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	483,94	512,75	532,56	4,027	0,134			
13-Influência exteriores sobre o tempo durante o parto	489,43	487,76	551,07	5,533	0,063			
Total	480,22	532,62	514,38	6,197	0,045			

Para analisar a influência da vigilância da gravidez (vigilada e não vigilada) e a percepção dos cuidados culturais, o teste escolhido foi o teste U Mann-Whitney (tabela 16). Este demonstrou que os valores de ordenação média superiores localizavam-se na sua maioria nas puérperas que não vigiaram a gravidez. As puérperas que vigiaram a gravidez apenas apresentaram valores de ordenação média superior na subescala referente à organização social. As diferenças estatisticamente significativas encontram-se nas subescalas referente à despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,001$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,002$), significado do tempo ($p=0,030$), e influências exteriores sobre o tempo durante o trabalho de parto ($p=0,012$)

Tabela 16- Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a vigilância da gravidez

Percepção Cuidados Culturais	Vigilância da gravidez		UMW	p
	Sim	Não		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
1-Atendimento personalizado	466,06	509,88	76732,5	0,047
2-Despersonalização na prestação de cuidados	446,96	515,08	72645,0	0,001
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	447,01	515,06	72655,5	0,002
4-Organização social	518,36	495,64	80279,0	0,306
5-Significado do tempo durante o parto	463,24	510,65	76128,0	0,030
6-Espaço e autonomia	480,89	505,84	79904,5	0,257
7-Meio ambiente	498,27	501,11	83625,0	0,898
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	471,44	508,41	77883,5	0,089
9-Medo de morrer	471,42	508,42	77879,0	0,052
10-Apoio personalizado	496,69	499,69	83287,0	0,827
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	473,93	477,93	78416,5	0,120
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	492,83	499,83	82460,5	0,655
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	458,77	459,77	75171,5	0,012
Total	449,42	494,42	73171,5	0,004

A relação entre o tipo de parto (eutócico, fórceps, ventosa e cesariana) e a percepção dos cuidados culturais foi testada com o teste Kruskal-Wallis (tabela 17). Do resultado obtido destaca-se que o parto eutócico apresentou ordenações médias superiores na organização social, significado do tempo durante o parto e apoio personalizado; o parto por fórceps nas subescalas referentes aos sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, espaço e autonomia, meio ambiente e influências exteriores sobre o tempo durante o parto; e para o parto por ventosa os valores de ordenação média superiores encontram-se nas subescalas referente ao atendimento personalizado, despersonalização na prestação de cuidados, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios, medo de morrer, importância do espaço na privacidade e na comunicação e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios. As diferenças entre os grupos apenas são significativas para os sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,022$), organização social ($p=0,015$), meio ambiente ($p=0,026$) e medo de morrer ($p=0,000$). Sendo as diferenças

localizadas através do teste de Post-Hoc, para os sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, organização social, meio ambiente entre o parto eutócico e cesarianas ($p=0,030$; $p=0,028$; $p=0,036$ respetivamente). Na subescala referente ao medo de morrer as diferenças situam-se entre o parto eutócico e cesariana ($p=0,000$), assim como, no parto por ventosa e cesariana ($p=0,005$).

Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre perceção dos cuidados culturais e o tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico (1)	Forcêps (2)	Ventosa (3)	Cesariana (4)	χ^2	p	Post- Hoc					
							1vs2	1vs3	1vs4	2vs3	2vs4	3vs4
Perceção Cuidados Culturais	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média								
1-Atendimento personalizado	503,80	470,33	508,17	474,62	2,085	0,555						
2-Despersonalização na prestação de cuidados	496,04	285,00	532,16	478,47	5,735	0,250						
3-Sentimentos negativos por falta de explicação	513,71	783,67	493,24	457,25	9,603	0,022	0,410	0,834	0,030	0,344	0,241	0,628
4-Organização social	522,06	402,83	466,31	461,25	10,46	0,015	0,692	0,113	0,028	0,874	0,888	0,997
5-Significado do tempo durante o parto	510,17	427,50	461,09	493,89	4,282	0,233						
6-Espaço e autonomia	500,56	588,33	525,62	468,33	4,580	0,205						
7-Meio ambiente	511,99	697,83	507,50	452,15	9,278	0,026	0,746	0,984	0,036	0,717	0,525	0,293
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	504,34	444,67	507,97	473,76	2,404	0,493						
9-Medo de morrer	516,34	323,50	517,57	438,86	19,56	0,000	0,571	0,994	0,000	0,551	0,879	0,005
10-Apoio personalizado	508,88	502,67	498,05	469,14	3,264	0,353						
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	499,75	326,00	511,42	483,98	2,144	0,543						
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	498,93	407,67	519,60	478,99	2,409	0,492						
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	497,54	527,67	488,52	503,58	0,345	0,951						
Total	516,31	468,33	507,99	444,09	10,96	0,012	0,726	0,974	0,009	0,766	0,927	0,164

Procuramos entretanto saber em que medida o número de gravidezes (primigesta e multigesta) influenciava a perceção dos cuidados culturais. Realizado o teste de U Mann-Whitney (tabela 18) verificou-se que as ordenações médias eram superiores nas primigestas para as subescalas referente à despersonalização na prestação de cuidados, espaço e autonomia, e medo de morrer. Nas multigestas os valores de ordenação média superiores encontravam-se no atendimento personalizado, sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, organização social, significado do tempo, meio ambiente, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios, apoio personalizado, importância do espaço na privacidade e na comunicação, sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios e influências exteriores sobre o tempo durante o parto. Os resultados com diferenças estatisticamente significativas encontram-se nas subescalas referente ao significado do tempo ($p=0,020$) e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios ($p=0,035$).

Tabela 18 - Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e o número de gestações

Percepção Cuidados Culturais	Número de gestações		UMW	p
	Primigesta Ordenação Média	Multigesta Ordenação Média		
1-Atendimento personalizado	486,30	516,01	117346,0	0,101
2-Despersonalização na prestação de cuidados	506,51	493,94	1216621,5	0,471
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	495,51	505,95	122151,0	0,566
4-Organização social	488,01	514,14	118237,5	0,152
5-Significado do tempo durante o parto	480,53	522,31	114333,5	0,020
6-Espaço e autonomia	505,92	494,58	121929,0	0,530
7-Meio ambiente	496,85	504,49	122850,5	0,672
8-Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	492,20	509,56	120425,5	0,330
9-Medo de morrer	514,98	484,68	117197,5	0,053
10-Apoio personalizado	495,62	505,83	122211,5	0,575
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	492,79	508,92	120732,5	0,366
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	494,57	506,97	121664,5	0,489
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	483,06	519,55	115653,0	0,035
Total	492,49	509,25	120577,0	0,359

Completamos a análise fazendo referência à interação entre a analgesia epidural e a percepção dos cuidados culturais. O teste U Mann-Whitney (tabela 19) revela que as puérperas que realizaram analgesia epidural apresentaram ordenações médias superiores nas subescalas referente ao significado do tempo e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios, e para as puérperas que não recorreram ao uso de analgesia epidural os valores de ordenação média foram superiores nas subescalas que dizem respeito ao atendimento personalizado, despersonalização na prestação de cuidados, sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, organização social, espaço e autonomia, meio ambiente, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios, medo de morrer, apoio personalizado, importância do espaço na privacidade e na comunicação e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios. As diferenças estatisticamente significativas foram identificadas na despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,000$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,000$), significado do tempo ($p=0,029$), meio ambiente ($p=0,001$), sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios ($p=0,023$) e medo de morrer ($p=0,000$).

Tabela 19 - Teste de U Mann – Whitney entre a percepção dos cuidados culturais e a analgesia epidural

Analgesia Epidural	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Percepção Cuidados Culturais				
1-Atendimento personalizado	493,34	502,91	92442,5	0,646
2-Despersonalização na prestação de cuidados	425,52	525,76	75353,0	0,000
3-Sentimentos e sensações negativas por falta de explicação	426,48	525,44	75595,5	0,000
4-Organização social	488,01	540,71	91100,0	0,426
5-Significado do tempo durante o parto	534,16	489,16	85766,0	0,029
6-Espaço e autonomia	476,18	508,69	88118,5	0,118
7-Meio ambiente	448,63	517,98	81176,0	0,001
8- Sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	465,65	512,24	81176,0	0,023
9-Medo de morrer	446,81	518,59	85466,5	0,000
10-Apoio personalizado	491,27	503,61	80718,5	0,555
11-Importância do espaço na privacidade e na comunicação	495,54	502,17	91922,5	0,747
12-Sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios	504,65	499,10	92998,0	0,788
13-Influências exteriores sobre o tempo durante o parto	485,58	505,53	90487,0	0,316
Total	439,04	521,21	78759,0	0,000

4-Discussão dos resultados

O propósito desta investigação é identificar a influência entre a realização de aulas de preparação para o parto e a percepção dos cuidados culturais, contudo, é importante clarificar as limitações do estudo. Em primeiro lugar existiu uma grande dificuldade em obter uma amostra significativa, pois o número de partos tem diminuindo como resultado da conjuntura que o País atravessa, e a recolha de subsídios teóricos relacionados com a temática em estudo foi extremamente difícil pois está-se em crer que terá sido ainda pouco abordada.

Como já foi referido no primeiro capítulo, a gravidez e o trabalho de parto são fortemente influenciados pelo meio em que a mulher se encontra, assim como, pelos seus hábitos culturais, que nem sempre vão de encontro dos cuidados de saúde prestados, e que pode influenciar a forma como esta encara a gravidez, bem como, a vivência do trabalho de parto (Cetin et al., 2012; Maier-Lorentz, 2008; Yenal & Sevil, 2012). Assim, a mulher pode passar por uma experiência negativa por sentir medo, receios, dúvidas e não se sentir confortável no meio em que se insere, condicionando todo o processo de gravidez e trabalho parto. Desta forma, a percepção dos cuidados culturais que a grávida vivência é fundamental para que a experiência se torne agradável e positiva. A percepção dos cuidados culturais, aborda o atendimento personalizado por parte dos profissionais de saúde assim como o oposto; a vivência de sentimentos negativos por falta de explicação dos procedimentos ou não entender o que se passa em seu redor; o entendimento que os profissionais de saúde têm sobre a estrutura familiar, o local de onde vêm; a preservação da privacidade bem como a sua autonomia; a vivência de um ambiente confortável durante o trabalho de parto; o sentimento relacionado com os aparelhos e utensílios sem entender para que servem e a vivência de situações de emergência sem que ninguém lhe explique o que esta a acontecer.

4.1- Relação entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas e a preparação para o parto

Após a análise dos dados a amostra deste estudo revela uma idade compreendida entre os 15 e os 44 anos, cuja média é de 29,5 anos com um desvio padrão de 4,9. Agrupando as idades por grupos etários conforme está preconizado pela OMS, esta amostra caracteriza-se por se encontrar em idade reprodutiva quer para as puérperas que realizaram preparação para o parto, quer para as que não o fizeram, apresentam situação profissional resolvida, apesar de a taxa de desemprego ser bastante elevada quer para as puérperas que realizaram preparação

para o parto (26,5%) quer para as que não o fizeram (33,9%), são maioritariamente casadas em ambas os casos e provenientes do meio urbano. Relativamente às habilitações literárias, encontramos uma contradição com pesquisas realizadas anteriormente. Na maioria dos estudos a amostra revelava um elevado nível de habilitações literárias, o que não acontece nesta investigação. Para o total da amostra, é no ensino básico que se encontram os valores percentuais mais elevados (39,6%), contudo, é de referir que as puérperas que realizaram preparação para o parto apresentam no ensino superior maior valor percentual (42,9%), enquanto que as puérpera que não realizaram preparação para o parto revelam no ensino básico a maior percentagem (50,3%). Todos estes resultados seguem a linha de estudo levado a cabo por diversos autores (BergstrÖM et al., 2010; Fabian et al., 2006; Gross, Alb, Glass, Schellenberg, & Obrist, 2012; Ho & Holroyd, 2002). É notório que o número de puérperas adolescentes (1,2%) seja relativamente inferior quando comparado com outros estudos (Gross et al., 2012; Howell, Mora, Chassin, & Leventhal, 2010; Jiménez-Puente, Benítez-Parej, Del Diego-Salas, Rivas-Ruiz, & Maañón-Di Leo, 2012).

Relativamente as puérperas imigrantes, estas representam 18,4% da amostra total, o que mostra um grande aumento relativamente a 2010 (6,6%) (Cruz, 2012), e que se torna um resultado importante e significativo, quando neste estudo se esta a abordar a perceção dos cuidados culturais, é também de referir que estas apresentam um maior valor percentual na preparação para o parto (48,4%) quando comparada com as puérperas portuguesas (37,6%), talvez a maior adesão às aulas de preparação para o parto pelas imigrantes se justifique pelo facto de que na maioria dos países estrangeiros a frequência destas aulas ser considerado um cuidado de rotina pré-natal, estando incutido culturalmente (BergstrÖM et al., 2010).

Em termos obstétricos a grande maioria da amostra vigiou a sua gravidez, quer para as puérperas que realizaram preparação para o parto (93,1%), quer para as puérperas que não o fizeram (83,8%), e essa vigilância foi realizada antes do 1º trimestre, indo de encontro a estudos prévios (Cetin et al., 2012; Gross et al., 2012). Quanto ao local onde fizeram essa vigilância, foi no sistema público que se encontraram maiores valores percentuais em ambos os grupos. A amostra caracteriza-se por serem puérperas primigestas (65,7%) para as que realizaram preparação para o parto, tal como no estudo (Fabian et al., 2006), e multigesta para as que não realizaram preparação para o parto, o que indica que ainda existem muitas grávidas que acham que numa segunda gravidez já não é necessário preparação para o parto, ou que nas gravidezes anteriores não passaram por essa experiência. O parto eutócico foi o mais praticado, com recurso à analgesia epidural, indo de encontro a estudos anteriores

(BergstrÖM et al., 2010; Cetin et al., 2012; Schytt & WaldenstrÖM, 2010). Quanto ao número de cesarianas, este é significativamente maior quando comparado com outros estudos (Howell et al., 2010; Jiménez-Puente et al., 2012), mas não vai de encontro às diretrizes da OMS que se situa entre 10% a 15%. Das puérperas que realizaram preparação para o parto, 21,8% teve parto distócico por cesariana, e das puérperas que não realizaram preparação para o parto o valor foi mais elevado (23,7%).

Resumindo as puérperas que realizaram preparação para o parto (39,6%), caracterizam-se por se encontrar em idade reprodutiva, com nível de habilitações literárias elevado, provenientes do meio urbano, empregadas, o que vai de encontro a estudos já realizados (BergstrÖM et al., 2009; Fabian et al., 2005; Serçeku & Mete, 2010). Em termos obstétricos, a maioria das puérperas vigiou a gravidez no sistema público, são maioritariamente primigestas e o tipo de parto mais praticado foi o eutócico, existindo um número inferior de partos instrumentados e de cesarianas em relação as puérperas que não realizaram as aulas de preparação para o parto. Estes resultados permitem-nos inferir que a realização de aulas de preparação para o parto pode diminuir o número de partos instrumentos bem como o número de cesarianas, o que é coincidentes com estudos já realizados (BergstrÖM et al., 2009, 2010; Cetin et al., 2012; Grignaffini et al., 2000) apesar de a maioria das puérperas ter recorrido ao uso de analgesia epidural, seguindo a linha de estudo levado a cabo por (Jiménez-Puente et al., 2012) .

Assim, dando resposta à primeira questão de investigação, obtivemos diferenças estatisticamente significativas relativamente ao local de residência ($p=0,000$) onde a grávida se insere, situação profissional ($p=0,013$), habilitações literárias ($p=0,000$), nacionalidade ($p=0,007$), local onde vigiou a gravidez ($p=0,000$), número de gravidezes ($p=0,000$) e recurso à analgesia epidural ($p=0,000$). Por tudo isto podemos inferir que as variáveis sociodemográficas e as variáveis obstétricas podem ter influência na adesão à preparação para o parto.

4.2- Relação entre a preparação para o parto e a perceção dos cuidados culturais

Os dados obtidos traduzem que as puérperas que realizaram preparação para o parto obtiveram melhores resultados nos itens da escala, com diferenças estatisticamente significativas, referentes ao atendimento personalizado ($p=0,001$), significado do tempo ($p=0,0020$), importância da privacidade e comunicação ($p=0,017$). As puérperas que não realizaram preparação para o parto apresentaram valores de ordenação média superiores com

diferenças estatisticamente significativas, nas subescalas referente à despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,000$), sentimentos negativos por falta de explicação ($p=0,000$), meio ambiente ($p=0,000$), sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios ($p=0,000$) e medo de morrer ($p=0,000$).

Deste modo as puérperas que realizaram preparação para o parto manifestaram uma melhor preparação para o momento do parto, sentiram-se apoiadas pelos profissionais de saúde o que permitiu uma melhor colaboração e desempenho da mulher durante trabalho de parto, valorizaram a privacidade do espaço, e o tempo não foi um entrave durante todo o processo. Em oposição, as puérperas que não realizaram preparação para o parto apresentaram valores que traduziram uma má experiência com os profissionais de saúde, nervosismo, ansiedade, medo, angústia, o que pode influenciar a forma como a mulher encara este momento e o que daí advém, corroborando com estudo realizados por (Couto, 2006; Essex & Pickett, 2008; Macfarlane, 1992; van Bussel et al., 2010). Assim, podemos inferir que a realização de aulas de preparação para o parto pode influenciar a percepção dos cuidados culturais.

4.3- Relação entre as variáveis sociodemográfica e obstétricas e a percepção dos cuidados culturais

A última questão de investigação pretendia identificar se existia influência entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas e a percepção dos cuidados culturais. Dos resultados obtidos em relação às variáveis sociodemográficas pode-se afirmar que as puérperas adolescentes apresentaram valores de ordenação média superior para as subescalas referentes à organização social, sentimentos negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios e apoio personalizado; as puérperas em idade reprodutiva apresentam valores de ordenação média superiores no que diz respeito ao atendimento personalizado, despersonalização na prestação de cuidados, espaço e autonomia, medo de morrer, influências exteriores sobre o tempo; e para as puérperas com idade superior a 36 anos, os valores de ordenação média revelaram-se superiores nas subescalas referentes ao sentimento e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,000$), significado do tempo ($p=0,004$), com resultados estatisticamente significativos, meio ambiente e sentimentos positivos causados pelo uso de aparelhos e utensílios.

Em relação às habilitações literárias, o Teste One Way Anova revelou que as puérperas referentes ao ensino secundário valorizaram mais o atendimento personalizado,

apoio personalizado, importância do espaço e vivenciaram sentimentos positivos relacionados com o uso de aparelhos e utensílios, revelando uma melhor percepção dos cuidados culturais, enquanto que as puérperas do ensino superior vivenciaram sentimentos e sensações negativas por falta de explicação, medo morrer ($p=0,003$), despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,000$), sentimento negativos causados pelo uso de aparelhos e utensílios ($p=0,009$) com resultados estatisticamente significativos. Quanto à situação profissional das puérperas, o teste de U Mann-Whitney revelou que as puérperas empregadas apresentaram ordenações médias superiores em todas as subescalas, contudo, só se obteve resultados com significância estatística para a subescala referente à despersonalização na prestação de cuidados culturais ($p=0,009$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,002$), espaço e autonomia ($p=0,012$) e medo de morrer ($p=0,0032$), o que nos indica que as puérperas empregadas apresentaram uma pior percepção dos cuidados culturais. Focalizando-nos no local de residência, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas tanto para o meio rural, como para o meio urbano, referentes às subescalas do atendimento personalizado ($p=0,002$), despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,036$), sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,000$) e meio ambiente ($p=0,002$), mas foram as puérperas do meio rural que revelaram uma melhor percepção dos cuidados culturais. Quanto à nacionalidade, os valores de ordenação média obtidos não nos permitem inferir sobre a percepção dos cuidados culturais, pois tanto nas puérperas portuguesas, como nas puérperas imigrantes os resultados são contraditórios para as diferentes subescalas, existindo contudo resultados com significância estatística.

Relativamente às variáveis obstétricas são as puérperas que não vigiaram a gravidez, que apresentaram valores de ordenação médias mais altos para a maioria das subescalas, revelando resultados estatisticamente significativos referentes aos sentimentos negativos por falta de explicação ($p=0,002$), despersonalização na prestação de cuidados ($p=0,001$) e significado do tempo ($p=0,030$), permitindo dizer que estas revelaram uma pior percepção dos cuidados culturais. Os partos por via vaginal foram os que revelaram apresentar melhor percepção dos cuidados culturais, pois através do teste Kruskal-Wallis obtiveram-se valores de ordenação média superior para todas as subescalas, identificando resultados estatisticamente significativos para as subescalas referentes aos sentimentos e sensações negativas por falta de explicação ($p=0,022$), organização social ($p=0,015$), meio ambiente ($p=0,026$) e medo de morrer ($p=0,000$)

Quanto ao número de gestações e analgesia epidural, deparamo-nos com resultados contraditórios, não sendo possível identificar qual o grupo com melhor ou pior percepção dos cuidados culturais, contudo, em ambas as variáveis revelaram-se resultados com significância estatística.

Por tudo isto, e por se ter obtido resultados com diferenças estatisticamente significativas podemos inferir que as variáveis sociodemográficas e as variáveis obstétricas podem influenciar a percepção dos cuidados culturais.

5-Conclusões

Chegado ao terminus do estudo, relacionando com a preparação para o parto e a percepção dos cuidados culturais consideramos que este foi de extrema importância para a nossa realização pessoal, bem como, consciencialização de que muito ainda há a fazer no incentivo à preparação para o parto.

O nascimento é sem dúvida o momento mais importante da vida de uma mulher independentemente do seu contexto cultural. Este processo é revestido de muitas expectativas, dúvidas, incertezas e pelas próprias circunstâncias em que a grávida se encontra. A maternidade e a vivência da gravidez, entre outros fatores, é fortemente influenciada pelas práticas culturais, que independente do local onde a grávida se encontra, ela leva consigo (Bernazzani et al., 2005; Etowa, 2012).

Visto que as alterações sociodemográficas são um fato nas maternidades de todo o mundo como resultado da globalização (Chou et al., 2008), a região Norte de Portugal também não é exceção, assim, deparámo-nos com uma panóplia de culturas com as quais os profissionais de saúde têm que saber lidar. Por outro lado, ainda durante a gravidez, e na área da prestação dos cuidados de saúde primários, encontramos nas sessões de preparação para o parto, o local ideal para preparar a grávida, não só para o parto e maternidade em si (BergstrÖM et al., 2010; Morgado et al., 2010; Pincus, 2005), mas também, para entender e prepará-la para o novo contexto cultural em que se encontra.

Neste sentido, fazendo a grávida entender o novo contexto cultural em que se encontra e otimizando a competência cultural dos profissionais de saúde, os cuidados de saúde prestados serão transculturais e de forte qualidade.

Desta investigação podemos concluir que os nossos profissionais de saúde promovem cuidados transculturais, pois a comunidade estrangeira foi a que demonstrou maior adesão às aulas de preparação para o parto, e quem realizou as aulas obteve melhores resultados na percepção dos cuidados culturais.

Por outro lado promover as aulas de preparação para o parto pode diminuir o número de partos instrumentados bem como o número de cesarianas, assim será importante incutir em todas as mulheres a necessidades deste cuidado pré-natal.

Visto que, a não adesão à preparação para o parto, foi maioritariamente por parte da população do meio rural, vigiada no sistema público e com baixo nível educacional, será necessário fomentar a realização destas aulas, não só, nos meios urbanos, mas descentralizar a realização desta aulas para que todas as mulheres independente do sitio onde moram tenham a oportunidade de as realizar, assim como, tentar perceber o porquê de as mulheres que vigiaram a gravidez no Serviço Nacional Saúde não aderiram as aulas de preparação para o parto.

Seria pertinente um estudo que avançasse nesse sentido para colmatar esta falha, e por fim, começar desde cedo, nas escolas a inculcar a importância das aulas de preparação para o parto, para que desde muito novas as mulheres entendam a sua importância e façam das aulas um cuidado de rotina pré-natal tal como acontece em outros países.

Bibliografia

- Baglio, G., Spinelli, A., Donati, S., ME, G., & J, O. (2000). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*, 36(4), 465-478.
- Barbaut, J. (2000). "O nascimento através dos tempos e dos povos" (1ª Edição ed.). Lisboa: Terra Nova.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2010). Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. [Article]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(6), 794-800. doi: 10.3109/00016341003694978
- Bernazzani, O., Marks, M., Bifulco, A., Siddle, K., Asten, P., & Conroy, S. (2005). Assessing psychosocial risk in pregnant/postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME). [Article]. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40(6), 497-508. doi: 10.1007/s00127-005-0917-y
- Boyacıoğlu, A. Ö., & Türkmen, A. (2008). Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey. [Article]. *Culture, Health & Sexuality*, 10(3), 277-285. doi: 10.1080/13691050701673925
- Carr, P. (1992). Labour Relations: Mothers and Hospital Procedure. [Article]. *Irish Journal of Sociology*, 2, 20.
- Cetin, H., Gunay, N., & Dalak, H. (2012). Traditional practices to women during pregnancy, birth and after birth and reasons. [Article]. *HealthMed*, 6(7), 2396-2406.
- Chou, Y.-A., Chou, Y.-J., Lee, C.-H., & Huang, N. (2008). Pregnancy Outcomes among Native and Foreign-Born Women in Taiwan: Maternal Health Utilization. [Article]. *Journal of Women's Health (15409996)*, 17(9), 1505-1512. doi: 10.1089/jwh.2007.0714
- Comas, M., Català, L., Sala, M., Payà, A., Sala, A., Del Amo, E., . . . Cots, F. (2011). Descriptive analysis of childbirth healthcare costs in an area with high levels of immigration in Spain. [Article]. *BMC Health Services Research*, 11(1), 77-85. doi: 10.1186/1472-6963-11-77
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2007). Percepção da Experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 49-66.
- Coutinho, E. C., & Parreira, M. V. B. d. C. (2011). "Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição". [artigo]. *Millenium*, 83-97.
- Couto, G. (2002). *Preparação para o parto representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Porto: ICBAS. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem no Insitituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Não publicado.
- Couto, G. (2006). "Conceitualização pelos enfermeiros da preparação para o parto". *Revista Latino - Enfermagem*, 190-198.
- Cruz, D. F. (2012). A insignificância da imigração na fecundidade em Portugal Retrieved 3 setembro 2012, 2012, from <http://equacaobase.wordpress.com/tag/populacao-estrangeira/>
- Essex, H. N., & Pickett, K. E. (2008). Mothers without Companionship During Childbirth: An Analysis within the Millennium Cohort Study. [Article]. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(4), 266-276. doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00253.x
- Etowa, J. B. (2012). Becoming a mother: The meaning of childbirth for African-Canadian women. [Article]. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 41(1), 28-40.

- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. [Article]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436-443. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J., & Waldenström, U. (2006). Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. [Article]. *Acta Paediatrica*, 95(11), 1360-1369. doi: 10.1080/08035250600664125
- Garrouette, E. M., Sarkisian, N., Arguelles, L., Goldberg, J., & Buchwald, D. (2006). Cultural Identities and Perceptions of Health Among Health Care Providers and Older American Indians. [Article]. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 21(2), 111-116. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00321.x
- Grignaffini, A., Soncini, E., Riccò, R., & Vadora, E. (2000). Childbirth preparation courses: obstetrical and neonatal evaluation. *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 71 Suppl 1, 701-707.
- Gross, K., Alb, S., Glass, T. R., Schellenberg, J. A., & Obrist, B. (2012). Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania. [Article]. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(1), 16-27. doi: 10.1186/1471-2393-12-16
- Ho, I., & Holroyd, E. (2002). Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 74-85. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02148.x
- Howell, E. A., Mora, P. A., Chassin, M. R., & Leventhal, H. (2010). Lack of Preparation, Physical Health After Childbirth, and Early Postpartum Depressive Symptoms. [Article]. *Journal of Women's Health (15409996)*, 19(4), 703-708. doi: 10.1089/jwh.2008.1338
- Iserhard, A. R. M. B., Maria de Lourdes; Neves, Eliane Tatsch; Badke, Marcio Rossato. (2009). "Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil". *Esc Anna Nery Revista Enfermagem*, 116-122.
- Jiménez-Puente, A., Benítez-Parej, N., Del Diego-Salas, J., Rivas-Ruiz, F., & Maañón-Di Leo, C. (2012). Ethnic differences in the use of intrapartum epidural analgesia. [Article]. *BMC Health Services Research*, 12(1), 207-212. doi: 10.1186/1472-6963-12-207
- Jordá, D. G., & Bernal, Z. D. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. (Spanish). [Article]. *Anthropological and gender perspective in the analysis of care provided to pregnancy, delivery and puerperium. (English)*, 36(4), 61-73.
- Kurth, F., Bèlard, S., Mombo-Ngoma, G., Schuster, K., Adegnika, A. A., Bouyou-Akotet, M. K., . . . Ramharther, M. (2010). Adolescence As Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcome in Central Africa - A Cross-Sectional Study. [Article]. *PLoS ONE*, 5(12), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0014367
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lee, L. Y. K., & Holroyd, E. (2009). Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. [Article]. *International Nursing Review*, 56(3), 361-368. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00701.x
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Macfarlane, A. (1992). *"A psicologia do nascimento"* (1ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra.
- Maier-Lorentz, M. M. (2008). TRANSCULTURAL NURSING: ITS IMPORTANCE IN NURSING PRACTICE. [Article]. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43.
- Malata, A., Hauck, Y., Monterosso, L., & McCaul, K. (2007). Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 67-78. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04380.x
- Michaels, P. A. (2010). Comrades in the Labor Room: The Lamaze Method of Childbirth Preparation and France's Cold War Home Front, 1951-1957. [Article]. *American Historical Review*, 115(4), 1031-1060.

- Morgado, C. M. L., Pacheco, C. O. C., Belém, C. M. S., & Nogueira, M. d. F. C. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. (Portuguese). [Article]. *Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*(12), 17-27.
- Nama, V., & Wilcock, F. (2011). Caesarean section on maternal request: is justification necessary? [Article]. *Obstetrician & Gynaecologist*, 13(4), 263-269. doi: 10.1576/toag.13.4.263.27693
- Olaitan, O. L., Talabi, A. E., Olumorin, C. O., Braimoh, K. T., Kayode, O. O., & Onigbinde, A. T. (2012). Risks experience during pregnancy among teenagers in South West Nigeria. [Article]. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*, 4(1), 1-11.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phipps, H., Charlton, S., & Dietz, H. P. (2009). Can antenatal education influence how women push in labour? [Article]. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 49(3), 274-278. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.00984.x
- Pincus, J. (2005). The Official Lamaze Guide: Giving Birth With Confidence. [Article]. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(4), 329-330. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00394a.x
- Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2008). " They Can't Understand It": Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John's, Newfoundland. [Article]. *Maternal & Child Health Journal*, 12(1), 101-111. doi: 10.1007/s10995-007-0213-4
- Schytt, E., & Waldenström, U. (2010). Epidural analgesia for labor pain: whose choice? [Article]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(2), 238-242. doi: 10.3109/00016340903280974
- Serçeku, P., & Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 999-1010. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05253.x
- Shahoei, R., Riji, H. M., & Saeedi, Z. A. (2011). 'Safe passage': pregnant Iranian Kurdish women's choice of childbirth method. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2130-2138. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05656.x
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., da Luz, M. D. A., . . . Leino-Kilpi, H. (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1895-1907. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05626.x
- Thomas, P. E., Beckmann, M., & Gibbons, K. (2010). The effect of cultural and linguistic diversity on pregnancy outcome. [Article]. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 50(5), 419-422. doi: 10.1111/j.1479-828X.2010.01210.x
- van Bussel, J., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Childbirth expectations and experiences and associations with mothers' attitudes to pregnancy, the child and motherhood. [Article]. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(2), 143-160. doi: 10.1080/02646830903295026
- Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojöö, A.-K., Starrin, B., & Larsson, G. (2011). Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartum care: a nationwide Swedish cross-sectional study. [Article]. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7/8), 1168-1177. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03393.x
- Yenal, K., & Sevil, Ü. (2012). The effects of web-based childbirth education program on activities of daily living of pregnant women. [Article]. *HealthMed*, 6(7), 930-938.

ANEXO I- Questionário

SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA EM PORTUGAL:
Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português

Assinatura da Utente

Assinatura do Investigador

Data: __/__/__



Consentimento Informado da utente para participar no estudo

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito de doutoramento em Ciências da Saúde – ramo de enfermagem, subordinado ao tema **SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA: Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português**. Compreendo que este questionário fará parte de um trabalho de Investigação, que tem como objectivos - Comparar as vivências de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal; - Analisar os factores determinantes da vigilância pré-natal em grávidas imigrantes e portuguesas; - Analisar a percepção de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde culturais durante o trabalho de parto; - Compreender a vivência de puérperas imigrantes e portuguesas de cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal

Estou informada sobre os objectivos do estudo e:

- 1 - Responderei às questões durante o internamento neste hospital/maternidade.
- 2 - As minhas respostas não serão reveladas a ninguém
- 3 - A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhuma circunstância.
- 4 -Participe ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afectados os serviços ou cuidados de que eu vier a necessitar dos profissionais de saúde.
- 5- Compreendo que este estudo contribuirá para prestar cuidados de qualidade e culturalmente competentes ao conhecer a população de mães imigrantes em Portugal
- 6 - Não receberei nenhum benefício directo como resultado da minha participação.
- 7 - Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelo contacto:

Emília Coutinho – 961011800 ou 232419100

Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.

SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA:
Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português
Este estudo desenvolve-se no âmbito académico O questionário é anónimo e confidencial.

Instituição _____

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

- 1- Qual é a sua nacionalidade? _____
- 2- Qual é a nacionalidade do seu companheiro/cônjuge? _____
- 3- Qual é a sua idade? _____ Anos
- 4- Qual é a idade do seu companheiro/cônjuge? _____ Anos
- 5- Qual é o seu estado civil
 Solteira Divorciada
 Viúva Casada
 Outra _____
- 6- Qual é o seu local de residência? Aldeia Vila Cidade
- 7- É crente em alguma religião? Não Sim
- 7.1 - Se sim qual? _____
- 8- Quais são as suas habilitações literárias?
 Inferior ou igual a 4 Anos Bacharelato
 Entre 5 e 6 Anos Licenciatura
 Entre 7 e 9 Anos Mestrado
 Entre 10 e 12 Anos Doutoramento
 Curso técnico-profissional Outra _____
- 9- Quais são as habilitações literárias do seu companheiro/cônjuge?
 Inferior ou igual a 4 Anos Bacharelato
 Entre 5 e 6 Anos Licenciatura
 Entre 7 e 9 Anos Mestrado
 Entre 10 e 12 Anos Doutoramento
 Curso técnico-profissional Outra _____
- 10- Qual é a sua formação profissional? _____
- 11- Qual é a sua profissão actual? _____
- 12- Qual é a formação profissional do seu companheiro? _____
- 13- Qual é a Profissão actual do seu companheiro? _____
- 14- Qual é a sua situação profissional actual?
 Empregada
 Desempregada
- 14.1 -Se está empregada, encontrou alguns obstáculos para arranjar emprego? Não Sim Se sim, quais? _____
- 15- Qual é a situação profissional actual do seu companheiro?
 Empregado
 Desempregado
- 16- Vive em casa:
 Própria
 Emprestada
 Alugada
- 17- Tem internet em casa? Não Sim
- 18- Quais são as condições da sua casa? (Assinale as opções correctas)
 Tem saneamento
 Tem electricidade
 Tem casa de banho
 Tem água canalizada

- 19- Quantas assoalhadas tem a sua casa (nº de quartos e salas)? _____ Assoalhadas
- 20- Qual é o Rendimento mensal do seu agregado familiar? <500 500-1000 1000-1500 1500-2000 >2000 Euros
- 21- Quantas pessoas residem na sua casa? _____ Pessoas
- 22- Tem carro próprio? Não Sim.
- 23- Quais os motivos que a levaram a escolher este hospital/maternidade? _____

Da pergunta 24 à 29.2 apenas respondem as mães imigrantes

- 24- Há quanto tempo reside em Portugal? _____ Anos _____ Meses
- 25- O que a motivou a imigrar para Portugal?
- Falta de dinheiro
 - Para estar próximo de familiar
 - Falta de emprego no país de origem
 - Ter referências positivas deste país
 - Outro. Qual? _____
- 26- Costuma enviar dinheiro para os familiares que ficaram no seu país de origem? Não Sim
- 27- Há quanto tempo não vai ao seu país de origem?
-
- 28- Qual a sua situação relativamente ao processo de aquisição de cidadania em Portugal?
- Ainda não iniciou nenhum processo de título de residência ou cidadania
 - Encontra-se no processo de obtenção de título de residência
 - Tem o título de residência
 - Encontra-se no processo de obtenção de visto
 - Tem visto
 - Encontra-se no processo de obtenção de naturalização
 - Encontra-se naturalizada
- 29- Teve necessidade de intérprete em algum momento da sua gravidez ou parto? Não Sim. Se sim, quando?
-
- 29.1- Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior foi-lhe facultada interprete? Não Sim.
- 29.2-Caso não tenha sido facultado, ou não tenha sido útil, isso trouxe-lhe dificuldades acrescidas? Não Sim. Se sim, quais?
-

PARTE II- VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

- 1 – Esta gravidez foi planeada? Não Sim Sim, mas não para esta altura
- 2 – Quem desejou este filho? (pode assinalar mais do que uma opção)
- Eu Nenhum
 - O pai da criança Outro
 - Ambos
- 3 – Durante a gravidez foi a alguma consulta de vigilância?
- Não Sim Se respondeu não, passe para a pergunta 7
- 4 – Onde realizou as consultas de vigilância?
- Centro de Saúde Clínicas Privadas/ médico particular
 - Maternidade/Consulta Externa Outro. Qual? _____
- 5 – Quando realizou a 1ª consulta?
- Antes de engravidar Três meses após a 1ª falta menstrual
 - Logo após a 1ª falta menstrual Quatro meses após a 1ª falta menstrual
 - Um mês após a 1ª falta menstrual Cinco meses após a 1ª falta menstrual
 - Dois meses após a 1ª falta menstrual Mais de cinco meses após a 1ª falta menstrual

6 – No contexto desta gravidez, quantas consultas realizou?

Antes de engravidar? _____ Consultas

Durante a gravidez? _____ Consultas

7 – Se não fez consultas ou não fez as consultas que desejaria quais os motivos que a impediram? (assinale com uma cruz a(s) opções)

<input type="checkbox"/>	Pensei que não fosse necessário
<input type="checkbox"/>	Falta de dinheiro
<input type="checkbox"/>	Falta de tempo
<input type="checkbox"/>	Por sentir que me julgavam
<input type="checkbox"/>	Por sentir que não me davam apoio
<input type="checkbox"/>	Falta de transporte
<input type="checkbox"/>	Não ter ninguém para cuidar dos outros filhos
<input type="checkbox"/>	Ter dificuldade em conciliar a consulta com o horário de trabalho
<input type="checkbox"/>	O médico ter muitas clientes
<input type="checkbox"/>	Pensar que não tinha direito às consultas
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em marcar consulta
<input type="checkbox"/>	Não sabia que estava grávida
<input type="checkbox"/>	A gravidez era mantida em segredo
<input type="checkbox"/>	Já sabia o que fazer por experiências anteriores
<input type="checkbox"/>	Não tinha problemas de saúde
<input type="checkbox"/>	Conhecer outras mulheres que não foram às consultas tendo-lhes corrido tudo bem
<input type="checkbox"/>	Estava noutro país
<input type="checkbox"/>	Não sabia para onde me dirigir
<input type="checkbox"/>	Má experiência com o médico na gravidez anterior
<input type="checkbox"/>	Falta de confiança nos serviços de saúde
<input type="checkbox"/>	O meu marido ou companheiro não concordava com as consultas
<input type="checkbox"/>	Medo de ter problemas legais (imigração)
<input type="checkbox"/>	Correr o risco de ser atendida por profissionais do sexo masculino
<input type="checkbox"/>	Ter dificuldade em falar português
<input type="checkbox"/>	Não ter companhia
<input type="checkbox"/>	Outro. Especifique: _____

8 – Antes de engravidar tinha algum problema de saúde? Não Sim. Se sim, qual? _____

9 – Durante a gravidez teve algum problema de saúde? Não Sim

9.1 – Se sim, qual?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Vômitos abundantes |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Infecções urinárias |
| <input type="checkbox"/> Ameaça de abortamento | <input type="checkbox"/> Infecções vaginais |
| <input type="checkbox"/> Ameaça parto prematuro | <input type="checkbox"/> SIDA |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> Hepatite B |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

10 – Esteve internada durante a gravidez? Não Sim.

10.1 – Se sim, qual foi a causa do internamento? _____

11 – Durante a gravidez tomou algum dos seguintes medicamento:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ferro | <input type="checkbox"/> Cálcio |
| <input type="checkbox"/> Ácido fólico | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Magnésio | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

11.1 – Para além dos medicamentos referidos anteriormente tomou outros medicamentos durante a gravidez?

- Não Sim

11.2– Se sim, qual (ou quais)? _____

12 – Na primeira consulta, entregaram-lhe o boletim de saúde da grávida? Não Sim

13 – O Enfermeiro esteve nas suas consultas de vigilância da gravidez?

- Nunca
 Às vezes
 Sempre

14 – Que informações lhe deram nas consultas de vigilância da gravidez? (assinale com uma cruz a(s) opções):

Informação sobre:	Quem lhe deu a informação?			
	Médico	Enfermeiro	Ambos	Nenhum
Vigilância de saúde				
Alimentação				
Alterações físicas do corpo				
Álcool				
Tabaco				
Actividade sexual				
Aumento de peso na gravidez				
Direitos da grávida no trabalho				
Crescimento do bebé				
Actividade física/repouso				
Vestuário/calçado				
Desconfortos da gravidez				
Prevenção de Varizes				
Náuseas/vómitos/azia				
Preparação para a amamentação				
Envolvimento da família				
Trabalho de parto				
Analgesia epidural				
Enxoval e cuidados com roupa do bebé				
Banho do bebé				
Segurança e transporte do bebé				
Exercícios do pós-parto				
Consulta de revisão puerperal				

15 – Gostaria de ter recebido mais algum tipo de informação? Não Sim

Se sim, que tipo de informação? _____

16– Como considera a informação que lhe foi prestada durante a gravidez? (Assinale com uma cruz mais próximo de um ou de outro termo consoante a sua opinião). Ex: Feliz X _____ Infeliz

Adequada	-----	Inadequada
Útil	-----	Inútil
Orientadora	-----	Desorientadora
Pertinente	-----	Inoportuna
Necessária	-----	Desnecessária
Específica	-----	Genérica
Suficiente	-----	Insuficiente
Escassa	-----	Excessiva
Agradável	-----	Constrangedora
Profunda	-----	Superficial
Clara/objectiva	-----	Confusa
Eficaz	-----	Ineficaz
Simples	-----	Complexa
Completa	-----	Incompleta

17 – Fumou durante a gravidez? Não Sim.

Se sim quantos cigarros fumou por dia? _____ Cigarros

18 – Durante a gravidez ingeriu bebidas alcoólicas? Não Sim.

Se sim:

- Todos os dias
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

19 – Durante a gravidez consumiu drogas proibidas? Não Sim. Se sim quais as drogas que consumiu? _____

20 – Realizou diagnóstico pré-natal (exame para detectar malformações do bebé)?

- Não Sim.

21 – Quem a acompanhou às consultas?

- Ninguém Amiga(o)
 Marido/Companheiro Outra pessoa. Quem? _____
 Outro familiar

22 – Que exames realizou durante a gravidez? (Assinale com uma cruz as opções correspondentes)

- Avaliação da Pressão arterial Análise à rubéola
 Teste rápido de urina (Combur, com fita) Análise à toxoplasmose
 Avaliação do Peso Análise à VDRL
 Auscultação dos Batimentos cardíacos do feto Análise às serologias
 Registo cardiocográfico (para ouvir o feto) Análise à hepatite
 Ecografias Análise à SIDA
 Exame vaginal Teste de glicemia (açúcar no sangue)
 Análise ao hemograma Outro. Qual? _____

23 – Quanto aumentou de peso durante a gravidez? _____ Kg

PARTE III- VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

1- Quantas vezes esteve grávida (incluindo esta) _____ Vezes

2- Quantos filhos tem (incluindo este)? _____ Filhos

3- Preencha o seguinte quadro com os dados relativos a esta gravidez e filho e com os dados relativos a gravidezes anteriores e filhos

	Este Filho	Filhos anteriores			
		1.º Filho	2.º Filho	3.º Filho	4.º Filho
Idade do filho em Anos	_____	_____	_____	_____	_____
Tipo de parto					
Parto Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fórceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesariana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso ao nascimento	_____	_____	_____	_____	_____
Idade gestacional/semanas	_____	_____	_____	_____	_____
Local de nascimento	_____	_____	_____	_____	_____
Gravidez planeada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Aceitação da gravidez pelo pai da criança e família	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Ainda relativamente a esta gravidez/parto, responda:

4- Este filho chorou logo a seguir ao nascimento? Não Sim.

5- Teve acompanhamento de familiares ou outras pessoas significativas durante o trabalho de parto?

Sim. Por quem? _____

Não. Porquê? _____

6- Fez preparação para o parto? Não Sim.

6.1 Se sim Qual o método? _____

7- Fez analgesia durante o trabalho de parto? Não Sim.

PARTE IV- ESCALA DE PERCEPÇÃO DE CUIDADOS CULTURAIS (Vitória Parreira)

Instruções de preenchimento.

A seguir encontra uma lista de significados, organizados numa escala com um valor numérico entre 1 e 5, onde vai assinalar o número que lhe parece traduzir a sua opinião e que corresponde ao significado que atribui aos cuidados que lhe foram prestados.

Cada um dos números tem o seguinte significado:

- 1 – Discordo em absoluto
- 2 – Discordo parcialmente
- 3 – Tenho opinião contraditória (umas vezes sim outras vezes não)
- 4 – Concordo parcialmente
- 5 - Concordo em absoluto.

Assinale o número que melhor traduz a sua opinião.

Exemplo: Considero que fui atendida de uma forma personalizada porque as enfermeiras foram simpáticas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Considerando a sua experiência na Sala de Partos, por favor, responda a todas as questões:

Considero que fui atendida de uma forma personalizada porque:

- 1- As enfermeiras foram simpáticas.....
- 2- Tinha necessidade de falar com alguém e a enfermeira escutou os meus problemas.....
- 3- As enfermeiras foram sempre carinhosas.....
- 4- As enfermeiras foram compreensivas.....
- 5- As enfermeiras souberam ajudar.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Sentimentos que vivenciei, por falta de explicação do que me iam fazer:

- 6- Fiquei ansiosa.....
- 7- Senti medo
- 8- Senti-me insegura
- 9- Fiquei nervosa
- 10- Senti-me revoltada.....
- 11- Imaginava o meu filho em perigo.....
- 12- Por não compreender os termos técnicos, em relação à minha situação ficava apreensiva.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Situações em que pensei que ia morrer:

- 13- Ouvei dizer que ia para o bloco com urgência e sem me explicarem porquê.....
- 14- Vi uma movimentação rápida dos profissionais e não me explicavam nada.....
- 15- Ouvei chamar o médico de urgência e não me explicavam nada.....
- 16- Quando me picaram a veia e colocaram um frasco do soro.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Considero que os cuidados foram despersonalizados porque:

- 17- O sofrimento não era valorizado.....
- 18- Falavam-me com desdém.....
- 19 -Falavam-me com ironia.....
- 20-Não tinham respeito por mim como pessoa.....
- 21- Por questionar e não obter resposta às questões.....
- 22- A enfermeira examina-me, vem o médico volta a examinar.....
- 23- Não explicarem e parecer-lhes que eu já sabia tudo.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

O uso de Aparelhos e Utensílios durante o trabalho de parto:

- 24- Transmitiram-me segurança.....
- 25- Provocaram-me medo.....
- 26- Provocaram -me incómodo.....
- 27- Provocaram -me nervosismo.....
- 28- Transmitiram-me tranquilidade.....
- 29- Provocaram-me angústia.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Relativamente ao significado do tempo durante o trabalho de parto:

- 30- Para mim nunca mais chegava a hora.....
- 31- As horas pareciam dias.....
- 32- Cada minuto parecia uma eternidade.....
- 33- Um dia parecia uma semana.....
- 34- O humor da enfermeira ajuda a aliviar o tempo de espera.....
- 35- Acreditei que as fases da lua influenciaram o tempo para que se desse o parto.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Em relação ao meio ambiente:

- 36- Senti um calor horrível na enfermaria.....
- 37- Queria dormir e não podia, pelo barulho que se fazia.....
- 38- Sentia necessidade de descansar e não conseguia.....
- 39- O ambiente era muito barulhento; a luz durante a noite incomodava-me.....
- 40- Era incomodada pelos gemidos das outras parturientes.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

De uma forma geral estou satisfeita:

- 41- Pela forma como fui tratada pelas enfermeiras.....
- 42- Gostei da forma como fui atendida.....
- 43- Recebi muito apoio quando precisava.....
- 44- Molharam-me os lábios quando tinha sede.....
- 45- Foram simpáticas nos momentos difíceis.....
- 46- Senti a mão da enfermeira a segurar-me.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

De uma forma geral, as enfermeiras conheciam:

- 47- Os equipamentos sociais/ recursos da minha área de residência.....
- 48- O meio ou lugar onde eu morava.....
- 49- A minha estrutura familiar.....
- 50- Valorizaram o meu ambiente familiar.....
- 51- A organização dos serviços de saúde da minha área.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Relativamente ao espaço, como utente, senti que:

- 52 – Respeitou a minha intimidade.....
- 53-Transmitiu-me um sentimento de segurança.....
- 54- Assegurou a minha autonomia.....
- 55- Foi respeitado o meu espaço e assegurada a minha identidade pessoal.....
- 56-A falta de privacidade foi um dos resultados da falta de espaço.....
- 57-O espaço para mim é muito importante para comunicar com a enfermeira.....

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Gratos pelo tempo e empenhamento despendidos

ANEXO II- Parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados

Processo n.º 5050/2010

AUTORIZAÇÃO N.º 3128 /2010

Emília de Carvalho Coutinho, no âmbito da sua tede de Doutoramento, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional para comparar as vivências de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal.

Serão incluídas no estudo as mães que estejam internadas após o parto num dos centros participantes. O médico ou enfermeiro assistente, investigador no estudo, solicitará consentimento informado, cuja declaração deverá ser arquivada no processo clínico do doente ou conservada junto daqueles profissionais de saúde.

Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato papel.

No “caderno de recolha de dados” não há identificação nominal dos titulares, sendo aposto um código de doente. A chave desta codificação só pode ser conhecida do profissional de saúde participante.

Os destinatários deverão ser ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227 /2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correcto cumprimento da Lei de Protecção de Dados, bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso do titular dos dados.

Assim, nos termos do nº2 do artigo 7º e da alínea a) do nº 1 do artigo 28º da LPD, com as condições e limites fixados na referida Deliberação, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, e ainda com a condição aqui fixada, autoriza-se o acesso aos dados pessoais dos doentes, constantes dos processos clínicos, para a elaboração do presente estudo.

Responsável pelo tratamento: Emília de Carvalho Coutinho

Finalidade: estudo observacional para comparar as vivências de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal.

Categoria de Dados pessoais tratados: dados demográficos (idade, estado civil, crença religiosa, habilitações literárias, formação profissional, profissão, situação profissional do companheiro, condições e tipologia da casa, rendimento mensal do agregado familiar – por escalões – possui viatura própria, há quantos anos imigrou para Portugal), vigilância da gravidez, hábitos tabágicos, dados de saúde, história familiar, variáveis obstétricas e escala de percepção de cuidados culturais.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e rectificação: junto do médico/enfermeiro assistente.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há

Prazo de conservação: o consentimento informado do titular deve ser destruído pelos elos de médicos/enfermeiros um mês após a recolha dos dados.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/ 2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 13 de Setembro de 2010

Ana Roque, Luís Paiva de Andrade (Relator), Vasco Almeida, Helena Delgado António, Carlos Campos Lobo, Luís Barrosó


Luís Lingnau da Silveira (Presidente)