

Ana Carolina Madaíl Marques

Determinantes das Expectativas e Satisfação das
Mulheres durante o Trabalho de Parto, Parto e
Pós-parto



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



RESUMO

Enquadramento: A forma como a mulher percebe as práticas obstétricas varia em função de um amplo e diverso conjunto de factores individuais, socioculturais, e situacionais. Conhecer o que a mulher considera importante dos cuidados de saúde, o que espera, o que encontra e sente, permite-nos adequar a assistência proporcionada às necessidades da mulher, melhorando o nível de satisfação e qualidade dos cuidados prestados.

Objetivos: Identificar as determinantes das expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Determinar a influência de factores sociodemográficos e obstétricos nas expectativas e satisfação da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto. Determinar se a percepção da mulher face às práticas obstétricas influenciam as expectativas e satisfação com o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Métodos: Estudo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional com uma amostra não probabilística por conveniência (n=104). A recolha de dados efectuou-se através de um questionário constituído por uma componente sociodemográfica e história obstétrica, duas escalas: a Importância e Percepção das Práticas Obstétricas e um Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto. Este instrumento de colheita de dados foi aplicado as puérperas do serviço de Obstetrícia/Ginecologia.

Resultados: A idade das mulheres oscilou entre os 19 e os 41 anos, 80,0% são casadas e 87,5% possuem uma família nuclear, são primíparas (46,4%), têm em média 38,63 semanas de gestação. 99% vigiou a gravidez. Verificou-se que a idade ($p=0,042$), a escolaridade ($p=0,014$), o local de vigilância da gravidez ($p=0,020$) influenciam as expectativas e satisfação das mulheres. A Percepção da actuação perante a dor tem poder preditivo sobre as expectativas da mulher, a percepção e actuação perante a dor, importância do apoio sociofamiliar e importância da atenção ao pós-parto/alta tem poder preditivo na satisfação das mulheres.

Conclusão: Conhecer as expectativas, a satisfação da mulher perante as práticas obstétricas, permite aos profissionais introduzir mudanças nas suas práticas e desenvolver estratégias na procura da excelência do cuidar. Verificou-se que quanto maior forem as expectativas mais elevada será a satisfação da mulher face aos cuidados recebidos durante o trabalho de parto e parto havendo necessidade de considerar as várias dimensões da preparação para o parto e parentalidade no plano de vigilância de gravidez.

Palavras-chave: Percepção, expectativas, satisfação, práticas obstétricas.

ABSTRAT

Background: The way women perceive obstetric practices varies according to a broad and diverse set of individual, socio-cultural, and situational factors. Knowing what the woman considers important regarding health care, what she expects, what she comes across with and what she feels, allows us to tailor the assistance provided to women's needs, improving the level of satisfaction and the quality of the care provided.

Aims: To identify the determinants of women's expectations and satisfaction during labour, delivery and postpartum. To determine the influence that socio-demographic and obstetric factors play in women's expectations and satisfaction during labour, delivery and postpartum. To determine whether the perception of women towards obstetric practices influence the expectations and satisfaction with labour, delivery and postpartum.

Methodology: A non-experimental, quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study with a non-probability convenience sample (n=104). Data collection was carried out through a questionnaire consisting of a socio-demographic and obstetric history component measured in two scales: Importance and Perception of Obstetric Practice and a Questionnaire regarding Labour Experience and Satisfaction. This data collection instrument was applied to the puerperae of the Obstetrics/Gynaecology service.

Results: The women's age ranged from 19 to 41 years old, 80,0% are married and 87,5% have a nuclear family, are primiparous (46,4%), have on average a gestational length of 38,63 weeks. 99% had a medically supervised pregnancy. It was found that age ($p=0,042$), the education level ($p=0,014$), the place where the pregnancy was medically supervised ($p=0,020$) influence women's expectations and satisfaction. The perception of action before the pain has a predictive power on women's expectations, the perception and performance before the pain, the importance of sociofamiliar support and need for attention concerning postpartum/discharge has a foretelling power in women's satisfaction.

Conclusion: Knowing women's expectations and satisfaction regarding obstetric practices allows professionals to make changes in their practices and develop strategies in order to achieve the excellence of care provision. It was found that the higher the women's expectations are, the higher is their satisfaction regarding the care received during labour and delivery. Thus, it is crucial to consider the various dimensions of labour and parenthood preparation in the pregnancy surveillance plan.

Keywords: Perceptions, expectations, satisfaction, obstetric practices.

ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

APEO – Associação portuguesa de enfermeiros obstetras

OE – Ordem dos Enfermeiros

TP- Trabalho de parto

P- Parto

PP- Pós-parto

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Rn – Recém-nascido

QESP- Questionário de experiência e satisfação com o parto

Cf. – Conforme

Consult. – Consultado

ed. – Edição

et al. - Entre outros

p – nível de significância

p. – página

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

Dp – Desvio padrão

EPE – Entidade Pública Empresarial

N.º – Número

n – Número de observações

OM – Ordenação Média

p – Nível de significância

r – Valor da correlação Pearson

R² – Coeficiente de determinação

SPSS – Statistical Package for Social Science

t – *t de student*

UMW – U-Mann-Whitney

KW – Kruskal wallis

\bar{X} – Média

X² – Qui-Quadrado

K – Kurtosis (achatamento)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Sérgio pelo amor, carinho, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que me transmite nos momentos mais difíceis... por me mostrar que sou capaz e por estar sempre presente.

Ao meu filho Bernardo por aquele sorriso lindo e carinho que tem para comigo e me faz sentir tão bem.

À minha querida mãe por todo o apoio que me deu ao longo destes dois anos, pois sem ti isto não teria sido possível.

AGRADECIMENTO

À minha família por estar presente nos momentos mais difíceis e pelo apoio dado ao longo de todo este percurso;

À Professora Doutora Manuela Ferreira e ao Professor Doutor João Duarte por toda a colaboração e disponibilidade sempre demonstrada;

A todas as puérperas que preencheram os questionários e possibilitaram a concretização deste trabalho;

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira – EPE;

Aos colegas que colaboraram na entrega e recolha dos questionários;

Finalmente, a todos os amigos e colegas que me apoiaram ao longo desta caminhada.

A todos aqui referidos um bem-haja.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INDICE | 13 |
| INDICE DE TABELAS | 15 |
| ÍNDICE QUADROS | 19 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 21 |
| 1 INTRODUÇÃO | 25 |
| 2 TRABALHO DE PARTO E PARTO..... | 33 |
| 2.1 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO | 33 |
| 2.2 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO..... | 34 |
| 2.3 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO | 42 |
| 2.4 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO TERCEIRO ESTÁDIO E QUARTO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO | 43 |
| 3 EXPECTATIVAS, PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM OS CUIDADOS RECEBIDOS | 47 |
| 4 METODOLOGIA..... | 55 |
| 4.1 MÉTODOS | 55 |
| 4.2 PARTICIPANTES | 58 |
| 4.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra..... | 58 |
| 4.3 INSTRUMENTOS | 62 |
| 4.3.1 Questionário..... | 62 |
| 4.3.2 Escalas..... | 63 |
| 4.3.3 - Estudo psicométrico para o presente estudo..... | 64 |
| 4.4 PROCEDIMENTOS | 67 |
| 4.5 ANÁLISE DE DADOS | 67 |
| 5 RESULTADOS | 73 |
| 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA | 73 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 5.1.1 | <i>Caracterização dos antecedentes obstétricos e história obstétrica atual</i> | 73 |
| 5.2 | ANÁLISE INFERENCIAL | 93 |
| 6 | DISCUSSÃO | 129 |
| 6.1 | DISCUSSÃO METODOLÓGICA | 129 |
| 6.2 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 130 |
| 7 | CONCLUSÃO E SUGESTÕES DO ESTUDO | 145 |
| 8 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 151 |

APÊNDICES

APÊNDICE I - CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE PROFISSÕES DO INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO APLICADO

APÊNDICE III - AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO

ANEXO I - CLASSIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL DO GUIA DA OMS

INDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Estatística relativa à variável idade ----- | 59 |
| Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra ----- | 60 |
| Tabela 3– Profissão ----- | 61 |
| Tabela 4- Situação profissional ----- | 61 |
| Tabela 5 - Residência ----- | 62 |
| Tabela 6 – QESP: consistência interna (estudo dos itens)----- | 66 |
| Tabela 7 – Estatística relativa à variável número de gestações anteriores e a idade ----- | 74 |
| Tabela 8 – Número de gestações anteriores e idade ----- | 74 |
| Tabela 9 – Estatística relativa à variável número de filhos vivos e a idade ----- | 75 |
| Tabela 10 – Número de filhos vivos e idade----- | 75 |
| Tabela 11 – Planeamento da gravidez e idade ----- | 76 |
| Tabela 12 – Estatística relativa à variável número de semanas de gravidez e idade ----- | 76 |
| Tabela 13– Número de semanas de gravidez e idade----- | 77 |
| Tabela 14 - Vigilância da gravidez e idade----- | 77 |
| Tabela 15 - Local de vigilância da gravidez e idade ----- | 78 |
| Tabela 16 – Patologia da gravidez e a idade----- | 78 |
| Tabela 17 – Estatística relativa à importância dos cuidados prestados, da actuação perante a dor, do apoio sociofamiliar, da atenção ao bem-estar e do pós-parto/alta ----- | 79 |
| Tabela 18 – Estatística relativa à percepção dos cuidados prestados, da actuação perante a dor, do apoio sociofamiliar, da atenção ao bem-estar e do pós-parto/alta----- | 80 |
| Tabela 19 – T-student para amostras emparelhadas entre importância e percepção das práticas obstétricas----- | 81 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 20 – Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> entre a importância e percepção das subescalas (cuidados prestados, actuação perante a dor, apoio sócio-familiar, atenção ao bem-estar, atenção ao pós-parto/alta) ----- | 81 |
| Tabela 21 – Uso de analgesia epidural e a idade----- | 82 |
| Tabela 22 – Uso de analgesia epidural com consentimento informado e a idade ----- | 82 |
| Tabela 23 – Intervenções de rotina e informação prévia----- | 83 |
| Tabela 24 – Estatística relativa à expectativas do trabalho de parto, parto, pós-parto ----- | 84 |
| Tabela 25 – Estatística relativa à satisfação do trabalho de parto, parto, pós-parto ----- | 85 |
| Tabela 26 – Relação entre expectativas e satisfação das mulheres com o parto----- | 85 |
| Tabela 27 – Distribuição das mulheres segundo o grupo etário, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 86 |
| Tabela 28 – Distribuição das mulheres segundo o estado civil, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 87 |
| Tabela 29 – Distribuição das mulheres segundo a coabitação, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 87 |
| Tabela 30 – Distribuição das mulheres segundo a escolaridade, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 88 |
| Tabela 31 – Distribuição das mulheres segundo a situação profissional, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 89 |
| Tabela 32 – Distribuição das mulheres segundo a gravidez planeada, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 90 |
| Tabela 33 – Distribuição das grávidas segundo o número de semanas de gravidez, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 91 |
| Tabela 34 – Distribuição das mulheres segundo o local de vigilância de gravidez, a expectativa e a satisfação com o parto ----- | 92 |
| Tabela 35 – T-student para amostras emparelhadas entre expectativa e satisfação do trabalho de parto, parto, pós-parto----- | 92 |
| Tabela 36 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a expectativa e satisfação com o trabalho de parto, parto, pós-parto e totais ----- | 93 |
| Tabela 37 - Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a expectativa, satisfação e as variáveis independentes ----- | 113 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 38– Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a expectativa do trabalho de parto, satisfação do trabalho de parto e as variáveis independentes ----- | 116 |
| Tabela 39 - Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a expectativa do parto, satisfação do parto e as variáveis independentes ----- | 120 |
| Tabela 40 – Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a expectativa, satisfação do pós- parto e as variáveis independentes ----- | 123 |

ÍNDICE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Identificação das subescalas da escala Importância e Percepção das Práticas Obstétricas com os respetivos itens ----- | 63 |
| Quadro 2 - Teste de UMW entre a idade e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres ----- | 94 |
| Quadro 3 - Teste de UMW entre o estado civil e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres ----- | 96 |
| Quadro 4 - Teste de UMW entre a coabitação e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres ----- | 97 |
| Quadro 5 - t-student da importância e percepção das práticas obstétricas em função da escolaridade ----- | 98 |
| Quadro 6 - Teste de UMW entre a situação profissional e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres ----- | 99 |
| Quadro 7 - Teste de UMW entre o número de gestações anteriores e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres ----- | 101 |
| Quadro 8 - Teste de UMW entre gravidez planeada e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres ----- | 102 |
| Quadro 9 - Teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres ----- | 103 |
| Quadro 10 - Teste de UMW entre a idade, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP ----- | 105 |
| Quadro 11 - Teste de UMW entre o estado civil, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP ----- | 106 |
| Quadro 12 - Teste de UMW entre a coabitação, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP ----- | 107 |
| Quadro 13 - t-student das expectativas e satisfação em função da escolaridade ----- | 108 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 14 - Teste de UMW entre a situação profissional, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP----- | 109 |
| Quadro 15 - Teste de UMW entre o número de gestações anteriores, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP----- | 110 |
| Quadro 16 - Teste de UMW entre gravidez planeada, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP----- | 111 |
| Quadro 17 - Teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP----- | 112 |
| Quadro 18 - Regressão múltipla entre a expectativa total e as variáveis independentes --- | 114 |
| Quadro 19 - Regressão múltipla entre a satisfação total e as variáveis independentes----- | 115 |
| Quadro 20 - Regressão múltipla entre a expectativa do trabalho de parto e as variáveis independentes ----- | 118 |
| Quadro 21– Regressão múltipla entre a Satisfação do trabalho de parto e as variáveis independentes ----- | 119 |
| Quadro 22 - Regressão múltipla entre a expectativa do parto e as variáveis independentes ----- | 121 |
| Quadro 23 - Regressão múltipla entre a satisfação do parto e as variáveis independentes | 122 |
| Quadro 24 – Regressão múltipla entre a expectativa do pós-parto e as variáveis independentes ----- | 124 |
| Quadro 25 – Regressão múltipla entre a satisfação do pós-parto e as variáveis independentes ----- | 126 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Desenho de investigação..... | 57 |
|---|----|

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento marcante na vida de um(a) mulher/casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo, daí que o seu modelo de assistência tenha evoluído, ao longo dos tempos, com o objetivo de melhorar a saúde perinatal (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2009).

Na atualidade, apesar da relevância dada ao conhecimento baseado na evidência científica, ainda existem costumes e preconceitos que influenciam e condicionam a mudança de conduta dos profissionais de saúde no parto. No entanto, muitas mulheres sentem que os seus receios e medos não são atendidos e respeitados, por isso começam a procurar outras formas de parir, exigindo mais autonomia e responsabilidade no momento do nascimento.

O nascimento é historicamente um evento natural, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre as mulheres e os seus familiares (Velho, Oliveira & Santos, 2010). Desde os primórdios, a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois maioritariamente as parteiras realizavam essa prática no domicílio (Moura *et al.*, 2007). Entretanto, no final do século XVI, com a aceitação da obstetrícia como disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, ocorre o declínio da profissão de parteira.

A partir da década de 40 do século XX, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e parto, principalmente, para as gestantes de baixo risco, o que tem contribuído para o aumento de procedimentos invasivos e intervencionistas, muitas vezes de forma desnecessária e sem participação da mulher e da família (Moura *et al.*, 2007; Lobo *et al.*, 2010).

Desta forma, o parto como um processo natural, privativo, familiar e feminino, passou a ser vivenciado em instituições de saúde com a presença de vários profissionais a orientar este processo. Este facto favoreceu a submissão da mulher que deixou de ter um papel activo no parto, o que tem sido uma fonte de insatisfação para estas (Velho, Oliveira e Santos, 2010 e Lobo [*et al.*] 2010).

Confirmam ainda Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais (2003) que no que se refere ao parto, frequentemente a mulher não vê confirmadas as suas expectativas prévias, tem poucos conhecimentos e pouca preparação; sente-se excluída das decisões médicas, experimenta um elevado número de emoções negativas, assim como níveis elevados de dor, está preocupada com o estado de saúde do bebé e aprecia o apoio do companheiro.

Nos últimos anos, diversos estudos sobre o emprego mínimo de intervenção no parto em mulheres de baixo risco, em comparação ao cuidado tradicional (intervencionista), verificaram resultados maternos e perinatais favoráveis (Schneck, Riesco, 2006).

Perante esta problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas com o parto normal, preconizando como objetivo da assistência ao parto, que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário (Patah & Malik, 2011).

Como afirmam Velho, Oliveira & Santos (2010), as recomendações da OMS para o atendimento ao parto normal estimulam a valorização da fisiologia do parto, o respeito dos direitos de cidadania e incentivam uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas. Além disso, a OMS defende que é a enfermeira obstetra a que desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestante e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações (OMS, 1996).

É neste contexto que surge a pertinência do estudo “ Determinantes das expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto”.

A motivação para este estudo surge, então, como resultado das nossas inquietações pessoais, perante um tema atual e também porque exerço funções como enfermeira neste serviço. Ao conhecer esses resultados é objectivo divulgá-los para que no futuro possamos agir no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, delineámos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita.

Assim, como objetivo geral pretendemos com esta investigação *identificar as determinantes das expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto*.

Após delinear o objetivo geral surgiram os objetivos específicos:

- Determinar a influência de factores sociodemográficos e obstétricos nas expectativas e satisfação da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto.

- Descrever a relação entre as expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

- Determinar se a percepção da mulher face às práticas obstétricas influenciam as expectativas e satisfação com o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Para o desenvolvimento da temática realizámos um estudo do tipo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes fundamentais: a primeira parte corresponde à fundamentação teórica, cuja finalidade consistiu na familiaridade com o conhecimento actualizado da bibliografia existente, tendo sempre atenção a procura de fontes primárias. Deste modo consideramos pertinente refletir no capítulo 2, sobre as práticas obstétricas durante os quatro estádios do trabalho de parto. De seguida no capítulo 3 analisamos as expectativas, percepção e satisfação da mulher com os cuidados recebidos, onde se faz referência aos diversos factores que podem influenciar estes conceitos.

Na segunda parte encontra-se descrita toda a investigação empírica, esta subdivide-se em 4 capítulos, sendo o primeiro referente às considerações metodológicas, onde são apresentados os objetivos, as questões de investigação e a conceptualização do estudo, bem como os participantes e a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos realizados e a análise dos dados prevista. No seguinte capítulo é feita a apresentação e análise dos resultados e dentro desta, a análise descritiva e análise inferencial. A discussão dos resultados foi realizada no terceiro capítulo e no último terminamos com as conclusões e sugestões do estudo.

Finalmente serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas, assim como os apêndices que incluem o instrumento de colheita de dados utilizado na investigação e a autorização da instituição hospitalar necessária à sua aplicação.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

TRABALHO DE PARTO E PARTO

2 TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto domiciliar não-intervencionista por longo tempo foi prática comum, considerada normal na sociedade. E só a partir do século XX, a medicina transformou o parto, que é um evento fisiológico, em um evento patológico, que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico, predominando a assistência hospitalar ao parto, tornando-o, a partir daí, institucionalizado.

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), o trabalho de parto é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero através do canal de parto.

O início do verdadeiro trabalho de parto não pode ser atribuído a uma única causa, estando envolvidos muitos fatores, incluindo alterações no útero, colo e hipófise materna.

2.1 ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), o **primeiro estágio** do trabalho de parto inicia-se com as primeiras contracções regulares e termina quando o colo se encontra com a dilatação completa. Este estágio é o mais longo e divide-se em três fases: fase latente, fase ativa e fase de transição.

O **segundo estágio** do trabalho de parto decorre desde da dilatação completa até a expulsão do feto. Tem uma duração média de 20 minutos nas múltiparas e 50 minutos nas nulíparas.

O **terceiro estágio** do trabalho de parto decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta. Por último, o **quarto estágio** do trabalho de parto dura em média duas horas após a expulsão da placenta. É o período de recuperação imediata em que a homeostase se restabelece. Constitui um período de observação importante, de forma a identificar complicações.

2.2 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

A enfermagem obstétrica é uma das especialidades mais envolventes da enfermagem. Nada é mais maravilhoso do que a formação de uma nova vida humana. Assistir a mulher e sua família durante esse processo, ensinando-a, orientando-a, integra a enfermeira a essa incrível experiência. (Bobak citado por Freitas, 1997, p.127).

Afirma ainda que, é necessário considerar cada parto e cada nascimento como episódios únicos na vida de uma mulher e de uma criança. Constituem experiências de extrema importância, que ficarão registadas na intimidade do seu ser.

Após ter sido feito o diagnóstico de trabalho de parto é realizada a admissão da grávida no bloco de partos.

Para Freitas (1997) a assistência prestada pela enfermeira será adequada às condições da mulher, do feto e à evolução do trabalho de parto.

Na recepção da grávida, a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) realizará o histórico de enfermagem, a entrevista, que nesta etapa, tem como objectivo obter informações sobre a aceitação da gravidez pela mulher e família, realização de consultas de vigilância pré-natal, conhecimento da grávida sobre fisiologia e conduta no trabalho de parto e parto, experiências e expectativas em relação ao parto e ao recém-nascido, preocupações, medos, queixas.

Faz ainda parte do acolhimento orientar a grávida sobre as rotinas do serviço, tentando ambientá-la tanto quanto possível.

Para Tedesco (2000), o acolhimento deve ser feito com dignidade e respeito, no sentido de compreender a grandeza do momento e tornar o acolhimento afectivo à grávida.

Segundo Lukas (1983), o parto com harmonia inicia com o momento do acolhimento da parturiente na maternidade. A maioria quando entra no hospital sente medo e estranheza. O primeiro encontro entre a grávida e a EESMO é de extrema importância, como já foi referido anteriormente, pois este momento determina a simpatia ou antipatia da grávida face à enfermeira.

Se a enfermeira não consegue dissolver esta má impressão através da atenção redobrada, devolvendo à mulher o seu sentimento de segurança e aconchego, a parturiente sentirá medo e angústia com o aumento das contracções.

O ambiente físico em que a mulher se encontra durante a dilatação e o parto influenciam a sua evolução.

Durante o parto, é habitual que a mulher experimente emoções como excitação, ansiedade, medo da dor, entre outras. Segundo APEO (2009), se as mulheres se sentem stressadas pelo ambiente que as rodeia, o parto pode prolongar-se devido a uma redução da contractilidade uterina. Por isso, cuidar do ambiente em que se encontra a parturiente, assim como das suas necessidades individuais, pode contribuir para que o parto se desenvolva de um modo mais satisfatório para a mulher.

Segundo Frello, Ariane & Carraro, Telma Elisa (2010), conceder a oportunidade de escolher a sala de parto valoriza a mulher e transmite confiança, ao perceber a importância do seu envolvimento e de sua família em todos os momentos que antecedem o nascimento de seu filho. Quando a presença e opinião das mulheres são valorizadas através da liberdade de escolha, de ser colocada em contacto com todos os acontecimentos inerentes ao parto e de conhecer o ambiente de pré-parto e parto antecipadamente, seu poder vital é fortalecido e sentimentos negativos, como ansiedade, medo do desconhecido, são amenizados. Afirmam ainda que, a limpeza e ventilação do ambiente são valorizadas pelas parturientes.

São diversos os factores que influenciam o ambiente e, conseqüentemente, a evolução do parto, tais como: os ruídos sonoros, gritos e queixas das parturientes; a temperatura do ambiente, muito fria ou quente; o isolamento da sala de pré-parto, que pode dificultar a chamada por ajuda; a falta de privacidade; a condição das camas; a higiene do ambiente; a possibilidade de realizar actividades de relaxamento; entre outras. Enfim, são vários detalhes que os profissionais podem não considerar, até por estarem tão habituados com essa rotina, com essa exposição das mulheres, que essas questões deixam de ser percebidas e valorizadas pelos mesmos. Não atentam para a exposição da intimidade da mulher nesses momentos singulares do parto, naquele ambiente. Nesse sentido, torna-se fundamental o estar e sentir com essa mulher, e abrir-se para as mudanças que são necessárias para um parto em ambiente envolto por cuidado e conforto (Frello & Carraro, 2010).

O EESMO deve ter em conta em todas as fases do trabalho de parto a influencia do ambiente na evolução deste, como demonstram os autores acima referidos.

Após a parturiente estar instalada na sua sala de partos existem actividades realizadas pelo EESMO que devem ser tidas em conta.

A OMS (1996) classifica as recomendações sobre as práticas relacionadas com o parto normal em quatro categorias (ANEXO I):

- Categoria A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- Categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Categoria C – Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- Categoria D – Práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Apesar da existência destas recomendações, observamos actualmente nas maternidades do país que determinadas práticas realizadas de forma sistemática são desnecessárias e inclusive desaconselháveis, mas ao mesmo tempo muito difíceis de desenraizar (Arias, Betty 2011).

Assim sendo, uma adequada evolução do TP, como defende a OMS (1996), passa por um adequado diagnóstico da fase do TP em que se encontra a parturiente; um diagnóstico incorrecto do TP pode conduzir a estados de ansiedade e intervenções desnecessárias. Registrar a evolução do TP, a dinâmica uterina, a frequência cardíaca fetal, os sinais vitais maternos, estado da bolsa amniótica e a cor do líquido no partograma (prática incluída na categoria A) é essencial e permitirá uma avaliação objetiva sobre o desenvolvimento deste, onde a tomada de decisões baseada em dados objetivos será mais eficaz (Rocha, 2005; Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009 citado por Arias 2011).

Confirmam Rocha, Oliveira [*et al.*] que o partograma consiste na representação gráfica do trabalho de parto e pode ser considerado um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação, em relação ao tempo. É um instrumento de comunicação que facilita tomar conhecimento imediato da evolução do trabalho de parto.

Também é importante registar as actividades assistenciais, educativas e de informação que se realizam à mulher no partograma e no processo clínico (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

É importante efectuar uma avaliação periódica dos sinais vitais da parturiente, recomenda-se uma periodicidade de quatro horas, uma vez que a alteração de qualquer destes sinais pode indicar uma alteração no trabalho de parto. Um aumento da temperatura pode estar relacionado com um quadro febril por infecção ou um sinal de desidratação. Uma variação da pressão arterial é um sinal importante do estado materno, dado que pode predizer um estado de pré-eclâmpsia ou uma hipotensão. A frequência cardíaca materna

informa-nos sobre o seu estado físico e emocional. Também é importante avaliar o estado de desidratação da mulher (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

A avaliação da progressão do parto, tradicionalmente, é feita através do toque vaginal. Este tem sido o método mais utilizado, embora existam outros métodos menos invasivos e válidos.

Segundo a OMS, o número de toques vaginais deve limitar-se ao estritamente necessário durante o primeiro período de parto, geralmente um a cada quatro horas. Esta recomendação de um intervalo de quatro horas é suportada pelas linhas de alerta e acção que a própria OMS definiu para o uso do partograma. (prática incluída na categoria D). A Ordem dos Enfermeiros (OE) também defende que o número de toques repetidos deve ser evitado.

Através do toque vaginal obtém-se seis indicadores para avaliar a progressão do parto: posição, consistência, extinção e dilatação do colo uterino, descida e rotação da cabeça fetal (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

De acordo com Goldman (2002), o número ideal de toques vaginais durante o processo de parto deve ser realizado o menor número de vezes possíveis, pois existem relatos em que o excessivo manuseio, está relacionado com a contaminação da cavidade uterina.

Por outro lado, a parturiente deve ser orientada e preparada para a realização do exame, providenciando material apropriado, colocando-a em posição confortável e cobrindo-a. Oferecendo-lhe apoio necessário (Branden, 2000).

Assim sendo, antes de realizar qualquer manobra ou técnica tem que se informar a parturiente, de forma correcta, solicitando o seu consentimento e a sua colaboração. No caso do toque vaginal ensinar a relaxar, uma vez que este pode ser desagradável e doloroso numa parturiente ansiosa e assustada.

Por tudo isto, deveria fomentar-se a utilização de outras técnicas menos invasivas para avaliar a evolução do parto, tais como: a palpação abdominal, a interpretação do comportamento e dos sons maternos (alterações na expressão facial, palavras e acções, respirações forçadas, sons intensos), (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

Nesta fase também deve ter-se em conta a nutrição e hidratação da parturiente. Apesar destas recomendações, verificamos que ainda existe uma elevada restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto (prática incluída na categoria D), esta proibição parece não ter justificação na gravidez de baixo risco. Para APEO (2009, p.53)

“não existe evidência científica que justifique o jejum das mulheres em trabalho de parto pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico”. O Síndrome de Mendelson (risco de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral), ainda que exista, não está demonstrado que o jejum garanta o completo esvaziamento gástrico (Caravaca *et al.*, 2009; Singata, Tranmer, Gyte, 2010).

Uma mulher em trabalho de parto refere não sentir muita necessidade de comer, mas sim de ingestão de líquidos (OMS, 1996). A OE também partilha a mesma opinião, referindo que deve ser oferecido à parturiente líquidos claros a gosto durante o trabalho de parto.

Resumindo, existe suficiente evidência científica para afirmar que a mulher, deseje ou não um parto normal, queira ou não analgesia epidural, pode e deve ser incentivada a manter uma boa hidratação e/ou nutrição durante o trabalho de parto sem riscos aumentados, sempre e quando se trate de uma gravidez de baixo risco (Caravaca *et al.*, 2009; Singata, Tranmer, Gyte, 2010; cit. por Arias, 2011).

Inerente a esta restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, está a necessidade de uma infusão intravenosa de rotina (prática incluída na categoria B), a qual não tem benefícios comprovados, como refere a *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* (Correia, 2010; cit. por Arias, 2011).

Segundo a OMS (1996), o uso excessivo de soluções intravenosas sem sódio pode conduzir à hiponatremia materna e conseqüentemente do recém-nascido.

Relativamente ao uso rotineiro de enemas e de tricotomia (práticas incluídas na categoria B), Porto, Amorim e Souza (2010), numa revisão de literatura, encontraram evidências científicas de que estas práticas não trazem nenhum benefício para a evolução do trabalho de parto e a sua realização muitas vezes provoca desconforto e constrangimento à mulher e torna-se mais fácil manter a assepsia se as fezes forem sólidas, caso a mulher evacue no momento do parto, o que deve ser encarado com discrição pelo profissional que está a partejar.

Em relação à tricotomia, realizada por acreditar-se que reduz o risco de infecção nos casos em que houvesse laceração ou episiotomia e que facilita a realização da sutura, também não alcançou comprovação mediante revisão sistemática realizada pelos autores acima citados, e não houve evidências que recomendem sua utilização. Pelo contrário, pode gerar maior risco de infecção devido aos micro cortes resultantes da raspagem e incómodo quando os pelos voltam a crescer.

Tanto o enema como a tricotomia são dois procedimentos que só deveriam realizar-se a pedido da parturiente.

Defende a OE que estes dois procedimentos acima referidos não devem ser utilizados de forma rotineira.

A amniotomia, prática realizada no primeiro estágio do trabalho de parto na qual não existe evidência científica suficiente para apoiar tal prática (prática incluída na categoria C), é o rompimento das membranas fetais, que geralmente rompe-se espontaneamente durante o trabalho de parto. Em muitas maternidades é rotina romper precocemente as membranas com o intuito de acelerar o trabalho de parto, porém, os estudos não concluíram efeitos favoráveis ou não para este procedimento, sendo este apenas mais uma invasão no corpo da mulher. Esta intervenção justifica-se como auxiliar no diagnóstico de sofrimento fetal, através da observação das características do líquido amniótico. Segundo a OMS deveria haver um motivo válido para intervir com o momento espontâneo de ruptura das membranas (Silva *et al.* 2006).

Segundo APEO (2009), perante a suspeita de um parto de evolução lenta, antes de recorrer a intervenções invasivas para favorecer a progressão do parto, devem utilizar-se medidas não invasivas, como mudanças de posição, mobilização e deambulação. No caso destas medidas não serem eficazes pode-se recorrer a amniotomia. A decisão deve tomar-se depois de informar a parturiente e obter o seu consentimento informado. Esta intervenção que não faz parte do parto fisiológico tem que ser reservada para as mulheres com uma progressão anormal do parto. Esta prática está associada a uma redução da duração do parto entre 60 a 120 minutos, especialmente nas nulíparas. Está associada também com o aumento das cesarianas e alterações do registo cardiotocográfico.

Ainda neste estágio do trabalho de parto devemos ter em conta as posições a adoptar durante a dilatação. Cabe ao enfermeiro possibilitar essa liberdade de movimentos.

Poder mover-se livremente durante o processo de parto ajuda a mulher a lidar com a sensação dolorosa (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009). Também a OE defende que o enfermeiro deve possibilitar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical.

Apesar das evidências concretas, das vantagens da postura erecta e da mobilidade materna durante o trabalho de parto e parto, as ideias preconcebidas e os costumes continuam a prevalecer, com predomínio da posição dorsal, independentemente do desejo da parturiente (Mamede *et al.* 2007).

Estudos têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o bebé quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebé através da

placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto, e a dor é menor (Mamede *et al.* 2007).

Para a APEO (2009) existem várias posições que podem ser adoptadas durante o trabalho de parto tais como: a **posição de supina** (prática incluída na categoria B) está contra-indicada no trabalho de parto, a **posição de decúbito lateral** seria a posição óptima para a mulher que tem contracções fortes e deseja descansar. A **posição vertical** na primeira fase do parto é definida pelos estudos como qualquer posição que evite estar deitada (pode incluir a deambulação). A **posição de sentada** podem utilizar-se bolas específicas para o parto. A **posição de pé** apoiada com as mãos na parede, pernas separadas, oscilando e girando as ancas durante as contracções. A **posição de joelhos** posição que permite abrir a pélvis e libertar a tensão lombar. A **posição de quadrúpede ou de gatas** é útil quando a dor é na zona lombar, a massagem, a contrapressão e o calor aliviam muito.

Assim sendo, Gupta, Hofmeyer, 2008 afirmam que as posições verticais com ou sem ajuda de uma cadeira de parto ou do acompanhante, implicam menores alterações no padrão da frequência cardíaca fetal; encurtam o tempo da primeira fase do trabalho de parto e da duração do período expulsivo; são mais favoráveis para a descida da apresentação fetal; facilitam os esforços expulsivos espontâneos; diminuem o cansaço da parturiente que ao mesmo tempo sente menos dor e necessita menos analgesia epidural; reduzem o uso de episiotomias e permitem uma ligeira diminuição de partos instrumentados.

Em suma, existe a possibilidade de adoptar diversas posições, cada uma delas com vantagens e inconvenientes, o mais importante é o enfermeiro especialista deixar a parturiente escolher a posição mais cómoda para ela, permitindo-lhe tomar uma decisão informada, conhecendo as implicações de cada uma delas.

Cabe também ao enfermeiro especialista durante o trabalho de parto a avaliação do bem-estar fetal. O uso de monitorização contínua (prática incluída na categoria D) tem obrigado as parturientes a permanecer durante horas na cama, geralmente em decúbito lateral esquerdo ou direito. Do qual diversos estudos observacionais indicam que uma posição supina durante o trabalho de parto pode ter efeitos fisiológicos adversos para a mãe e o recém-nascido (Lawrence *et al.*, 2009).

APEO (2009) afirma que a monitorização contínua durante todo o processo de trabalho de parto face à intermitente, não apresenta benefícios significativos mas aumenta o número de intervenções obstétricas e de cesarianas.

Assim sendo, a auscultação intermitente é aconselhável as parturientes consideradas de baixo risco (prática incluída na categoria A).

Nesta fase da dilatação, onde as contracções já são dolorosas e difíceis de suportar, deve o enfermeiro especialista aliviar a dor da parturiente, pois assim conseguirá aumentar o bem-estar físico e emocional da mulher.

Graça (2005) afirma que não há nenhuma evidência que prove que a dor de parto seja benéfica para a grávida ou para o feto. Pelo contrário, o stress, a ansiedade e a dor produzem através de reflexos medulares, alterações na homeostasia materna e provocam efeitos prejudiciais sobre a parturiente e o feto, assim como afectam a normal evolução do parto.

Sendo a analgesia epidural o método de eleição para alívio da dor, existem outras formas não farmacológicas que podem ser utilizadas nas mulheres que recusam a analgesia epidural ou que esteja contra-indicada (práticas incluídas na categoria A e C). São estes métodos os seguintes: técnicas de relaxamento, de distração, de respiração, musicoterapia, aromaterapia, hidroterapia, estimulação nervosa eléctrica transcutânea, acupunctura, massagem (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

A OE afirma que devem ser facultadas medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os seus benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A APEO (2009) afirma ainda que os efeitos do apoio contínuo à mulher durante o parto diminuem a necessidade de analgésicos e ficaram mais satisfeitas com a experiência. Também a OMS (1996) está de acordo que o fornecimento de informações tranquilizadoras e quanto mais informada estiver a parturiente e o acompanhante, menor será o medo do desconhecido e melhor será a sua preparação psicológica. Para isso é necessário pessoal sensibilizado e com formação sobre terapias complementares para o alívio da dor.

Nesta fase do trabalho de parto o acompanhante tem um papel activo e importante do qual não deve ser menosprezado. Mais uma vez, cabe ao EESMO incentivar a presença deste e torná-lo participativo e activo no trabalho de parto da mulher (prática incluída na categoria A). Defende a OE que deve ser facilitado o apoio contínuo do acompanhante durante o trabalho de parto e o acompanhante.

Nakano [*et.al*] (2007) afirmam que com a institucionalização do parto as mulheres deixaram de parir nos seus lares e longe dos familiares. As práticas instituídas baseadas em normas e rotinas tornaram as mulheres passivas e impossibilitaram a presença de pessoas do seu convívio social para apoiá-las. A institucionalização do parto foi determinante para afastar a família do processo de nascimento, atendendo às necessidades dos profissionais de saúde em detrimento das parturientes. Estudos têm provado que o apoio contínuo durante o trabalho de parto beneficia a parturiente e contribui para redução das taxas de

cesariana, da duração do trabalho de parto, incentiva o aleitamento materno e a mulher desenvolve uma percepção positiva sobre esses eventos.

Também partilham da mesma opinião Nascimento [et.al] (2010) de que quando o profissional integra um membro da família escolhido pela mulher, principalmente o pai do bebê, durante o trabalho de parto, está a contribuir para a parturiente se sentir mais confiante. Portanto, o acompanhante proporciona à mulher maior segurança e conforto durante o trabalho de parto e parto. Esta prática baseia-se em evidências científicas.

2.3 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO SEGUNDO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

Chegando ao período expulsivo, fase final do segundo estágio, verificamos que na maioria das situações as mulheres são incentivadas a realizar puxos de forma contínua e mantida (puxos em Manobra de Vasalva) (prática incluída na categoria B). Outra alternativa consiste em deixar a mulher puxar livremente quando necessite. Estas duas práticas têm sido avaliadas em diferentes estudos. Uma revisão da literatura realizada por Álvarez-Burón e Arnedillo-Sánchez (2010) cit. por Arias (2011), demonstra que o puxo dirigido com a manobra de vasalva diminui a duração da segunda etapa do parto, mas ao mesmo tempo compromete o intercâmbio gasoso materno-fetal, com descidas do pH médio da artéria umbilical e índices de apgar mais baixos ao primeiro e quinto minuto de vida. Estes autores referem também que a prática rotineira do puxo dirigido pode ter efeitos prejudiciais na integridade do pavilhão pélvico já que se relaciona com o aparecimento de incontinência urinária e fecal aos três meses após o parto. Por esse motivo, os puxos espontâneos e livres parecem ser melhores.

Segundo a APEO (2009), o EESMO deve ter experiência em realizar partos em diferentes posições e devem orientar a mulher sobre a posição em que esta se sinta mais confortável.

No que se refere ao uso sistemático de episiotomia (prática incluída na categoria D), Carvalho [et al.] (2010) afirma que após a realização de vários estudos a realização rotineira não protege o assoalho pélvico, sendo causa de maior dor, sangramento e complicações intra e pós-operatórias. Baseando-se nesses resultados afirma que, não há justificativa para a manutenção da realização da episiotomia de forma rotineira.

Pitangui [et.al] (2009) também confirmam que não existem evidências científicas que digam que a episiotomia previne lesões dos tecidos do canal de parto, favorecendo a descida e a liberação do feto, evitando assim o sofrimento fetal e complicações na cicatrização.

A OE também defende que a episiotomia também não deve ser utilizada como uma técnica de rotina. Assim, Arias (2011) diz que os profissionais devem vencer os seus receios e obter uma maior aprendizagem e confiança no corpo da mulher.

Nesta fase ainda poderemos abordar o tema do contacto pele a pele (prática incluída na categoria A), entre mãe e filho, que tem sido objecto de trabalhos científicos que comprovam os benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a mãe como para o recém-nascido. A mesma deve ser estimulada desde os primeiros minutos de vida, desde que não coloque em risco nem o bebé nem a mãe, necessita ser respeitado na sua individualidade e magia, que envolve o binómio mãe-filho neste momento.

Para Matos [et.al] (2010), o contacto pele a pele mãe-filho deve iniciar-se imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. O contacto pele a pele acalma o bebé e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento, auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o stress do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebé aquecido pela transmissão do calor da sua mãe.

Também defendido pela OE, não deve haver separação da mãe e recém-nascido para prestar cuidados de rotina a este último.

Várias pesquisas foram feitas acerca deste tema e os autores são unânimes em que o contacto pele a pele é uma experiência única para a mãe e recém-nascido e não tem riscos, claro que sempre realizados em condições favoráveis.

2.4 PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO TERCEIRO ESTÁDIO E QUARTO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

O terceiro estágio, como já foi referido anteriormente, é desde o nascimento até à expulsão da placenta e das membranas fetais.

A dequitação fisiológica pode considerar-se como um final lógico de um processo fisiológico. As mulheres que apresentam um processo de parto normal podem solicitar uma

atitude expectante se desejarem uma dequitação fisiológica, no entanto devem estar informadas dos possíveis riscos e benefícios de ambos os métodos.

Deverá facilitar-se um ambiente adequado para o primeiro contacto pele a pele, como já foi referido anteriormente, e para a libertação de ocitocina endógena poder, assim, obter o seu pico máximo, desta forma mãe e filho poderão beneficiar dos efeitos desta, tanto a nível fisiológico como relacional (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

O quarto estágio ocorre nas primeiras duas horas após o parto e é de grande risco materno, devido aos riscos hemorrágicos.

Nesta fase o EESMO deve estar atento as características das perdas sanguíneas, avaliar os sinais vitais, a involução uterina, eliminando o risco de atonia uterina, aos hematomas provocados pelas episiotomias, incentivar a amamentação precoce e alívio da dor, através de analgésicos ou utilizando medidas não farmacológicas como o uso de frio (gelo) (Fornazari, 2009).

Nestas duas horas após o parto, é necessária uma vigilância rigorosa da puérpera, que deve ser efectuada por pessoal treinado; a paciente deve manter-se em jejum e com uma via endovenosa patente. A puérpera pode apresentar tremores fisiológicos e sentir-se cansada, principalmente após partos prolongados e difíceis. O pulso e a tensão devem ser avaliados a cada 15 minutos na primeira hora. A hipotensão e a taquicardia podem indicar perdas hemáticas importantes. As perdas vaginais devem ser avaliadas e interpretadas em conjunto com o tamanho e consistência uterina, se este se encontrar mal contraído deve proceder-se a uma massagem uterina manual, seguida se necessário de perfusão de ocitocina. A diurese também deve ser vigiada nas primeiras horas, caso haja retenção urinária deve proceder-se ao esvaziamento vesical nas primeiras quatro horas. Também se deve ter em conta o períneo, no caso de episiotomia ou laceração, com o objetivo de identificar precocemente a eventual formação de um hematoma (Graça, 2005).

Várias pesquisas foram feitas acerca dos cuidados prestados pelo EESMO no quarto estágio do trabalho de parto e todos os autores e estudos apontam maior vigilância para o risco de hemorragia e início da amamentação.

CAPÍTULO II

EXPECTATIVAS, PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM OS CUIDADOS RECEBIDOS

3 EXPECTATIVAS, PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM OS CUIDADOS RECEBIDOS

Gravidez e parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes na importante transição do *status* de "mulher" para o de "mãe". Embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (Domingues, *et al.* 2004).

A gravidez e o parto são acontecimentos de vida de extrema importância, não só para a mulher como também para o homem. Durante o período gestacional, a mulher constrói expectativas relativas ao parto que, embora positivas quando se reportam ao apoio por parte dos significativos e dos profissionais de saúde, são menos positivas no que concerne às capacidades próprias para lidar com a situação e envolvem muitas vezes preocupação, ansiedade e medo (Costa *et.al* 2012).

Costa afirma ainda que de uma forma geral, a experiência de parto é percebida pela maioria das mulheres como sendo difícil, essencialmente por envolver elevados níveis de dor, ansiedade, perda de controlo, perda de noção de tempo e lugar e emocionalidade negativa. Apesar disso, a avaliação que as mulheres fazem acerca da sua experiência de parto depende, em parte, de factores demográficos, obstétricos e psicossociais como a idade, paridade, antecipação de parto, tipo de parto, participação activa da mulher nas decisões médicas, expectativas prévias, factores psicológicos, suporte de figuras significativas e atitudes dos profissionais de saúde.

Ronconi [*et al.*] (2010) também confirmam que o parto é um evento que traz muitas expectativas desde o início da gravidez, sendo que a experiência deste momento marca profundamente a vida delas, seja por sentimentos positivos ou negativos. A maioria das gestantes tem uma expectativa negativa com o parto, sendo o medo de sentir dor de grande relevância, e após a vivência do parto a referência à dor traz sentimentos e lembranças negativas em relação a este momento da maternidade

Conde [et al.] (2007) afirmam que três aspectos têm sido propostos como marcadores da percepção que as mulheres têm da sua experiência de parto: o controlo percebido, o suporte social e a dor. Analogamente, as vivências do trabalho de parto e parto são condicionadas por elementos associados ao contexto institucional onde decorre e as condições ambientais proporcionadas. Duarte [et al.] (2008) constataram que o turno e a hora a que ocorreu o parto, a rotatividade dos profissionais de saúde, a presença de muitas parturientes, o ruído e a luminosidade são factores que influenciam a experiência do trabalho de parto e parto.

Um estudo realizado por Domingues, Santos e Leal (2004) com o objetivo de analisar os factores que estiveram associados à satisfação das mulheres com a assistência ao parto normal, constatou que o sofrimento no parto, a má atenção da equipa de saúde, as complicações do bebé e o parto demorado e/ou difícil surgiram como questões principais na percepção negativa do parto. Pelo contrário, nos estudos realizados por Duarte [et al.] (2008) e Marin [et al.] (2009), cit. por Arias (2011), os cuidados de higiene recebidos, o alívio da dor, promoção da participação activa da mulher durante o seu trabalho de parto, o contacto imediato com o filho após o nascimento e o apoio prestado pelo companheiro parecem ser alguns dos factores que estão associados a uma vivência positiva do parto.

De igual modo, a satisfação das mulheres com o parto e nascimento do seu filho está intimamente ligada a diversos factores. Entre eles destacamos a cultura, as expectativas, as experiências, os conhecimentos sobre esse processo e, principalmente, a atenção e os cuidados recebidos no período do parto (LOPES [et al.], 2009, cit. por Arias, 2011).

Costa, Figueiredo e Pacheco (2003) referem que, no que diz respeito ao tipo de parto, os resultados mostram que a experiência da mulher é significativamente mais positiva quando o parto é eutócito em relação à cesariana, e é significativamente mais positiva quando decorre com analgesia epidural, quer no caso do parto eutócito, quer no caso da cesariana, do que quando decorre, respectivamente, sem analgesia ou com analgesia geral. Os resultados apontam para os benefícios da analgesia epidural em termos da menor intensidade de dor no parto, quando o parto é eutócito, bem como em termos da menor intensidade de dor no pós-parto, quando o parto é por cesariana, sendo que neste caso se verifica uma certa dificuldade da mãe gozar plenamente o primeiro contacto com o bebé.

Goberna Tricas [et al.] (2008), constataram após um estudo realizado, que todas as mulheres querem sentir-se protagonistas do seu parto, confiando plenamente na competência dos profissionais, sentindo-se mais seguras com a presença dos mesmos, mas apelam a uma maior presença das qualidades pessoais como o afecto e um trato diferente.

Ao terminar esta revisão bibliográfica, concluímos que as condições e cuidados prestados estão intimamente relacionados com a experiência e satisfação com o parto, e nesse sentido, deve-se estimular a formação de uma aliança de confiança e de interesses entre as parturientes e a equipa de profissionais, com o objetivo final comum de propiciar uma experiência de parto mais positiva.

A reflexão é importante e a adoção de medidas de humanização são imperativas para uma experiência do parto mais satisfatória e positiva.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Tendo por base o quadro teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar respostas às questões de investigação. Os métodos seguidos serão apresentados e explicados no decorrer das várias etapas do processo de pesquisa, integrando uma sequência de operações, que compreendem a conceptualização e objetivos do estudo, formulação das questões de investigação, instrumento de colheita de dados, determinação da amostra, procedimentos desenvolvidos e tratamento estatístico.

4.1 MÉTODOS

A gravidez reflete uma aprendizagem experiencial e formativa, marcada por alterações físicas, cognitivas, comportamentais e afetivas. A sua experiência culmina no parto, um momento irreversível e marcante, geralmente diferente das expectativas e da forma como é antecipado e idealizado.

O parto é um acontecimento único na vida da mulher. A forma como é vivenciado, determina o bem-estar psicológico e a relação da puérpera com os seus significativos, especialmente com o bebé.

Vários factores, reconhecidos universalmente, são susceptíveis de influenciar a experiência de parto, destacando-se o tipo de parto, o suporte emocional de uma pessoa significativa, a dor, entre outras variáveis individuais, sociais e situacionais (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

A experiência do parto depende no entanto de vários factores, entre os quais o tipo de parto e de anestesia utilizada. O parto com anestesia epidural é normalmente vivenciado de forma mais positiva (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003a)

O potencial efeito de determinadas variantes do parto deve ressaltar a individualidade e as características próprias da grávida como um ser biopsicossocial. No

entanto, a experiência e satisfação da mulher com o parto assume uma tonalidade mais positiva quando o parto é normal, pela via vaginal, com o suporte físico e emocional de alguém significativo, com a analgesia do parto pelo método epidural e com a participação activa da grávida nas decisões do trabalho de parto e parto (Figueiredo *et al*, 2002).

Tendo em conta a pesquisa sobre os cuidados prestados à grávida durante o trabalho de parto e parto e após um complexo processo do conhecimento prévio da problemática em estudo, evidenciou-se o que pareceu vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas à seguinte problemática:

Quais as determinantes das expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Neste sentido, delineámos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita.

Como objetivo geral pretendemos com esta investigação *identificar as determinantes das expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.*

Após delinear o objetivo geral surgiram os objetivos específicos:

- Determinar a influência de factores sociodemográficos e obstétricos nas expectativas e satisfação da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto.
- Descrever a relação entre as expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.
- Determinar se a percepção da mulher face às práticas obstétricas influenciam as expectativas e satisfação com o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Como complemento a este estudo procurámos ainda saber a relação entre a importância e percepção das práticas obstétricas nos factores sociodemográficos e obstétricos.

Para uma melhor compreensão do problema em estudo, vimo-nos na necessidade de levantar várias questões de investigação.

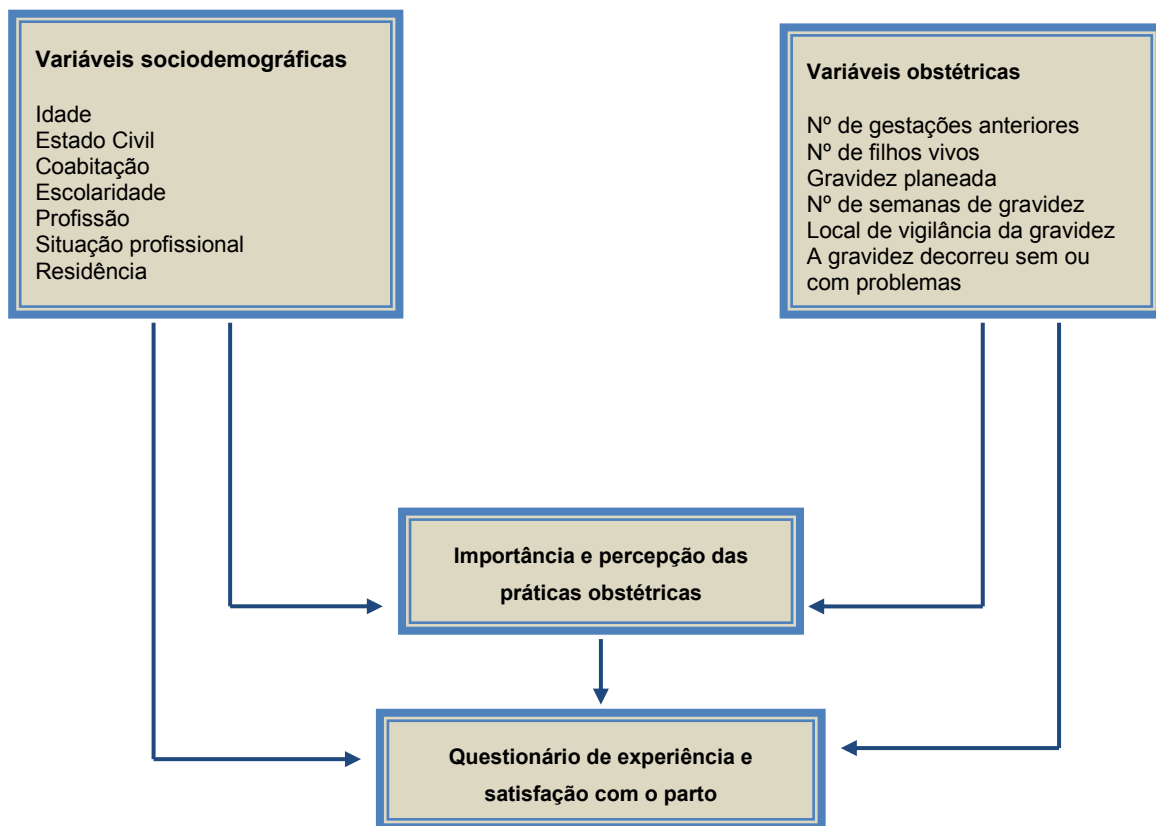
- Que relação existe entre a importância e percepção das práticas obstétricas?
 - Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, coabitação, escolaridade, situação profissional) na importância e percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas?
 - Qual a influência das variáveis obstétricas (número de gestações anteriores, gravidez planeada, local de vigilância da gravidez) na importância e percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas?

- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, coabitação, escolaridade, situação profissional) na expectativa e satisfação do trabalho de parto, parto e pós-parto?

- Que relação existe entre as expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto, pós-parto?

Deste modo para melhor cumprimento dos objetivos do estudo, delineamos o seguinte desenho de investigação, que se apresenta sob a forma figurada.

Figura 1 – Desenho de investigação



Para o desenvolvimento da temática realizámos um estudo do tipo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

O desenho enquadra-se no tipo de investigação *não-experimental*, pois não procura manipular as variáveis em estudo. Segue métodos do estudo de análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de *estudo transversal*, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo. Possui as características de um *estudo descritivo e correlacional*, pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis,

especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Duarte, 2011).

4.2 PARTICIPANTES

Este estudo foi desenvolvido no serviço de Obstetrícia de um hospital da zona do interior do país.

A selecção da amostra obedeceu ao seguinte critério de inclusão: puérperas de parto eutócico e que concordaram em participar no estudo.

Definimos como amostra para o nosso trabalho as mulheres que tenham parido na Sala de Partos do hospital da zona do interior do país.

Utilizamos um tipo de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que, os elementos da amostra foram seleccionados em razão da sua presença num local, num dado momento (Fortin, 2009), num total de 104 puérperas.

4.2.1 *Caracterização sociodemográfica da amostra*

Neste ponto iremos abordar as características gerais da amostra como a idade, estado civil, coabitação, escolaridade, profissão, situação profissional e residência.

Idade

A amostra em estudo é de 104 mulheres com idades compreendidas entre os 19 anos e 41 anos, a média calculada é de 30,87 (com um desvio padrão de 5,04 anos), cujo coeficiente de variação (CV) é de 16,33%. A idade apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (Skewness/erro=-0,57) curtose (Kurtosis/erro=-0,97) se situam entre os valores de referência (cf. Tabela 1).

Esta variável foi operacionalizada tendo por base o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2005) a qual se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade. As variáveis foram operacionalizadas em grupos com idade inferior a 35 anos (<35 anos) e maiores ou iguais a 35 anos (\geq 35 anos).

Tabela 1 - Estatística relativa à variável idade

| Variável | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K/erro | SK/erro |
|----------|-----|-----|-----|-----------|------|--------|-------|--------|---------|
| Idade | 104 | 19 | 41 | 30,87 | 5,04 | 16,33 | 0,200 | -0,97 | -0,57 |

*p< 0,05

Estado civil

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada e recodificada em solteira/divorciada/viúva e casada. O grupo etário inferior a 35 anos maioritariamente é composto por participantes casadas (82,9%), no grupo etário com idades superiores a 35 anos a maior parte das participantes também são casadas (75,0%). No compilo geral a amostra é constituída por uma percentagem de 80,8% de participantes casadas.

Não existem diferenças estatisticamente significativas dos grupos etários em relação ao estado civil ($p=0,365$; $X^2=0,821$). Os valores residuais não mostram diferenças percentuais relevantes (res. = -0,9; res. = 0,9) (cf. Tabela 2).

Coabitação

Esta variável foi operacionalizada em dois grupos “Família nuclear”, que engloba marido e filhos e “Outra” que engloba outros familiares.

Em relação à situação de coabitação, podemos verificar que a maioria das mulheres em estudo vive com o marido e os filhos, caso existam (87,5%), seguindo-se 12,5% que vivem com outros familiares, distribuição semelhante assumem os dois grupos etários (cf. Tabela 2).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade e a variável coabitação ($p=0,112$; $X^2=0,738$). Os valores residuais não mostram diferenças percentuais relevantes (res. = -0,3; res. = 0,3).

Escolaridade

Esta variável foi recodificada em até ao 12ºano e ensino superior.

No que concerne as habilitações literárias das participantes, constatamos que em ambos os grupos etários a maioria das inquiridas apresentam uma qualificação académica até ao 12ºano (60,6%), as restantes apresentam uma percentagem de 39,4%. No entanto, nas mulheres com idade inferior a 35 anos verificamos uma maior percentagem na escolaridade até ao 12ºano (65,8%) e de 34,2% com ensino superior, nas mulheres com idade superior ou igual a 35 anos a maior percentagem é no ensino superior (53,6%) e 46,4% até ao 12ºano.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade e variável escolaridade ($p=0,073$; $X^2=3,212$). Os valores residuais não mostram diferenças percentuais relevantes (res. = -1,8; res. = 1,8) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | X ² | p | Residuais | | |
|---------------------------|----------|-----------|----------|------------|---------|----------------|-------|-----------|-----------|----------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0%) | N (104) | | | % (100,0) | < 35 anos | ≥35 anos |
| Estado civil | | | | | | | | | | |
| Solteira/Divorciada/Viúva | 13 | 17,1 | 7 | 25,0 | 20 | 19,2 | 0,821 | 0,365 | -0,9 | 0,9 |
| Casada | 63 | 82,9 | 21 | 75,0 | 84 | 80,8 | | 0,9 | -0,9 | |
| Coabitação | | | | | | | | | | |
| Família Nuclear | 66 | 86,8 | 25 | 89,3 | 81 | 87,5 | 0,112 | 0,738 | -0,3 | 0,3 |
| Outra | 10 | 13,2 | 3 | 10,7 | 13 | 12,5 | | 0,3 | -0,3 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | | |
| Até ao 12ºAno | 50 | 65,8 | 13 | 46,4 | 63 | 60,6 | 3,212 | 0,073 | 1,8 | -1,8 |
| Superior | 26 | 34,2 | 15 | 53,6 | 41 | 39,4 | | -1,8 | 1,8 | |

* $p < 0,05$

Profissão

A tabela foi realizada de acordo com os grupos profissionais segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, s/d) (apêndice 1).

Os restantes grupos profissionais considerados pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional foram excluídos, devido à inexistência de mulheres na amostra que neles se incluíssem.

De acordo com a tabela 3 verificamos que no grupo etário <35 anos 39,5% das participantes desempenham funções de trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores, de seguida com 26,3% temos o grupo de mulheres com funções especialistas das actividades intelectuais e científicas e por último temos com 1,3% as mulheres que exercem funções nas forças armadas. No grupo etário ≥35 anos verificamos 39,3% das mulheres desempenham funções de trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores, de seguida temos uma percentagem de 28,6% de mulheres que exerce funções no grupo de técnicos e profissões de nível intermédio.

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável idade e a variável profissão ($p=0,079$; $X^2=0,079$).

Tabela 3– Profissão

| Variável | <35 anos | | >=35 anos | | Total | | X ² | p |
|--|----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Profissões | | | | | | | | |
| Profissões das forças armadas | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 14,094 | 0,079 |
| Especialistas das actividades intelectuais e científicas | 20 | 26,3 | 5 | 17,9 | 25 | 24,0 | | |
| Técnicos e profissões de nível intermédio | 4 | 5,3 | 8 | 28,6 | 12 | 11,5 | | |
| Pessoal administrativo | 4 | 5,3 | 1 | 3,6 | 5 | 4,8 | | |
| Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores | 30 | 39,5 | 11 | 39,3 | 41 | 39,4 | | |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta | 1 | 1,3 | 1 | 3,6 | 2 | 1,9 | | |
| Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | | |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem | 12 | 15,8 | 1 | 3,6 | 13 | 12,5 | | |
| Trabalhadores não qualificados | 3 | 3,9 | 1 | 3,6 | 4 | 3,8 | | |

*p< 0,05

Situação Profissional

A variável foi recodificada como empregada e desempregada.

Acerca da situação profissional actual, como verificamos na tabela 4, a maioria das mulheres está empregada (75,0%), o mesmo se observa nos diferentes grupos de idades, no grupo etário <35 anos obtivemos uma percentagem de 73,7% empregadas e 26,3% desempregadas, no grupo etário \geq 35 anos obtivemos uma percentagem de 78,6% de mulheres empregadas e 21,4% de mulheres desempregadas. Também podemos afirmar que não existe diferença estatisticamente significativa entre as variáveis idade e situação profissional ($p=0,610$; $X^2=0,261$).

Tabela 4- Situação profissional

| Variável | <35 anos | | >=35 anos | | Total | | | |
|------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|-------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Situação Profissional | | | | | | | | |
| Empregada | 56 | 73,7 | 22 | 78,6 | 78 | 75,0 | 0,261 | 0,610 |
| Desempregada | 20 | 26,3 | 6 | 21,4 | 26 | 25,0 | | |

*p< 0,05

Residência

Avaliada por intermédio de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com três opções de escolha. No grupo etário <35 anos 36,8% referem viver na

cidade, 34,2% na aldeia e 28,9% na vila. No grupo etário ≥ 35 anos 42,3% vive na cidade, 31,7% vive na aldeia e 26,0% vive na vila (cf. Tabela 5).

Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis idade e residência ($p=0,173$; $X^2=3,510$).

Tabela 5 - Residência

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | P |
|-------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Residência | | | | | | | 3,510 | 0,173 |
| Aldeia | 26 | 34,2 | 7 | 25,0 | 33 | 31,7 | | |
| Vila | 22 | 28,9 | 5 | 17,9 | 27 | 26,0 | | |
| Cidade | 28 | 36,8 | 16 | 57,1 | 44 | 42,3 | | |

* $p < 0,05$

4.3 INSTRUMENTOS

Para este estudo, optámos por um instrumento de colheita de apresentado em apêndice (2), cuja composição final reflecte, preocupações de carácter temporal e de conteúdo, tentando simultaneamente obter um instrumento que possa ser operacionalizado num período de tempo razoável e abranger uma diversidade de instrumentos que permitam medir as variáveis pertinentes, para alcançar os objetivos definidos.

O instrumento de recolha de dados aplicado é constituído por duas secções distintas: questionário e escalas.

4.3.1 Questionário

O questionário encontra-se estruturado em três partes. A primeira é composta por 7 questões que têm como objetivo proceder à caracterização sociodemográfica da amostra: idade, estado civil, coabitação, escolaridade, profissão, situação profissional e residência.

A segunda parte tem em vista avaliar os antecedentes obstétricos (número de gestações anteriores e número de filhos vivos) e a terceira parte a história de gravidez actual (gravidez planeada, número de semanas de gravidez, vigilância da gravidez, local de vigilância de gravidez e gravidez decorreu sem/com problemas).

4.3.2 Escalas

Escala de avaliação da importância e percepção das práticas obstétricas

A quarta parte é composta por dois questionários dirigidos à avaliação da importância e percepção das práticas obstétricas desenvolvida por Roman Oliver & Espinaco Garrido (2008) que permite diferenciar os cuidados mais importantes para a mulher e analisar a percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas. Esta escala consta de sete módulos, os cinco primeiros módulos representam as cinco subescalas, o sexto módulo faz referência a uma série de intervenções realizadas de forma rotineira e que consta de 8 perguntas dicotómicas, de resposta “sim” ou “não”. O último módulo não foi avaliado, pois permitiria à mulher expressar a sua opinião pessoal relativamente à assistência recebida.

As subescalas permitem avaliar os **cuidados prestados**, a **actuação perante a dor**, o **apoio sociofamiliar**, a **atenção ao bem-estar** e a **atenção ao pós-parto/alta** (Quadro 1) às mulheres através das várias práticas obstétricas. Cada subescala é constituída por perguntas que medem a importância e a percepção das práticas obstétricas através de uma escala tipo Likert de 5 valores. Cada pergunta é constituída por 2 partes, a primeira relacionada com a importância atribuída e que é classificada desde (1) nada importante, (2) pouco importante, (3) algo importante, (4) importante, até (5) muito importante; a segunda parte avalia a percepção, a qual foi caracterizada como: (1) nunca, (2) poucas vezes, (3) algumas vezes, (4) muitas vezes e (5) sempre.

A pontuação obtém-se somando cada um dos valores dos itens de cada subescala, obtendo uma variável contínua, o que indica que quanto maior a pontuação maior a importância e percepção.

Quadro 1 - Identificação das subescalas da escala Importância e Percepção das Práticas Obstétricas com os respetivos itens

| SUBESCALAS | ITENS |
|-------------------------------|-------------------|
| I – Cuidados Prestados | 1,2,3,4,5,6,7,8 |
| II – Actuação Perante a Dor | 9,10,11, 12, 13 |
| III – Apoio Sociofamiliar | 14,15 |
| IV – Atenção ao Bem-Estar | 16,17, 18, 19, 20 |
| V – Atenção ao Pós-Parto/Alta | 20,21, 22, 23 |

Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)

Na quinta parte teremos o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) que foi construído e validado para a população portuguesa por Costa [et al.] (2004) com o objetivo de avaliar o modo como as mulheres percebem a sua experiência do parto. Este questionário de auto preenchimento consta de 104 perguntas referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativa ao Trabalho de Parto (TP), Parto (P) e Pós-Parto (PP) imediato, numa escala de Likert. As perguntas respeitantes à experiência, satisfação e dor na escala variam de 1 a 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”), as questões que se reportam às expectativas varia entre 1 a 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor”), enquanto que as questões que se relacionam com a intensidade da dor variam de 0 a 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”).

O estudo psicométrico mostra que o QESP tem uma boa consistência interna (*Alfa de Cronbach* =0,90). A cotação nas subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala.

Neste estudo utilizamos uma versão reduzida de 34 itens em que os dezassete primeiros itens avaliam as expectativas da mulher relativamente ao TP, P e PP imediato e os dezassete restantes avaliam a satisfação da mulher durante o TP, P e PP imediato. A pontuação da escala total será obtida através da soma das pontuações obtidas nas subescalas. Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva será a expectativa e a satisfação da mulher na dimensão avaliada pela subescala.

4.3.3 - Estudo psicométrico para o presente estudo

Para verificar a homogeneidade e consistência interna procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alfa Cronbach* para cada um dos itens e para a escala total (tabela 6). Para a escala total foi obtido um *alfa Cronbach* de 0,835.

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, a tabela 6 mostra-nos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global.

Como verificamos os valores de *alfa de Cronbach* são classificados de bons pois variam entre 0,815 e 0,898. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 6 é o que se apresenta com maior problemática dado que o valor mínimo é de ($r=0,329$) não se revelando por isso homogéneo face a outros itens, e a correlação máxima é obtida

no item 18 ($r=0,720$). Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0,835) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,781 e para a segunda de 0,745 (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – QESP: consistência interna (estudo dos itens)

| Subescalas | \bar{X} | D.P. | R | R ² | Alfa de Cronbach |
|--|-----------|------|------------------|----------------|------------------|
| Expectativas | | | | | |
| O trabalho de parto (TP) decorreu de encontro com as suas expectativas | 2,66 | 0,84 | 0,622 | 0,699 | 0,815 |
| O parto (P) decorreu de encontro com as suas expectativas | 2,75 | 0,82 | 0,612 | 0,735 | 0,816 |
| O pós-parto (PP) decorreu de encontro com as suas expectativas | 2,96 | 0,69 | 0,469 | 0,373 | 0,825 |
| As condições físicas da maternidade no TP foram de encontro com as suas expectativas | 3,25 | 0,49 | 0,306 | 0,646 | 0,833 |
| As condições físicas da maternidade no P foram de encontro com as suas expectativas | 3,23 | 0,44 | 0,341 | 0,677 | 0,832 |
| As condições físicas da maternidade no PP foram de encontro com as suas expectativas | 3,22 | 0,46 | 0,329 | 0,600 | 0,832 |
| A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expectativas | 3,35 | 0,62 | 0,395 | 0,699 | 0,829 |
| A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P foi de acordo com as suas expectativas | 3,41 | 0,56 | 0,444 | 0,612 | 0,827 |
| A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP foi de acordo com as suas expectativas | 3,44 | 0,55 | 0,407 | 0,610 | 0,829 |
| A dor que senti no TP foi de acordo com as suas expectativas | 2,20 | 0,79 | 0,442 | 0,504 | 0,827 |
| A dor que senti no P foi de acordo com as suas expectativas | 2,32 | 0,79 | 0,365 | 0,472 | 0,831 |
| A dor que senti no PP foi de acordo com as suas expectativas | 2,50 | 0,76 | 0,348 | 0,453 | 0,832 |
| O tempo que demorou o TP foi de acordo com as suas expectativas | 2,79 | 0,86 | 0,570 | 0,639 | 0,818 |
| O tempo que demorou o P foi de acordo com as suas expectativas | 2,94 | 0,74 | 0,546 | 0,686 | 0,820 |
| O tempo que demorou o PP foi de acordo com as suas expectativas | 2,87 | 0,70 | 0,423 | 0,562 | 0,828 |
| O tempo que demorou a tocar no seu bebé, após o parto, foi de encontro com as expectativas | 3,16 | 0,71 | 0,416 | 0,639 | 0,828 |
| O tempo que demorou a pegar no seu bebé, após o parto, foi de encontro com as expectativas | 3,22 | 0,66 | 0,352 | 0,618 | 0,831 |
| Satisfação | | | | | |
| Está satisfeita como a forma como decorreu o trabalho de parto | 2,86 | 0,88 | 0,720 | 0,812 | 0,885 |
| Está satisfeita como a forma como decorreu o parto | 3,06 | 0,75 | 0,663 | 0,822 | 0,888 |
| Está satisfeita como a forma como decorreu o pós- parto | 3,11 | 0,65 | 0,611 | 0,802 | 0,890 |
| Está satisfeita com o tempo que demorou o TP | 2,74 | 1,02 | 0,685 | 0,735 | 0,887 |
| Está satisfeita com o tempo que demorou o P | 3,07 | 0,79 | 0,633 | 0,749 | 0,889 |
| Está satisfeita com o tempo que demorou o PP | 3,03 | 0,74 | 0,647 | 0,735 | 0,889 |
| Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no TP | 3,25 | 0,63 | 0,572 | 0,778 | 0,892 |
| Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no P | 3,26 | 0,61 | 0,628 | 0,777 | 0,890 |
| Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no PP | 3,24 | 0,63 | 0,623 | 0,733 | 0,890 |
| Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP | 3,43 | 0,65 | 0,559 | 0,691 | 0,892 |
| Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P | 3,43 | 0,60 | 0,510 | 0,715 | 0,893 |
| Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP | 3,38 | 0,64 | 0,454 | 0,569 | 0,895 |
| Está satisfeita com a intensidade da dor que senti no TP | 2,21 | 0,95 | 0,523 | 0,727 | 0,894 |
| Está satisfeita com a intensidade da dor que senti no P | 2,24 | 0,92 | 0,513 | 0,673 | 0,894 |
| Está satisfeita com a intensidade da dor que senti no PP | 2,43 | 0,84 | 0,403 | 0,547 | 0,897 |
| Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebé, após o parto | 3,20 | 0,75 | 0,402 | 0,833 | 0,897 |
| Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé, após o parto | 3,24 | 0,71 | 0,352 | 0,821 | 0,898 |
| Alfa de Cronbach | | | Alfa de Cronbach | | |
| 1ª Metade do questionário | | | 0,781 | | |
| 2ª Metade do questionário | | | 0,745 | | |
| Global | | | 0,835 | | |

4.4 PROCEDIMENTOS

Relativamente aos procedimentos formais e éticos para a colheita de dados, deve ter-se sempre em consideração a necessidade do consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do hospital da zona interior do país (Apêndice 3) onde foi implementado o estudo. No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras. Foi também entregue o consentimento informado a todas as puérperas (Apêndice 4).

Foi pedida a colaboração voluntária de cada participante e explicado o objetivo do estudo, a garantia de confidencialidade, o anonimato, bem como de todos os princípios éticos e morais inerentes aos dados

4.5 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados. Será realizado informaticamente através do programa SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), 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** fazemos uso das frequências relativas e absolutas, como medidas de tendência central, utilizamos a média e como medidas de dispersão utilizamos o desvio padrão e o coeficiente de variação. Para analisar a simetria (Skness/erro) e a curtose (Kurtosis/erro) utilizamos os seguintes valores (Pestana e Gageiro, 2005):

- Skness/erro \leq -1.96 – assimetria negativa ou enviesada à direita;
- -1.96 < Skness/erro \leq 1.96 - simétrica;

- Skness/erro > 1.96 – assimetria positiva ou enviesada à esquerda;
- Kurtosis/erro ≤ -1.96 – platicúrtica;
- $-1.96 < \text{Kurtosis/erro} \leq 1.96$ – mesocúrtica;
- Kurtosis/erro ≥ 1.96 – leptocúrtica.

Nas análises estatísticas dos valores relativos aos coeficientes de dispersão utilizámos os seguintes intervalos (Pestana e Gageiro, 2005):

- $CV \leq 15\%$ - Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão média;
- $CV > 30\%$ - Dispersão elevada.

Em relação à **estatística inferencial**, utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p < 0,05$ – Diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ – Diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ – Diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0,05$ – Diferença estatística não significativa.

Associado as regressões múltiplas utilizamos também as correlações de Pearson.

Matrizes de correlação de Pearson que são uma prova paramétrica que avalia o grau de associação entre duas variáveis não estabelecendo uma relação de causalidade. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos maiores serão a associação linear entre as variáveis. Para avaliar os resultados obtidos, considerámos os propostos por Pestana e Gageiro (2005) que são os seguintes:

- $R < 0,2$ – associação linear muito baixa;
- $0,2 < R < 0,39$ – associação linear baixa;
- $0,4 < R < 0,69$ – associação linear moderada;
- $0,7 < R < 0,89$ – associação linear alta;
- $0,9 < R < 1$ – associação linear muito alta.

- **Regressões múltiplas:** para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente. O método de inclusão das variáveis utilizado foi o stepwise (passo a passo), que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

- **O Teste t para duas Amostras independentes:** permite inferir sobre a igualdade de medas de dois grupos diferentes de sujeitos.

- **O Teste t para Amostras Emparelhadas:** permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas.

- **O Teste do Qui-Quadrado:** compara frequências observadas de uma variável nominal que tem duas ou mais categorias.

- **Resíduos ajustados:** Como referem Pestana e Gajreiro (2003, p.141), o uso de valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste Qui-Quadrado na medida em que (...) “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...) “ os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”.

- **Teste de Kruskal-wallis:** teste não paramétrico para comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney a mais dois grupos.

- **Teste U de Mann-Whitney:** teste não paramétrico utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes.

Finalizada a descrição dos procedimentos estatísticos passaremos à apresentação e análise dos resultados.

Os dados serão apresentados através de tabelas e quadros, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Recorreremos à estatística descritiva para resumir os dados obtidos para permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos de forma a analisá-los.

Uma vez que os dados apresentados nas tabelas e quadros são todos eles retirados da mesma amostra omite-se essa indicação. O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta às diferentes questões de investigação.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Propomo-nos descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo, destinado à análise descritiva dos dados obtidos, são evidenciadas um conjunto de características da amostra em relação às diversas variáveis em estudo, determinadas com recurso a testes estatísticos apropriados.

A apresentação dos dados consiste no fornecimento de todos os resultados pertinentes, relativamente às questões de investigação formuladas. Inicialmente, será caracterizada a amostra em estudo, com o objetivo de obter uma melhor percepção dos resultados obtidos, sendo os dados apresentados em quadros e comentados imediatamente antes da sua exposição. Nesta análise, procura-se enfatizar os resultados mais relevantes, directamente relacionados com os objetivos da investigação em causa.

5.1.1 *Caracterização dos antecedentes obstétricos e história obstétrica atual*

Número de gestações anteriores

Verificamos na tabela 7 que o número mínimo de gestações anteriores em ambos os grupos etários é zero e o máximo é quatro. No grupo etário <35 anos a média é $\bar{X} = 0,63$, com um desvio padrão de 0,96 e CV=152%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro=6,58) indicam uma assimetria positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (K/erro=5,84) indica uma curva leptocúrtica. No grupo etário ≥ 35 anos a média é $\bar{X} = 1,11$, com um desvio padrão de 1,31 e CV=118%, apresenta

uma curva com distribuição normal, dado que os valores (SK/erro=2,15) de simetria e a curtose (K/erro=-0,30) se encontram dentro dos valores de referência.

Tabela 7 – Estatística relativa à variável número de gestações anteriores e a idade

| Variáveis | Número de gestações anteriores | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|----------|----------|-------------|-------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K/erro | SK/erro |
| <35 anos | 76 | 0 | 4 | 0,63 | 0,96 | 152 | 0,000* | 5,84 | 6,58 |
| >=35 anos | 28 | 0 | 4 | 1,11 | 1,31 | 118 | 0,000* | -0,30 | 2,15 |
| Total | 104 | 0 | 4 | 0,76 | 1,08 | 142,1 | 0,000* | 3,48 | 6,42 |

*p< 0,05

A variável número de gestações foi recodificada em zero gestações, uma gestação e duas ou mais gestações.

A tabela 8, permite verificar que no grupo etário <35 anos a maioria das participantes são nulíparas (59,2%), 27,6% são primíparas e 13,2% são múltíparas. No grupo etário ≥ 35 anos a maioria das participantes também são nulíparas (46,4%), 21,4% são primíparas e 32,1% são múltíparas.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis número de gestações anteriores e a idade (p=0,103; $X^2=4,544$).

Tabela 8 – Número de gestações anteriores e idade

| Variável | <35 anos | | >=35 anos | | Total | | X ² | p |
|-----------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Nº de gestações anteriores | | | | | | | 4,545 | 0,103 |
| Zero gestações | 45 | 59,2 | 13 | 46,4 | 58 | 55,8 | | |
| Uma gestação | 21 | 27,6 | 6 | 21,4 | 27 | 26,0 | | |
| Duas ou mais gestações | 10 | 13,2 | 9 | 32,1 | 19 | 18,3 | | |

*p< 0,05

Número de filhos vivos

Conforme a tabela 9, verificamos que o número de filhos vivos no grupo etário <35anos variou entre um e três, sendo por sua vez o valor máximo observado no outro grupo de quatro, a média calculada é de $1,23 \pm 0,57$, cujo CV=46,34%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=5,69) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (K/erro= 6,05) indica uma curva leptocurtica.

O grupo etário ≥ 35 anos apresenta um valor médio de $1,80 \pm 0,86$, cujo $CV=47,78\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria ($SK/erro=2,08$) e a curtose ($K/erro= 1,61$) se encontram dentro dos valores de referência.

Tabela 9 – Estatística relativa à variável número de filhos vivos e a idade

| Variáveis | Número de filhos vivos | | | | | | | | |
|----------------|------------------------|-----|-----|-----------|------|--------|--------|--------|---------|
| | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K/erro | SK/erro |
| <35 anos | 76 | 1 | 3 | 1,23 | 0,57 | 46,34 | 0,000* | 6,05 | 5,69 |
| ≥ 35 anos | 28 | 1 | 4 | 1,80 | 0,86 | 47,78 | 0,003* | 1,61 | 2,08 |
| Total | 104 | 1 | 4 | 1,42 | 0,72 | 50,70 | 0,000* | 0,23 | 5,08 |

* $p < 0,05$

A variável número de filhos vivos foi recodificada em um filho e dois ou mais filhos vivos. Observamos na tabela 10 que no grupo etário <35anos a maioria das mulheres apresenta apenas um filho vivo (83,3%). No grupo etário ≥ 35 anos observamos o contrário, pois a maioria das participantes (60,0%) tem dois ou mais filhos vivos

Verificamos que existem diferenças bastante significativas entre as variáveis idade e número de filhos vivos ($p=0,003$; $X^2 = 8,762$).

Tabela 10 – Número de filhos vivos e idade

| Variável | <35 anos | | ≥ 35 anos | | Total | | X^2 | p |
|---------------------|----------|-----------|----------------|-----------|---------|-----------|-------|--------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Nº de filhos vivos | | | | | | | | |
| Um filho | 25 | 83,3 | 6 | 40,0 | 31 | 68,9 | 8,762 | 0,003* |
| Dois ou mais filhos | 5 | 16,7 | 9 | 60,0 | 14 | 31,1 | | |

* $p < 0,05$

As participantes de ambos os grupos referiram ter planeado a sua gravidez no primeiro grupo 76,3% e no segundo grupo 67,9%. Podemos afirmar que no total da amostra 74,0% planearam a gravidez.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável planeamento da gravidez e a idade ($p=0,383$; $X^2=0,762$).

Tabela 11 – Planeamento da gravidez e idade

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | p |
|-------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Gravidez Planeada | | | | | | | | |
| Sim | 58 | 76,3 | 19 | 67,9 | 77 | 74,0 | 0,762 | 0,383 |
| Não | 18 | 23,7 | 9 | 32,1 | 27 | 26,0 | | |

*p< 0,05

A tabela 12, permite verificar que o número de semanas de gravidez no grupo etário <35 anos variou trinta e três e quarenta e uma semanas de gestação, com um valor médio de $38,59 \pm 1,56$ e $CV=4,04\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-4,30$) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose ($K/erro= 3,34$) indica uma curva leptocurtica.

Quanto ao grupo etário ≥ 35 anos, verificamos que o número de semanas de gravidez variou entre trinta e seis e quarenta e uma semanas de gestação, com um valor médio de $38,75 \pm 1,26$ e $CV=3,25\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-1,25$) e a curtose ($K/erro= -0,13$) se encontram dentro dos valores de referência.

Tabela 12 – Estatística relativa à variável número de semanas de gravidez e idade

| Variáveis | Número de semanas de gravidez | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------|-----|-----|-----------|------|--------|--------|--------|---------|
| | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K/erro | SK/erro |
| <35 anos | 76 | 33 | 41 | 38,59 | 1,56 | 4,04 | 0,000* | 3,34 | -4,30 |
| ≥35 anos | 28 | 36 | 41 | 38,75 | 1,26 | 3,25 | 0,015* | -0,13 | -1,25 |
| Total | 104 | 33 | 41 | 38,63 | 1,49 | 3,86 | 0,000* | 3,69 | -4,70 |

*p< 0,05

A variável número de semanas de gravidez foi recodificada segundo Graça (2005) em gravidez de pré-termo (<37 semanas) e gravidez de termo (≥ 37 semanas e <42 semanas).

Analisando a tabela 13, verificamos que em ambos os grupos etários a maioria das participantes teve gravidezes de termo, no primeiro grupo (89,5%) e no segundo grupo (92,9%). As gravidezes de pré-termo foram em minoria em ambos os grupos etários.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável semanas de gravidez e a idade ($p=0,604$; $X^2=0,270$).

Tabela 13– Número de semanas de gravidez e idade

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | p | |
|---------------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|--|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | | |
| Nº de semanas de gravidez | | | | | | | | | |
| Pré-termo | 8 | 10,5 | 2 | 7,1 | 10 | 9,6 | 0,270 | 0,604 | |
| Termo | 68 | 89,5 | 26 | 92,9 | 94 | 90,4 | | | |

*p< 0,05

Observando a tabela 14, apenas uma mulher não fez vigilância da gravidez (99% vigiaram a gravidez e 1,0% não vigiou a gravidez). Essa mulher que fez vigilância da gravidez pertence ao grupo etário <35 anos.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável vigilância da gravidez e a idade ($p=0,542$; $X^2=0,372$).

Tabela 14 - Vigilância da gravidez e idade

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | p | |
|------------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|--|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | | |
| Vigilância da gravidez | | | | | | | | | |
| Sim | 75 | 98,7 | 28 | 100,0 | 103 | 99,0 | 0,372 | 0,542 | |
| Não | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | | | |

*p< 0,05

De acordo com o local que a grávida escolheu para a vigilância da gravidez observou-se que a maioria fez a vigilância da gravidez no hospital (73,1%), 11,5% no centro de saúde, 9,6% no privado e apenas 5,8% no hospital e privado. O grupo etário <35 anos a maioria das participantes vigiou a sua gravidez no hospital (76,3%), 14,5% no centro de saúde, 5,3% no privado e 3,9% no hospital e privado.

O mesmo não se verifica para o grupo etário ≥35 anos, a primeira escolha manteve-se o hospital (64,3%), em segundo o privado (21,4%), hospital e privado (10,7%) e por último o centro de saúde (3,6%).

Verificamos que existem diferenças significativas entre a variável local de vigilância da gravidez e a idade ($p= 0,021^*$; $X^2=9,698$) (tabela 15).

Tabela 15 - Local de vigilância da gravidez e idade

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | p |
|---------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|--------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Local de vigilância da gravidez | | | | | | | 9,698 | 0,021* |
| Hospital | 58 | 76,3 | 18 | 64,3 | 76 | 73,1 | | |
| Centro de Saúde | 11 | 14,5 | 1 | 3,6 | 12 | 11,5 | | |
| Privado | 4 | 5,3 | 6 | 21,4 | 10 | 9,6 | | |
| Hospital e privado | 3 | 3,9 | 3 | 10,7 | 6 | 5,8 | | |

*p< 0,05

Na tabela 16, verificamos que a maioria das participantes teve uma gravidez sem patologia (87,5%), 12,5% teve patologias durante a gravidez.

No grupo etário <35anos observamos que a maioria das participantes teve uma gravidez sem patologia (89,5%) e 10,5% refere ter tido. No grupo etário ≥35 anos verificamos que 82,1% das participantes não teve patologias durante a gravidez e 17,9% teve.

Verificamos que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a idade e patologia da gravidez (p= 0,316; X²=1,005).

Tabela 16 – Patologia da gravidez e a idade

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | p |
|---------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| A gravidez decorreu | | | | | | | 1,005 | 0,316 |
| Sem problemas | 68 | 89,5 | 23 | 82,1 | 91 | 87,5 | | |
| Com problemas | 8 | 10,5 | 5 | 17,9 | 13 | 12,5 | | |

*p< 0,05

Importância e percepção das práticas obstétricas

De acordo com a tabela 17, podemos observar que na importância dos **cuidados prestados** os valores variam vinte e sete e quarenta, com um valor médio de 36,99±2,71 e CV=7,32%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=-4,13) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= 2,07) indica uma curva leptocúrtica.

Em relação à importância da **actuação perante a dor** os valores variam entre quinze e vinte e cinco, com um valor médio 21,73±2,44 e CV=11,22%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=-2,83) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= 0,35) indica uma curva mesocúrtica.

Na importância ao **apoio sociofamiliar** observamos que os valores variam entre cinco e dez, com um valor médio de $9,46 \pm 0,97$ e $CV=10,25\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-9,00$) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose ($K/erro= 10,60$) indica uma curva leptocurtica.

Na importância à **atenção ao bem-estar** verificamos que os valores variam entre doze e setenta, com um valor médio de $17,81 \pm 7,56$ e $CV=42,44\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=23,12$) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose ($K/erro= 67,44$) indica uma curva leptocurtica.

Na importância à **atenção ao pós-parto/alta** observamos que os valores variam entre nove e vinte, com um valor médio de $19,44 \pm 1,52$ e $CV=7,81\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-19,62$) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose ($K/erro= 55,60$) indica uma curva leptocurtica.

Tabela 17 – Estatística relativa à importância dos cuidados prestados, da actuação perante a dor, do apoio sociofamiliar, da atenção ao bem-estar e do pós-parto/alta

| Variável | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K/erro | SK/erro |
|---|-----|-----|-----|-----------|------|--------|--------|--------|---------|
| Importância dos cuidados prestados | 104 | 27 | 40 | 36,99 | 2,71 | 7,32 | 0,000* | 2,07 | -4,13 |
| Importância da actuação perante a dor | 80 | 15 | 25 | 21,73 | 2,44 | 11,22 | 0,001* | 0,35 | -2,83 |
| Importância do apoio sociofamiliar | 104 | 5 | 10 | 9,46 | 0,97 | 10,25 | 0,000* | 10,60 | -9,00 |
| Importância da atenção ao bem-estar | 104 | 12 | 70 | 17,81 | 7,56 | 42,44 | 0,000* | 67,44 | 23,12 |
| Importância a atenção ao pós-parto/alta | 104 | 9 | 20 | 19,44 | 1,52 | 7,81 | 0,000* | 55,60 | -19,62 |

* $p < 0,05$

Analisando a tabela 18, podemos observar que na percepção dos **cuidados prestados** os valores variam entre oito e oitenta e três, com um valor médio de $32,13 \pm 7,34$ e $CV=22,84\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=13,95$) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose ($K/erro= 56,40$) indica uma curva leptocurtica.

Em relação à percepção da **actuação perante a dor** verificamos que os valores variam entre quatro e vinte, com um valor médio de $13,51 \pm 4,01$, e $CV=29,68\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-0,36$) e a curtose ($K/erro= -1,61$) se encontram dentro dos valores de referência.

Na percepção ao **apoio sociofamiliar** observamos que os valores variam entre dois e sessenta, com um valor médio de $9,30 \pm 5,99$ e $CV=64,40\%$, não apresenta uma curva com

distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=29,01) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (K/erro= 125,99) indica uma curva leptocurtica.

Na percepção à **atenção ao bem-estar** verificamos que os valores variam entre quatro e vinte, com um valor médio de $12,62 \pm 3,15$ e $CV=24,96\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=1,34) indicam uma curva simétrica e a curtose (K/erro= 2,15) indica uma curva leptocurtica.

Na percepção à **atenção ao pós-parto/alta** os valores variam entre que quatro e vinte, com um valor médio de $18,11 \pm 2,53$ e $CV=13,97\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=-10,69) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro=- 23,23) indica uma curva leptocurtica.

Tabela 18 – Estatística relativa à percepção dos cuidados prestados, da actuação perante a dor, do apoio sociofamiliar, da atenção ao bem-estar e do pós-parto/alta

| Variável | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K | SK |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|-----------|------|--------|--------|--------|--------|
| Percepção dos cuidados prestados | 104 | 8 | 83 | 32,13 | 7,34 | 22,84 | 0,000* | 56,40 | 13,95 |
| Percepção da actuação perante a dor | 80 | 4 | 20 | 13,51 | 4,01 | 29,68 | 0,074 | -1,61 | -0,36 |
| Percepção do apoio sociofamiliar | 104 | 2 | 60 | 9,30 | 5,99 | 64,40 | 0,000* | 125,99 | 29,01 |
| Percepção da atenção ao bem-estar | 104 | 4 | 20 | 12,62 | 3,15 | 24,96 | 0,000* | 2,15 | 1,34 |
| Percepção a atenção ao pós-parto/alta | 104 | 4 | 20 | 18,11 | 2,53 | 13,97 | 0,000* | 23,23 | -10,69 |

* $p < 0,05$

Relação entre importância e percepção das mulheres perante as práticas obstétricas

A análise da relação existente entre a importância e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas para cada uma das subescalas foi realizada através do teste t-student para amostras emparelhadas. De acordo com a tabela 19, verifica-se que existem diferenças altamente significativas ($p=0,000$) em todas as subescalas, excepto na subescala “apoio sócio-familiar”, ou seja a importância que as mulheres referem relativamente às práticas obstétricas influenciam o modo como as mulheres percebem estas práticas. Sendo que a importância manifestada pelas mulheres perante as práticas obstétricas é maior que a sua percepção em todas as subescalas, uma vez que, a diferença de médias é positiva. Através dos resultados da variância explicada (VE), observamos que as percentagens oscilam entre 0,34% e 9,30%, sendo a subescala de “cuidados prestados” a que apresenta maior percentagem (9,30%) de influência da importância sobre a percepção. A subescala com menor percentagem (0,34%) é a da “atenção ao pós-parto/alta”.

Tabela 19 – T-student para amostras emparelhadas entre importância e percepção das práticas obstétricas

| Subescala | Importância | | Percepção | | #Médias | D.P. | t | p | r | V.E.(%) |
|---------------------------|-------------|------|-----------|------|---------|------|--------|--------|-------|---------|
| | Média | DP | Média | DP | | | | | | |
| Cuidados prestados | 36,99 | 2,71 | 32,10 | 6,56 | 4,88 | 6,29 | 7,914 | 0,000* | 0,305 | 9,30 |
| Actuação perante a dor | 21,83 | 2,38 | 13,51 | 4,01 | 8,32 | 4,54 | 16,385 | 0,000* | 0,062 | 0,38 |
| Apoio sociofamiliar | 9,46 | 0,97 | 9,04 | 5,33 | 0,41 | 5,24 | 0,804 | 0,423 | 0,182 | 3,31 |
| Atenção ao bem-estar | 17,81 | 7,56 | 12,77 | 2,96 | 5,03 | 7,91 | 6,494 | 0,000* | 0,076 | 0,57 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 19,44 | 1,52 | 17,97 | 2,06 | 1,47 | 2,93 | 5,104 | 0,000* | 0,059 | 0,34 |

*p< 0,05

Efectuamos uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas que constituem a importância e a percepção dos cuidados prestados. Dos resultados que se expressam na tabela 20, notamos que as correlações entre as subescalas oscilam entre o fraco ($r = -0.010$) na (Percepção a atenção do pós-parto/alta vs Percepção da atenção ao bem-estar) e (Importância a atenção do pós-parto/alta vs Importância da actuação perante a dor) e o razoável ($r = 0.375$) na (Importância da actuação perante a dor vs Importância dos cuidados prestados), sendo que na sua maioria as correlações obtidas são directas.

Tabela 20 – Matriz de Correlação de Pearson entre a importância e percepção das subescalas (cuidados prestados, actuação perante a dor, apoio sócio-familiar, atenção ao bem-estar, atenção ao pós-parto/alta)

| Variável | Imp. dos cuidados prestados | Percepção dos cuidados prestados | Imp. da actuação perante a dor | Percepção da actuação perante a dor | Imp. do apoio sociofamiliar | Percepção do apoio sociofamiliar | Imp. da atenção ao bem-estar | Percepção da atenção ao bem-estar | Imp. a atenção do pós-parto/alta |
|---|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Percepção dos cuidados prestados | 0,305 | ----- | | | | | | | |
| Importância da actuação perante a dor | 0,375 | 0,222 | ----- | | | | | | |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,009* | 0,350 | 0,062 | ----- | | | | | |
| Importância do apoio sociofamiliar | 0,321 | 0,097 | -0,029* | 0,016* | ----- | | | | |
| Percepção do apoio sociofamiliar | 0,108 | 0,166 | 0,009* | 0,012* | 0,182 | ----- | | | |
| Importância da atenção ao bem-estar | 0,200 | 0,089 | -0,018* | 0,187 | 0,121 | -0,034* | ----- | | |
| Percepção da atenção ao bem-estar | 0,175 | 0,319 | 0,012* | 0,419 | 0,059 | 0,077 | 0,076 | ----- | |
| Importância a atenção do pós-parto/alta | 0,201 | 0,113 | 0,001* | 0,015* | 0,273 | 0,096 | 0,105 | - | 0,010* |
| Percepção a atenção do pós-parto/alta | -0,051* | 0,298 | -0,024* | 0,121 | -0,006* | 0,144 | 0,036* | 0,233 | 0,059 |

*p< 0,05

Dos resultados apresentados na tabela 21, verificamos que a maioria das participantes não usufrui de analgesia epidural (80,6%), 19,4% das participantes usufrui de analgesia epidural. Isto porque na sala de partos onde foi realizado o estudo não existe

anestesista 24 horas o que dificulta a utilização deste tipo de analgesia. De acordo com o grupo de idades, verificou-se que em ambos a percentagem de parturientes que não usufruíram de epidural foi bastante superior as que usufruíram (idade <35 anos 78,7%; 21,3%, idade ≥35 anos 85,7%; 14,3%, respectivamente).

Verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a idade e usufruto de analgesia epidural ($p=0,421$; $X^2=0,647$).

Tabela 21 – Uso de analgesia epidural e a idade

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | p |
|----------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Uso de analgesia epidural | | | | | | | 0,647 | 0,421 |
| Sim | 16 | 21,3 | 4 | 14,3 | 20 | 19,4 | | |
| Não | 59 | 78,7 | 24 | 85,7 | 83 | 80,6 | | |

* $p < 0,05$

Dos resultados apresentados na tabela 22, verificamos que a maioria das parturientes refere que lhe foi oferecida analgesia epidural e dado o consentimento informado (76,2%), 23,8% refere que não lhe foi oferecida analgesia epidural e dado o consentimento informado.

De acordo com o grupo de idades, verificou-se que no grupo etário <35 anos a maioria refere que lhe foi oferecida analgesia epidural e dado o consentimento informado (82,4 %) e 17,6% refere que não lhe foi oferecida analgesia epidural e dado o consentimento informado, no grupo etário ≥35 anos a resposta foi de 50,0% responde que lhe foi oferecida analgesia epidural e dado o consentimento informado e 50,0% responde que não lhe foi oferecida analgesia epidural e dado o consentimento informado.

Verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a idade e o uso de analgesia epidural com consentimento informado ($p=0,172$; $X^2=1,868$).

Tabela 22 – Uso de analgesia epidural com consentimento informado e a idade

| Variável | <35 anos | | ≥35 anos | | Total | | X ² | p |
|--|----------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|----------------|-------|
| | N (76) | % (100,0) | N (28) | % (100,0) | N (104) | % (100,0) | | |
| Uso de analgesia epidural com consentimento informado | | | | | | | 1,868 | 0,172 |
| Sim | 14 | 82,4 | 2 | 50,0 | 16 | 76,2 | | |
| Não | 3 | 17,6 | 2 | 50,0 | 5 | 23,8 | | |

* $p < 0,05$

Os resultados relativos às intervenções de rotina na sala de partos são apresentados na tabela 23. Expressamos apenas os dados obtidos, tendo em consideração as mulheres

às quais foram realizadas estas intervenções na sala de partos e previamente informadas. Verificamos que do total de 23,07% da amostra 91,7% foi efectuado enema de limpeza. Relativamente à intervenção “tricotomia”, verificamos que do total de 44,32% da amostra 60,9% foi realizada a tricotomia. À intervenção “realização de ecografia” 7,69% do total da amostra 100,0% foi realizada ecografia. No que se refere à intervenção “fármaco para aumentar as contracções”, constatamos que de 65,38% do total da amostra 76,5% das participantes foi submetida a esta intervenção. Relativamente à intervenção “monitorizada durante o TP”, 69,23% do total da amostra 76,4% das participantes esteve monitorizada durante o TP. Quanto à intervenção “esvaziamento vesical”, observamos que do total de 39,42% da amostra 92,7% foi submetida a esta intervenção. Relativamente à intervenção “perfusão contínua”, verificamos que do total de 94,23% da amostra 66,3% das participantes foi submetida a intervenção. Para finalizar observamos que do total de 92,88% da amostra 58,2% das participantes foi submetida a amniotomia.

Observamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas intervenções “enema de limpeza” ($p=0,032$) e “realização de ecografia” ($p=0,035$).

Tabela 23 – Intervenções de rotina e informação prévia

| Variáveis | Sim | | Não | | Total | | p | X ² |
|---|-----|--------------|-----|--------------|-------|--------------|--------|----------------|
| | N | % (100,0) | N | % (100,0) | N | % (100,0) | | |
| Intervenções de rotina e informação prévia | | | | | | | | |
| Fizeram-lhe enema de limpeza, explicaram-lhe o motivo | 22 | 91,7 | 2 | 8,3 | 24 | 23,07 | 0,032* | 4,578 |
| Foi rapada, ainda que pouco para que pudessem coser o corte (episiotomia) feito ou laceração ocorrida, explicaram-lhe o motivo? | 28 | 60,9 | 18 | 39,1 | 46 | 44,32 | 0,087 | 2,922 |
| Foi-lhe realizada alguma ecografia durante a dilatação, explicaram-lhe o motivo? | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 8 | 7,69 | 0,035* | 4,444 |
| Puseram-lhe algum fármaco para produzir ou aumentar as contracções, explicaram-lhe o motivo? | 52 | 76,5 | 16 | 23,5 | 68 | 65,38 | 0,580 | 0,306 |
| Esteve monitorizada durante todo o parto, explicaram-lhe o motivo? | 55 | 76,4 | 17 | 23,6 | 72 | 69,23 | ----- | ----- |
| Puseram-lhe uma sonda para poder urinar, explicaram-lhe o motivo? | 38 | 92,7 | 3 | 7,3 | 41 | 39,42 | ----- | ----- |
| Puseram-lhe uma perfusão contínua (soro), explicaram-lhe o motivo? | 65 | 66,3 | 33 | 33,7 | 98 | 94,23 | ----- | ----- |
| Romperam-lhe a bolsa de águas, explicaram-lhe o motivo? | 32 | 58,2 | 23 | 41,8 | 55 | 92,88 | ----- | ----- |

* $p < 0,05$

Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP)

Conforme verificamos na tabela 24 os valores das expectativas do trabalho de parto variam entre oito e dezoito, com um valor médio de $14,26 \pm 2,46$ e $CV=17,25\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-2,17$) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose ($K/erro=-1,02$) indica uma curva mesocúrtica.

Em relação às expectativas do parto verificamos que os valores variam entre nove e dezanove, com um valor médio de $14,66 \pm 2,25$ e $CV=15,34\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-0,85$) e a curtose ($K/erro=-1,25$) se encontram dentro dos valores de referência.

No que concerne as expectativas do pós-parto verificamos que os valores variam entre dez e dezanove, com um valor médio de $15,00 \pm 1,96$ e $CV=13,06\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-0,94$) e a curtose ($K/erro=-0,95$) se encontram dentro dos valores de referência.

Na expectativa total verificamos que os valores variam entre trinta e sete e sessenta e três, com um valor médio de $50,31 \pm 6,17$ e $CV=12,26\%$, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-2,17$) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e a curtose ($K/erro=-1,02$) indica uma curva mesocúrtica.

Tabela 24 – Estatística relativa à expectativas do trabalho de parto, parto, pós-parto

| Variável | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K | SK |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----------|------|--------|--------|-------|-------|
| Expectativas do trabalho de parto | 104 | 8 | 18 | 14,26 | 2,46 | 17,25 | 0,000* | -1,02 | -2,17 |
| Expectativas do parto | 104 | 9 | 19 | 14,66 | 2,25 | 15,34 | 0,002* | -1,25 | -0,85 |
| Expectativas do pós-parto | 104 | 10 | 19 | 15,00 | 1,96 | 13,06 | 0,006* | -0,95 | -0,94 |
| Expectativas total | 104 | 37 | 63 | 50,31 | 6,17 | 12,26 | 0,200 | -1,02 | -2,17 |

* $p < 0,05$

Observamos na tabela 25 que na satisfação do trabalho de parto os valores variam entre seis e vinte, com um valor médio de $14,50 \pm 3,20$ e $CV=22,06\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=-1,02$) e a curtose ($K/erro=-0,81$) se encontram dentro dos valores de referência.

Na satisfação do parto verificamos que os valores variam entre nove e vinte, com um valor médio de $15,08 \pm 2,25$ e $CV=15,34\%$, apresenta uma curva com distribuição normal,

dado que os valores da simetria (SK/erro=-0,85) e a curtose (K/erro=- 1,25) se encontram dentro dos valores de referência.

Em relação à satisfação do pós-parto observamos que os valores variam entre dez e vinte, com um valor médio de $15,21 \pm 2,51$ e $CV=16,50\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=-1,03) e a curtose (K/erro=- 1,10) se encontram dentro dos valores de referência.

Na satisfação total verificamos que os valores variam entre trinta e quatro e sessenta e oito, com um valor médio de $50,24 \pm 8,01$, cujo $CV=15,63\%$, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria (SK/erro=1,30) e a curtose (K/erro=- 0,58) se encontram dentro dos valores de referência.

Tabela 25 – Estatística relativa à satisfação do trabalho de parto, parto, pós-parto

| Variável | N | Min | Max | \bar{X} | D.P. | CV (%) | KS | K | SK |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----------|------|--------|--------|-------|-------|
| Satisfação com o trabalho de parto | 104 | 6 | 20 | 14,50 | 3,20 | 22,06 | 0,008 | -0,81 | -1,02 |
| Satisfação com o parto | 104 | 9 | 20 | 15,08 | 2,67 | 17,70 | 0,013* | -0,96 | -1,24 |
| Satisfação com o pós-parto | 104 | 10 | 20 | 15,21 | 2,51 | 16,50 | 0,002* | -1,10 | -1,03 |
| Satisfação total | 104 | 34 | 68 | 51,24 | 8,01 | 15,63 | 0,042* | -0,58 | 1,30 |

*p < 0,05

Para as expectativas e satisfação do valor global efectuaram-se grupos de corte, tendo por base a fórmula mediana $\pm 0,25$ de intervalo interquartilico.

Analisando a tabela 26, observamos que num total de 47,1% das mulheres com baixas expectativas com o parto, 11,9% apresentam uma satisfação alta, 40,0% moderada e 80,9% baixa. Num total 10,6% das mulheres com moderadas expectativas com o parto, 4,8% apresentam uma satisfação alta, 33,3% apresentam uma satisfação moderada e 8,5% apresentam uma satisfação baixa. Por último, num total de 42,3% das mulheres com altas expectativas com o parto, 83,3% mantem uma alta satisfação, 26,7% das mulheres apresentam uma satisfação moderada e 10,6% apresentam uma satisfação baixa.

Tabela 26 – Relação entre expectativas e satisfação das mulheres com o parto

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|----------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|--------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Baixa | 38 | 80,9 | 6 | 40,0 | 5 | 11,9 | 6,3 | -0,6 | -5,9 | 49 | 47,1 | 60,161 | 0,000* |
| Moderada | 4 | 8,5 | 5 | 33,3 | 2 | 4,8 | -0,6 | 3,1 | -1,6 | 11 | 10,6 | | |
| Alta | 5 | 10,6 | 4 | 26,7 | 35 | 83,3 | -5,9 | -1,3 | 7,0 | 44 | 42,3 | | |

*p < 0,05

Variáveis sociodemográficas

Grupos etários

Relativamente à tabela 27, verificamos que o grupo etário <35 anos é o mais representativo (73,1%), assim como é o que apresenta maiores expectativas (68,2%) com o parto. O grupo etário ≥ 35 anos apresenta baixa expectativa (18,4%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= 1,9; -1,5; -1,0), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 4,279$; $p= 0,118$).

O mesmo se verifica quanto à satisfação com o parto, o grupo etário <35 anos é o mais representativo (73,1%), assim como o que apresenta uma satisfação mais alta (71,4%) com o parto, o grupo etário ≥ 35 anos é o que apresenta uma satisfação mais baixa (25,5%) com o parto.

Verificamos também tal como na expectativa que não existem diferenças percentuais (res.=0,3; 0,0; 0,3) nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 0,105$; $p= 0,949$).

Tabela 27 – Distribuição das mulheres segundo o grupo etário, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|----------------|-------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Grupo etário | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| < 35 anos | 40 | 81,6 | 60 | 54,5 | 30 | 68,2 | 1,9 | -1,5 | -1,0 | 76 | 73,1 | 4,279 | 0,118 |
| ≥ 35 anos | 9 | 18,4 | 5 | 45,5 | 14 | 31,8 | -1,9 | 1,5 | 1,0 | 28 | 26,9 | | |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|----------------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Grupo etário | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| < 35 anos | 35 | 74,5 | 11 | 73,3 | 30 | 71,4 | 0,3 | 0,0 | -0,3 | 76 | 73,1 | 0,105 | 0,949 |
| ≥ 35 anos | 12 | 25,5 | 4 | 26,7 | 12 | 28,6 | -0,3 | 0,0 | 0,3 | 28 | 26,9 | | |

* $p < 0,05$

Estado civil

De acordo com a tabela 28, verificamos que o grupo de mulheres casadas é o mais representativo (80,8%), assim como o que apresenta maiores expectativas (84,1%) com o parto. Por sua vez, o grupo das solteiras/divorciadas/viúvas é o que apresenta menores expectativas (20,4%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= 0,3; 0,7; -0,7), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 0,814$; $p= 0,666$).

Através da análise da tabela também podemos referir que o grupo das mulheres casadas é o mais representativo (80,8%) e o que apresenta uma satisfação mais alta (83,3%) com o parto.

Tal como nas expectativas também não existem diferenças percentuais (res.= 0,0; - 0,8; 0,5), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 0,712$; $p= 0,700$).

Tabela 28 – Distribuição das mulheres segundo o estado civil, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|---------------------------|-------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Estado civil | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Solteira/divorciada/viúva | 10 | 20,4 | 3 | 27,3 | 7 | 15,9 | 0,3 | 0,7 | -0,7 | 20 | 19,2 | 0,814 | 0,666 |
| Casada | 39 | 79,6 | 8 | 72,7 | 37 | 84,1 | -0,3 | -0,7 | 0,7 | 84 | 80,8 | | |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|---------------------------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Estado civil | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Solteira/divorciada/viúva | 9 | 19,1 | 4 | 26,7 | 7 | 16,7 | 0,0 | 0,8 | -0,5 | 20 | 19,2 | 0,712 | 0,700 |
| Casada | 38 | 80,9 | 11 | 73,3 | 35 | 83,3 | 0,0 | -0,8 | 0,5 | 84 | 80,8 | | |

* $p < 0,05$

Coabitação

Em relação à tabela 29, verificamos que o grupo de mulheres com uma família nuclear é o mais representativo (87,5%), assim como o que apresenta expectativas mais altas (90,9%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= -1,7; 1,3; 0,9), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 3,581$; $p= 0,167$).

Podemos observar que tal como acontece na expectativa, o grupo de mulheres com uma família nuclear é o mais representativo (87,5%), assim como o que apresenta uma satisfação mais alta (88,1%) com o parto.

Verifica-se que não existem diferenças percentuais (res.= -0,1; -0,1; 0,2), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 0,026$; $p= 0,987$).

Tabela 29 – Distribuição das mulheres segundo a coabitação, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|-----------------|-------------|------|----------|-------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Coabitação | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Família nuclear | 40 | 81,6 | 11 | 100,0 | 40 | 90,9 | -1,7 | 1,3 | 0,9 | 91 | 87,5 | 3,581 | 0,167 |
| Outra | 9 | 18,4 | 0 | 0,0 | 4 | 9,1 | 1,7 | -1,3 | -0,9 | 13 | 12,5 | | |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|-----------------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Coabitação | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Família nuclear | 41 | 87,2 | 13 | 86,7 | 37 | 88,1 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | 91 | 87,5 | 0,026 | 0,987 |
| Outra | 6 | 12,8 | 2 | 13,3 | 5 | 11,9 | 0,1 | 0,1 | -0,2 | 13 | 12,5 | | |

*p< 0,05

Escolaridade

Analisando a tabela 30, verificamos que o grupo de mulheres com escolaridade até ao 12º ano representa a maioria (60,6%) e é o que apresenta expectativas mais altas (75,0%) com o parto. O grupo de mulheres com ensino superior apresenta expectativas baixas (51,0%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= -2,3; -0,4; 2,6), mas diferenças estatisticamente significativas (X²= 6,760; p= 0,034*).

Inferimos ainda que, o grupo de mulheres com escolaridade até ao 12º ano na satisfação também representa a maioria (60,6%), assim como é o grupo com satisfação mais alta (73,8%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= -1,4; -1,2; 2,3), nem diferenças estatisticamente significativas (X²= 5,368; p= 0,068).

Tabela 30 – Distribuição das mulheres segundo a escolaridade, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|--------------|-------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|--------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Escolaridade | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Até 12º ano | 24 | 49,0 | 6 | 54,5 | 33 | 75,0 | -2,3 | -0,4 | 2,6 | 63 | 60,6 | 6,760 | 0,034* |
| Superior | 25 | 51,0 | 5 | 45,5 | 11 | 25,0 | 2,3 | 0,4 | -2,6 | 41 | 39,4 | | |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|--------------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Escolaridade | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Até 12º ano | 25 | 53,2 | 7 | 46,7 | 31 | 73,8 | -1,4 | -1,2 | 2,3 | 63 | 60,6 | 5,368 | 0,068 |
| Superior | 22 | 46,8 | 8 | 53,3 | 11 | 26,2 | 1,4 | 1,2 | -2,3 | 41 | 39,4 | | |

*p< 0,05

Situação profissional

Observamos na tabela 31, que o grupo de mulheres empregadas é o mais representativo (75,0%), assim como o mais o que apresenta expectativas mais altas (75,0%)

com o parto. O grupo de mulheres desempregadas apresenta expectativas baixas (22,4%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= 0,6; -0,9; 0,0), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 0,928$; $p= 0,629$).

Tal como acontece na expectativa, na satisfação o grupo mais representativo é o das mulheres empregadas (75,0%), assim como as que apresentam uma satisfação mais alta (81,0%).

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= 0,3; -2,1; 1,2), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 4,613$; $p= 0,100$).

Tabela 31 – Distribuição das mulheres segundo a situação profissional, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|-----------------------|-------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | Total | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | | N | % | | |
| Situação profissional | N | % | N | % | N | % | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Empregado | 38 | 77,6 | 7 | 63,6 | 33 | 75,0 | 0,6 | -0,9 | 0,0 | 78 | 75,0 | 0,928 | 0,629 |
| Desempregado | 11 | 22,4 | 4 | 36,4 | 11 | 25,0 | -0,6 | 0,9 | 0,0 | 26 | 25,0 | | |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|-----------------------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | Total | | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | | N | % | | |
| Situação profissional | N | % | N | % | N | % | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Empregado | 36 | 76,6 | 8 | 53,3 | 34 | 81,0 | 0,3 | -2,1 | 1,2 | 78 | 75,0 | 4,613 | 0,100 |
| Desempregado | 11 | 23,4 | 7 | 46,7 | 8 | 19,0 | -0,3 | 2,1 | -1,2 | 26 | 25,0 | | |

* $p < 0,05$

Planeamento da gravidez

Analisando a tabela 32, verificamos que o grupo de mulheres que planeou a sua gravidez é o mais representativo (74,0%), também verificamos que este grupo é o que apresenta expectativas mais altas (72,7%) com o parto. As mulheres que não planearam a sua gravidez apresentam expectativas baixas (24,5%) em relação ao parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= 0,3; -0,1; -0,3), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 0,104$; $p= 0,949$). Tal como acontece na expectativa, as mulheres que planearam a sua gravidez também são o grupo mais representativo (74,0%) e as que apresentam uma satisfação mais alta (69,0%) com o parto, as que não planearam a sua gravidez apresentam uma satisfação baixa (25,5%) com o parto. Não existem diferenças percentuais (res.= 0,1; 1,2; -1,0), nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 1,793$; $p= 0,408$).

Tabela 32 – Distribuição das mulheres segundo a gravidez planeada, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|-------------------|-------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Gravidez planeada | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Sim | 37 | 75,5 | 8 | 72,7 | 32 | 72,7 | 0,3 | -0,1 | -0,3 | 77 | 74,0 | 0,104 | 0,949 |
| Não | 12 | 24,5 | 3 | 27,3 | 12 | 27,3 | -0,3 | 0,1 | 0,3 | 27 | 26,0 | | |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|-------------------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Gravidez planeada | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Sim | 35 | 74,5 | 13 | 86,7 | 29 | 69,0 | 0,1 | 1,2 | -1,0 | 77 | 74,0 | 1,793 | 0,408 |
| Não | 12 | 25,5 | 2 | 13,3 | 13 | 31,0 | -0,1 | -1,2 | 1,0 | 27 | 26,0 | | |

*p< 0,05

Número de semanas de gravidez

Na tabela 33, verificamos que o grupo de mulheres com gravidez de termo representa a maioria (90,4%), assim como o grupo com expectativas mais altas (86,4%) com o parto. O grupo de mulheres com gravidez de pré-termo apresenta expectativas baixas (8,2%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= -0,5; -1,1; 1,2), nem diferenças estatisticamente significativas (X²= 2,108; p= 0,349).

Verificamos que quanto à satisfação o grupo de mulheres com gravidez de termo representa a maioria (90,4%), assim como são estas mulheres as que apresentam uma satisfação mais alta (88,1%) com o parto. O grupo de mulheres com gravidez de pré-termo apresentam uma satisfação baixa (10,6%) com o parto.

Observa-se que não existem diferenças percentuais (res.= 0,3; -1,4; 0,7), nem diferenças estatisticamente significativas (X²= 1,906; p= 0,386).

Tabela 33 – Distribuição das grávidas segundo o número de semanas de gravidez, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|---------------------------|-------------|------|----------|-------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Nº de semanas de gravidez | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Pré-termo (<37 semanas) | 4 | 8,2 | 0 | 0,0 | 6 | 13,6 | -0,5 | -1,1 | 1,2 | 10 | 9,6 | | |
| Termo (≥37 semanas) | 45 | 91,8 | 11 | 100,0 | 38 | 86,4 | 0,5 | 1,1 | -1,2 | 94 | 90,4 | 2,108 | 0,349 |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|---------------------------|------------|------|----------|-------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| Nº de semanas de gravidez | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Pré-termo (<37 semanas) | 5 | 10,6 | 0 | 0,0 | 5 | 11,9 | 0,3 | -1,4 | 0,7 | 10 | 9,6 | | |
| Termo (≥37 semanas) | 42 | 89,4 | 15 | 100,0 | 37 | 88,1 | -0,3 | 1,4 | -0,7 | 94 | 90,4 | 1,906 | 0,386 |

Vigilância da gravidez

Analisando a tabela 34, verificamos que o grupo de mulheres que vigiaram a sua gravidez no serviço público é o mais representativo (84,6%), 9,6% das mulheres vigiou a sua gravidez no serviço privado e 5,8% das mulheres vigiou a sua gravidez no serviço público e privado. Observamos ainda que o grupo que apresenta expectativas mais altas (86,4%) com o parto são as mulheres que vigiaram a sua gravidez no serviço público, o serviço privado e o público e privado com a mesma percentagem (6,8%). O grupo de mulheres que apresenta expectativas mais baixas (6,1%) com o parto são as mulheres que vigiaram a sua gravidez no serviço público e privado.

Observa-se que não existem diferenças percentuais, nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 1,562$; $p = 0,816$).

À semelhança da expectativa, na satisfação o grupo mais representativo é o das mulheres que vigiaram a gravidez no serviço público (84,6%), 9,6% vigiou a sua gravidez no serviço privado 9,6% e 5,8% vigiou no serviço público e privado 5,8%. O grupo que apresenta uma satisfação mais alta com o parto é o grupo de mulheres que vigiou a sua gravidez no serviço público (85,7%). Assim com uma satisfação mais baixa com o parto temos o grupo de mulheres que vigiou a sua gravidez no serviço público e privado (4,3%).

Não existem diferenças percentuais, nem diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 1,261$; $p = 0,868$).

Tabela 34 – Distribuição das mulheres segundo o local de vigilância de gravidez, a expectativa e a satisfação com o parto

| Variável | Expectativa | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|---------------------------------|-------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Local de vigilância de gravidez | | | | | | | | | | | | | |
| Público | 40 | 81,6 | 10 | 90,9 | 38 | 86,4 | -0,8 | 0,6 | 0,4 | 88 | 84,6 | 1,562 | 0,816 |
| Privado | 6 | 12,2 | 1 | 9,1 | 3 | 6,8 | 0,9 | -0,1 | -0,8 | 10 | 9,6 | | |
| Público e privado | 3 | 6,1 | 0 | 0,0 | 3 | 6,8 | 0,1 | -0,9 | 0,4 | 6 | 5,8 | | |

| Variável | Satisfação | | | | | | Resíduos ajustados | | | Total | | X ² | p |
|---------------------------------|------------|------|----------|------|------|------|--------------------|----------|------|-------|------|----------------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | Moderada | Alta | N | % | | |
| | N | % | N | % | N | % | | | | | | | |
| Local de vigilância de gravidez | | | | | | | | | | | | | |
| Público | 39 | 83,0 | 13 | 86,7 | 36 | 85,7 | -0,4 | 0,2 | 0,3 | 88 | 84,6 | 1,261 | 0,868 |
| Privado | 6 | 12,8 | 1 | 6,7 | 3 | 7,1 | 1,0 | -0,4 | -0,7 | 10 | 9,6 | | |
| Público e privado | 2 | 4,3 | 1 | 6,7 | 3 | 7,1 | -0,6 | 0,2 | 0,5 | 6 | 5,8 | | |

*p< 0,05

Relação entre expectativa e satisfação da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto

A análise da relação existente entre a expectativa e a satisfação da mulher no TP, no P, no PP e totais foi realizada através do teste t-student para amostras emparelhadas. De acordo com a tabela 35, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas (p=0,017) no parto, ou seja a expectativa que as mulheres referem relativamente ao parto influenciam a sua satisfação. Sendo que a expectativa manifestada pelas mulheres durante o TP, P, PP e totais é maior que a sua satisfação, uma vez que, a diferença de médias é positiva. Através dos resultados da variância explicada (VE), observamos que as percentagens oscilam entre 45,69% e 68,89%, sendo o TP o que apresenta maior percentagem (68,89%) de influência da expectativa sobre a satisfação. Com menor percentagem (45,69%) é o PP.

Tabela 35 – T-student para amostras emparelhadas entre expectativa e satisfação do trabalho de parto, parto, pós-parto

| Subescala | Expectativa | | Satisfação | | #Médias | D.P. | t | p | r | V.E.(%) |
|-----------|-------------|------|------------|------|---------|------|--------|--------|-------|---------|
| | Média | DP | Média | DP | | | | | | |
| TP | 14,26 | 2,46 | 14,50 | 3,20 | -0,23 | 1,79 | -1,310 | 0,193 | 0,830 | 68,89% |
| P | 14,66 | 2,25 | 15,08 | 2,67 | -0,42 | 1,77 | -2,427 | 0,017* | 0,753 | 56,70% |
| PP | 15,00 | 1,96 | 15,21 | 2,51 | -0,21 | 1,87 | -1,152 | 0,252 | 0,676 | 45,69% |
| Total | 50,31 | 6,17 | 51,24 | 8,01 | -0,92 | 4,83 | -1,947 | 0,054 | 0,798 | 63,68% |

*p< 0,05

A tabela 36 apresenta a matriz de correlação de Pearson entre as expectativas do trabalho de parto, parto e pós-parto e satisfação do trabalho de parto, parto e pós-parto: denota-se que as correlações são positivas e significativas oscilando entre os $r = 0.424$ na relação satisfação trabalho de parto e expectativas pós-parto e os $r = 0.895$ entre a satisfação total e satisfação durante o parto. Perante os resultados podemos afirmar que quanto maior são as expectativas maior é a satisfação durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Tabela 36 – Correlação linear de Pearson entre a expectativa e satisfação com o trabalho de parto, parto, pós-parto e totais

| Variável | Total expectativa TP | Total expectativa P | Total expectativa PP | Total expectativa total | Total satisfação TP | Total satisfação P | Total satisfação PP |
|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Total expect. P | 0,606 | ----- | | | | | |
| Total expect. PP | 0,498 | 0,568 | ----- | | | | |
| Total expect. Total | 0,843 | 0,836 | 0,788 | ----- | | | |
| Total satisf. TP | 0,830 | 0,616 | 0,424 | 0,735 | ----- | | |
| Total satisf. P | 0,599 | 0,753 | 0,448 | 0,710 | 0,739 | ----- | |
| Total satisf. PP | 0,508 | 0,482 | 0,676 | 0,638 | 0,627 | 0,668 | ----- |
| Total satisf. total | 0,724 | 0,686 | 0,586 | 0,798 | 0,881 | 0,895 | 0,845 |

* $p < 0,05$

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das questões de investigação, associando as variáveis em estudo, à nossa variável endógena.

Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, coabitação, escolaridade, situação profissional) na importância e percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas?

Relação entre a idade e a importância/percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas

Procurou-se identificar se a idade da mulher influenciava a importância dada por estas perante as práticas obstétricas. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 2) entre o grupo etário <35 anos e o grupo etário ≥ 35 anos e as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sociofamiliar”, “atenção ao bem-estar”, “atenção ao PP/alta”. Assim encontrando um valor de “p” superior ao nível de

significância fixado ($\alpha=0,05$), considerámos desta forma que não existe diferença significativa entre os grupos, sendo legítimo concluir que estes não influenciam a importância e percepção das mulheres face às práticas obstétricas. No entanto verificamos que as mulheres com idade <35 anos apresentam maior importância nas subescalas “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”. As mulheres com idade ≥ 35 anos apresentam maior importância nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sociofamiliar”.

Procurou-se identificar se a idade da mulher influenciava a sua percepção perante as práticas obstétricas. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 2) entre o grupo etário <35 anos e o grupo etário ≥ 35 anos e as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sociofamiliar”, “atenção ao bem-estar”, “atenção ao PP/alta”. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas podemos afirmar que a idade da mulher não influencia a percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas. Verificamos que as mulheres com idade ≥ 35 anos apresentam maior percepção nas subescalas “cuidados prestados”, actuação perante a dor” e “apoio sociofamiliar”, as mulheres com idade <35 anos apresentam maior percepção nas subescalas “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”.

Quadro 2 - Teste de UMW entre a idade e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres

| Idade / Subescalas/Importância | <35 anos (N=76) | ≥ 35 anos (N=28) | U | P |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------|----------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 50,39 | 58,23 | 903,500 | 0,234 |
| Actuação perante a dor | 52,86 | 51,52 | 1036,500 | 0,839 |
| Apoio sociofamiliar | 51,95 | 54,00 | 1022,000 | 0,706 |
| Atenção ao bem-estar | 53,70 | 49,25 | 973,000 | 0,495 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 53,07 | 50,96 | 1021,000 | 0,674 |
| Idade / Subescalas/Percepção | <35 anos (N=76) | ≥ 35 anos (N=26) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 51,12 | 56,25 | 959,000 | 0,439 |
| Actuação perante a dor | 39,75 | 42,62 | 575,000 | 0,625 |
| Apoio sociofamiliar | 52,02 | 53,80 | 1027,500 | 0,780 |
| Atenção ao bem-estar | 52,80 | 51,68 | 1041,000 | 0,864 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 53,26 | 50,45 | 1006,500 | 0,664 |

* $p < 0,05$

Relação entre o estado civil e a importância/percepção da mulher perante as práticas obstétricas

De forma a identificar se o estado civil da mulher influenciaria a sua importância perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 3, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que o estado civil não influencia a importância da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres casadas apresentam uma maior importância nas subescalas “cuidados prestados” e “atenção ao bem-estar”. As mulheres que pertencem ao grupo das solteiras/divorciadas/viúvas apresentam uma maior importância nas restantes subescalas, como “actuação perante a dor”, “apoio sociofamiliar” e “atenção ao pós-parto/alta”.

De forma a identificar se o estado civil da mulher influenciaria a sua percepção perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 3, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que o estado civil não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres casadas apresentam uma maior percepção nas subescalas “cuidados prestados”, “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”. As mulheres que pertencem ao grupo das solteiras/divorciadas/viúvas apresentam uma maior percepção nas restantes subescalas “apoio sociofamiliar” e “atenção ao pós-parto/alta”.

Quadro 3 - Teste de UMW entre o estado civil e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres

| Estado civil \ Subescalas/Importância | Solteira/divorciada/viúva (N=20) | Casada (N=84) | U | P |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 46,15 | 54,01 | 713,000 | 0,290 |
| Actuação perante a dor | 54,45 | 52,04 | 801,000 | 0,745 |
| Apoio sociofamiliar | 55,80 | 51,71 | 774,000 | 0,504 |
| Atenção ao bem-estar | 50,75 | 52,92 | 805,000 | 0,768 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 55,80 | 51,71 | 774,000 | 0,467 |
| Estado civil \ Subescalas/Percepção | Solteira/divorciada/viúva (N=20) | Casada (N=84) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 46,40 | 53,95 | 718,000 | 0,312 |
| Actuação perante a dor | 38,92 | 40,96 | 529,500 | 0,742 |
| Apoio sociofamiliar | 63,80 | 49,81 | 614,000 | 0,051 |
| Atenção ao bem-estar | 50,68 | 52,93 | 803,500 | 0,760 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 63,15 | 49,96 | 627,000 | 0,070 |

* $p < 0,05$

Relação entre a coabitação e a importância/percepção da mulher perante as práticas obstétricas

De forma a identificar se a coabitação da mulher influenciaria a sua importância perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 4, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que a coabitação não influencia a importância da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres que apresentam uma família nuclear têm uma maior importância nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sociofamiliar”. As restantes referem-se as mulheres com outro tipo de coabitação.

De forma a identificar se a coabitação da mulher influenciaria a sua percepção perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 4, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que a coabitação não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres que apresentam uma família nuclear têm uma maior percepção em todas as subescalas, excepto na “atenção ao pós-parto/alta”.

Quadro 4 - Teste de UMW entre a coabitação e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres

| Coabitação Subescalas/Importância | Família nuclear (N=91) | Outra (N=13) | U | P |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 54,53 | 38,27 | 406,500 | 0,066 |
| Actuação perante a dor | 52,19 | 54,65 | 563,500 | 0,781 |
| Apoio sociofamiliar | 53,49 | 45,58 | 501,500 | 0,277 |
| Atenção ao bem-estar | 52,03 | 55,77 | 549,000 | 0,669 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 52,23 | 54,38 | 567,000 | 0,748 |

| Coabitação Subescalas/Percepção | Família nuclear (N=91) | Outra (N=13) | U | P |
|------------------------------------|------------------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 53,51 | 45,42 | 499,500 | 0,364 |
| Actuação perante a dor | 41,10 | 37,08 | 367,000 | 0,579 |
| Apoio sociofamiliar | 52,63 | 51,58 | 579,500 | 0,902 |
| Atenção ao bem-estar | 52,75 | 50,73 | 568,500 | 0,819 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 51,77 | 57,58 | 525,500 | 0,504 |

* $p < 0,05$

Relação entre a escolaridade e a importância/percepção da mulher perante as práticas obstétricas

A fim de verificar o efeito da variável escolaridade na importância dada pela mulher perante as práticas obstétricas, utilizamos o Teste t de student. Verificamos no quadro 5, que as mulheres com escolaridade até ao 12ºano apresentam uma maior importância com as subescalas “apoio sociofamiliar” e “atenção ao pós-parto/alta”, as mulheres com ensino superior apresentam uma maior importância nas restantes subescalas.

Não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e as diferentes subescalas, podemos afirmar que a escolaridade não influencia a importância da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Com a finalidade de verificarmos o efeito da variável escolaridade na percepção dada pela mulher perante as práticas obstétricas, utilizamos o Teste t de student. Verificamos no quadro 5, que as mulheres com escolaridade até ao 12ºano apresentam uma maior percepção com as subescalas “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar” e

“atenção ao pós-parto/alta”, as mulheres com ensino superior apresentam uma maior percepção nas restantes subescalas.

Verifica-se a existência de diferença estatisticamente significativa na subescala “atenção ao bem-estar” ($p=0,050$), podemos afirmar que a escolaridade influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas relativas a “atenção ao bem-estar”.

Quadro 5 - t-student da importância e percepção das práticas obstétricas em função da escolaridade

| Escolaridade Subescalas/Importância | Até ao 12ºano (N=63) | | Ensino superior (N=41) | | F | p | t | #Media |
|--|-------------------------|------|---------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | \bar{X} | D.P. | \bar{X} | D.P. | | | | |
| Cuidados prestados | 36,90 | 2,78 | 37,12 | 2,61 | 0,018 | -0,398 | 0,692 | -0,217 |
| Actuação perante a dor | 21,50 | 2,40 | 22,07 | 2,48 | 0,059 | 0,251 | -1,155 | -0,565 |
| Apoio sociofamiliar | 9,55 | 0,79 | 9,31 | 1,19 | 6,759 | 0,224 | 1,222 | 0,238 |
| Atenção ao bem-estar | 17,41 | 5,03 | 18,43 | 10,36 | 2,890 | -0,674 | 0,502 | -1,026 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 19,58 | 0,92 | 19,21 | 2,13 | 4,041 | 0,231 | 1,204 | 0,367 |

| Escolaridade Subescalas/Percepção | Até ao 12ºano (N=63) | | Ensino superior (N=41) | | F | p | t | #Media |
|--------------------------------------|-------------------------|------|---------------------------|------|-------|--------|--------|--------|
| | \bar{X} | D.P. | \bar{X} | D.P. | | | | |
| Cuidados prestados | 31,71 | 4,53 | 32,70 | 8,86 | 0,991 | 0,454 | -0,752 | -0,993 |
| Actuação perante a dor | 13,97 | 4,27 | 12,91 | 3,64 | 1,644 | 0,243 | 1,177 | 1,063 |
| Apoio sociofamiliar | 8,63 | 1,73 | 9,68 | 8,23 | 1,810 | 0,330 | -0,979 | -1,048 |
| Atenção ao bem-estar | 13,23 | 3,25 | 12,07 | 2,33 | 5,409 | 0,050* | 1,983 | 1,164 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 18,01 | 2,84 | 17,90 | 2,22 | 0,106 | 0,829 | 0,216 | 0,113 |

* $p < 0,05$

Relação entre a situação profissional e a importância/percepção da mulher perante as práticas obstétricas

De forma a identificar se a situação profissional da mulher influenciaria a sua importância perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 6, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que a situação profissional não influencia a importância da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres que se apresentam desempregadas têm uma maior importância nas subescalas “apoio sociofamiliar” e “atenção ao pós-parto/alta”. As mulheres

empregadas apresentam uma maior importância nas restantes subescalas “cuidados prestados”, “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”.

A fim de verificar se a situação profissional da mulher influenciaria a sua percepção perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 6, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que a situação profissional não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres que estão empregadas têm uma maior percepção nas subescalas “cuidados prestados”, “apoio sociofamiliar” e “atenção ao pós-parto/alta”. As mulheres desempregadas apresentam maior percepção nas restantes subescalas.

Quadro 6 - Teste de UMW entre a situação profissional e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres

| Situação profissional Subescalas/Importância | Empregada (N=78) | Desempregada (N=26) | U | P |
|---|------------------|---------------------|----------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 53,69 | 48,94 | 921,500 | 0,483 |
| Actuação perante a dor | 52,75 | 51,75 | 994,500 | 0,883 |
| Apoio sociofamiliar | 52,20 | 53,40 | 990,500 | 0,829 |
| Atenção ao bem-estar | 52,54 | 52,37 | 1010,500 | 0,979 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 52,28 | 53,17 | 996,500 | 0,861 |
| Situação profissional Subescalas/Percepção | Empregada (N=78) | Desempregada (N=26) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 54,06 | 47,81 | 892,000 | 0,358 |
| Actuação perante a dor | 39,98 | 42,18 | 547,500 | 0,717 |
| Apoio sociofamiliar | 52,83 | 51,50 | 988,000 | 0,838 |
| Atenção ao bem-estar | 51,46 | 55,63 | 932,500 | 0,535 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 52,60 | 52,21 | 1006,50 | 0,954 |

* $p < 0,05$

Qual a influência das variáveis obstétricas (número de gestações anteriores, gravidez planeada, local de vigilância da gravidez) na importância e percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas?

Relação entre e o número de gestações anteriores e a importância/percepção da mulher perante as práticas obstétricas

De forma a identificar se o número de gestações anteriores da mulher influenciaria a sua importância perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 7, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que o número de gestações anteriores não influencia a importância da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres com zero gestações dão mais importância as subescalas “cuidados prestados”, “actuação perante a dor” e “apoio sociofamiliar”. As mulheres com uma gestação anterior apresentam maior importância para as subescalas “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”.

A fim de verificar se o número de gestações anteriores da mulher influenciaria a sua percepção perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 7, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que o número de gestações anteriores não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres com zero gestações têm uma maior percepção nas subescalas “actuação perante a dor”, “apoio sociofamiliar” e “atenção ao bem-estar”. As mulheres com uma gestação anterior apresentam maior percepção nas subescalas “cuidados prestados” e “atenção ao pós-parto/alta”.

Quadro 7 - Teste de UMW entre o número de gestações anteriores e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres

| Nº de gestações anteriores | Zero gestações (N=58) | Uma gestação (N=27) | U | P |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Subescalas/Importância | | | | |
| Cuidados prestados | 43,97 | 40,91 | 726,500 | 0,589 |
| Actuação perante a dor | 45,91 | 36,76 | 614,500 | 0,108 |
| Apoio sociofamiliar | 44,13 | 40,57 | 717,500 | 0,452 |
| Atenção ao bem-estar | 40,66 | 48,04 | 647,000 | 0,188 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 40,87 | 47,57 | 659,500 | 0,123 |
| Nº de gestações anteriores | Zero gestações (N=58) | Uma gestação (N=27) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Subescalas/Percepção | | | | |
| Cuidados prestados | 41,86 | 45,44 | 717,000 | 0,532 |
| Actuação perante a dor | 35,55 | 30,60 | 411,500 | 0,332 |
| Apoio sociofamiliar | 44,72 | 39,31 | 683,500 | 0,331 |
| Atenção ao bem-estar | 44,61 | 39,54 | 689,500 | 0,370 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 41,83 | 45,52 | 715,000 | 0,507 |

* $p < 0,05$

Relação entre gravidez planeada e a importância/percepção da mulher perante as práticas obstétricas

Por forma a identificar se uma gravidez planeada da mulher influenciaria a sua importância perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 8, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que gravidez planeada não influencia a importância da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres que planearam a sua gravidez apresentam uma maior importância nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sociofamiliar”. As mulheres que não planearam a sua gravidez apresentam uma maior importância nas restantes subescalas.

A fim de verificar se a gravidez planeada da mulher influenciaria a sua percepção perante as práticas obstétricas realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise verificamos no quadro 8, que não existem diferenças estatisticamente significativas

em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que gravidez planeada não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Observamos que as mulheres que planejaram a sua gravidez apresentam maior percepção em todas as subescalas excepto nos “cuidados prestados”.

Quadro 8 - Teste de UMW entre gravidez planeada e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres

| Gravidez planeada Subescalas/Importância | Sim (N=77) | Não (N=27) | U | P |
|---|-----------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 53,12 | 50,72 | 991,500 | 0,719 |
| Actuação perante a dor | 52,44 | 52,67 | 1035,00 | 0,973 |
| Apoio sociofamiliar | 54,53 | 46,72 | 883,500 | 0,156 |
| Atenção ao bem-estar | 50,45 | 58,33 | 882,000 | 0,232 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 52,25 | 53,22 | 1020,00 | 0,847 |
| Gravidez planeada Subescalas/Percepção | Sim (N=77) | Não (N=27) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 51,69 | 54,81 | 977,000 | 0,642 |
| Actuação perante a dor | 40,78 | 39,75 | 621,500 | 0,858 |
| Apoio sociofamiliar | 53,79 | 48,83 | 940,500 | 0,443 |
| Atenção ao bem-estar | 52,65 | 52,07 | 1028,00 | 0,931 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 52,76 | 51,76 | 1019,50 | 0,878 |

* $p < 0,05$

Relação entre o local de vigilância da gravidez e a importância/percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas

Para conhecer a influência do local de vigilância da gravidez na importância da mulher, realizámos um Teste de Kruskal-Wallis. Através desta análise, verificamos no quadro 9 que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que o local de vigilância da gravidez não influencia a importância da mulher relativamente às práticas obstétricas. Tendo em atenção que não foram encontradas diferenças significativas, ao observar o quadro 9 constatamos que são as mulheres que vigiaram a sua gravidez no serviço público e privado que mostram uma maior importância em todas as subescalas excepto “atenção ao pós-parto/alta, de seguida são as

que vigiaram a sua gravidez no serviço público e por último as que vigiaram a sua gravidez apenas no privado.

Para verificar a influência do local de vigilância da gravidez na percepção da mulher, realizámos um Teste de Kruskal-Wallis. Através desta análise, verificamos no quadro 9 que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que o local de vigilância da gravidez não influencia a percepção da mulher relativamente as práticas obstétricas. Tendo em atenção que não foram encontradas diferenças significativas, ao observar o quadro 9 constatamos que as mulheres que vigiaram a sua gravidez no serviço público apresentam maior percepção na subescala “cuidados prestados”, as mulheres que vigiaram a sua gravidez no serviço privado apresentam maior percepção nas subescalas “actuação perante a dor” e “atenção ao pós-parto/alta” e por último as que vigiaram a sua gravidez no serviço público e privado apresentam maior percepção nas subescalas “apoio sociofamiliar” e “atenção ao bem-estar”.

Quadro 9 - Teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez e a importância/percepção das práticas obstétricas nas mulheres

| Local de vigilância da gravidez Subescalas/Importância | Serviço Público | Privado | Público e privado | KW | p |
|---|-------------------|---------|-------------------|-------|-------|
| | Ordenações Médias | | | | |
| Cuidados prestados | 52,50 | 42,95 | 68,42 | ,732 | 0,255 |
| Atuação perante a dor | 51,62 | 52,30 | 65,75 | ,257 | 0,534 |
| Apoio sociofamiliar | 52,59 | 46,50 | 61,17 | 1,344 | 0,511 |
| Atenção ao bem-estar | 53,18 | 40,80 | 62,00 | 2,247 | 0,325 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 53,13 | 49,65 | 48,08 | 0,457 | 0,796 |
| Local de vigilância da gravidez Subescalas/Percepção | Serviço Público | Privado | Público e privado | KW | p |
| | Ordenações Médias | | | | |
| Cuidados prestados | 52,90 | 49,00 | 52,42 | ,152 | 0,927 |
| Atuação perante a dor | 39,93 | 46,33 | 41,08 | ,425 | 0,809 |
| Apoio sociofamiliar | 53,31 | 37,20 | 66,08 | ,205 | 0,122 |
| Atenção ao bem-estar | 53,04 | 42,90 | 60,58 | 1,514 | 0,469 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 51,66 | 62,00 | 48,92 | 1,216 | 0,545 |

* p < 0,05

Qual a influência das variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, coabitação, escolaridade, situação profissional) na expectativa e satisfação do trabalho de parto, parto, pós-parto, expectativa total e satisfação total?

Relação entre a idade, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto

Procurou-se identificar se a idade da mulher influenciava as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 10) entre o grupo etário <35 anos e o grupo etário ≥ 35 anos e as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de se terem verificado diferenças estatisticamente significativas apenas no total das expectativas no pós-parto, podemos afirmar que a idade da mulher influencia as suas expectativas no pós-parto. No entanto verificamos que as mulheres com idade ≥ 35 anos apresentam maior expectativa no trabalho de parto, parto, pós-parto. As mulheres com idade <35 anos apresentam menores expectativas em todas as fases.

Procurou-se identificar se a idade da mulher influenciava a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 10) entre o grupo etário <35 anos e o grupo etário ≥ 35 anos e a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a idade da mulher não influencia a sua satisfação no trabalho de parto, parto, pós-parto. No entanto verificamos que as mulheres com idade ≥ 35 anos apresentam maior satisfação no trabalho de parto e pós-parto. As mulheres com idade <35 anos apresentam apenas maior satisfação no trabalho de parto.

Quadro 10 - Teste de UMW entre a idade, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP

| Idade \ Expectativas | <35 anos (N=76) | >=35 anos (N=26) | U | P |
|----------------------|-----------------|------------------|----------|--------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Expectativa do TP | 49,74 | 60,00 | 854,000 | 0,121 |
| Expectativa do P | 52,38 | 52,82 | 1055,000 | 0,947 |
| Expectativa do PP | 48,89 | 62,30 | 789,500 | 0,042* |
| Expectativa total | 49,39 | 60,93 | 828,000 | 0,083 |
| Idade \ Satisfação | <35 anos (N=76) | >=35 anos (N=26) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Satisfação do TP | 51,47 | 52,29 | 986,000 | 0,565 |
| Satisfação do P | 54,44 | 47,23 | 916,500 | 0,276 |
| Satisfação do PP | 49,40 | 60,91 | 828,500 | 0,081 |
| Satisfação total | 51,78 | 54,45 | 1009,500 | 0,689 |

* p < 0,05

Relação entre o estado civil, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto

Procurou-se identificar se o estado civil da mulher influenciava as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 11) entre o estado civil e as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que o estado civil da mulher não influencia as suas expectativas. No entanto verificamos que as mulheres casadas apresentam maior expectativa no parto e pós-parto. As mulheres solteiras/divorciadas/viúvas apresentam maior expectativa apenas no trabalho de parto.

A fim de identificar se o estado civil da mulher influenciava a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 11) entre o estado civil e a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que o estado civil da mulher não influencia a sua satisfação. Mas verificamos que as mulheres casadas apresentam maior satisfação no parto e pós-parto, enquanto que, as solteiras/divorciadas/viúvas apresentam maior satisfação durante o trabalho de parto.

Quadro 11 - Teste de UMW entre o estado civil, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP

| Estado civil | Solteira/divorciada/viúva (N=20) | Casada (N=84) | U | P |
|---------------------|----------------------------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Expectativas | | | | |
| Expectativa do TP | 54,63 | 51,99 | 797,500 | 0,724 |
| Expectativa do P | 50,53 | 52,97 | 800,500 | 0,742 |
| Expectativa do PP | 50,08 | 53,08 | 791,500 | 0,686 |
| Expectativa total | 52,38 | 52,53 | 837,500 | 0,984 |
| Estado civil | Solteira/divorciada/viúva (N=20) | Casada (N=84) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Satisfação | | | | |
| Satisfação do TP | 54,63 | 51,99 | 822,500 | 0,885 |
| Satisfação do P | 50,53 | 52,97 | 838,000 | 0,987 |
| Satisfação do PP | 50,08 | 53,08 | 723,000 | 0,330 |
| Satisfação total | 54,33 | 52,07 | 803,500 | 0,763 |

* p < 0,05

Relação entre a coabitação, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto

A fim de identificar se a coabitação da mulher influenciava as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 12) entre a coabitação e as expectativas totais no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a coabitação da mulher não influencia as suas expectativas. No entanto verificamos que as mulheres que tem uma família nuclear apresentam maiores expectativas do que as outras

Procurou identificar-se se a coabitação da mulher influenciava a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 12) entre a coabitação e a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a coabitação da mulher não influencia a sua satisfação. Mas ao contrário do que acontece com as expectativas são as mulheres que tem outro tipo de família que apresentam maior satisfação excepto no trabalho de parto.

Quadro 12 - Teste de UMW entre a coabitação, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP

| Coabitação | Família Nuclear (N=91) | Outra (N=13) | U | P |
|---------------------|------------------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Expectativas | | | | |
| Expectativa do TP | 52,82 | 50,23 | 562,000 | 0,770 |
| Expectativa do P | 53,11 | 48,23 | 536,000 | 0,582 |
| Expectativa do PP | 53,69 | 44,15 | 483,000 | 0,281 |
| Expectativa total | 53,35 | 46,58 | 514,500 | 0,448 |
| Coabitação | Família Nuclear (N=91) | Outra (N=13) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Satisfação | | | | |
| Satisfação do TP | 52,65 | 51,46 | 578,000 | 0,894 |
| Satisfação do P | 52,30 | 53,88 | 573,500 | 0,859 |
| Satisfação do PP | 51,92 | 56,54 | 539,000 | 0,602 |
| Satisfação total | 52,35 | 53,58 | 577,500 | 0,890 |

p < 0,05

Relação entre a escolaridade, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto, pós-parto e total

Com a finalidade de verificarmos o efeito da variável escolaridade na expectativa e satisfação da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto, utilizamos o Teste t de student. Verificamos no quadro 13, que as mulheres com escolaridade até ao 12ºano apresentam uma maior expectativa e a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto.

Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na expectativa do trabalho de parto, parto e expectativa total, também existe diferenças estatisticamente significativas na satisfação do trabalho de parto, assim podemos afirmar que a escolaridade influencia a expectativa e satisfação da mulher.

Quadro 13 - t-student das expectativas e satisfação em função da escolaridade

| Escolaridade | Até ao 12ºano (N=63) | | Ensino superior (N=41) | | F | p | t | #Media |
|-------------------------|-------------------------|------|---------------------------|------|-------|--------|--------|--------|
| | \bar{X} | D.P. | \bar{X} | D.P. | | | | |
| Expectativas | | | | | | | | |
| Total expectativa do TP | 14,74 | 2,18 | 13,53 | 2,71 | 2,385 | 0,014* | 2,506 | 1,209 |
| Total expectativa do P | 15,01 | 2,07 | 14,12 | 2,44 | 1,361 | 0,048* | 2,001 | 0,893 |
| Total expectativa do PP | 15,25 | 1,89 | 14,60 | 2,02 | 0,439 | 0,102 | 1,651 | 0,644 |
| Total expectativa total | 51,61 | 5,66 | 48,31 | 6,44 | 0,148 | 0,007* | 2,750 | 3,301 |
| Satisfação | | | | | | | | |
| Total satisfação do TP | 15,09 | 2,92 | 13,58 | 3,42 | 1,401 | 0,018* | 2,404 | 1,509 |
| Total satisfação do P | 15,38 | 2,67 | 14,63 | 2,64 | 0,043 | 0,165 | 1,399 | 0,746 |
| Total satisfação do PP | 15,20 | 2,54 | 15,21 | 2,50 | 0,118 | 0,979 | -0,026 | -0,013 |
| Total satisfação total | 52,38 | 8,19 | 49,48 | 7,48 | 1,524 | 0,072 | 1,820 | 2,893 |

* p < 0,05

Relação entre a situação profissional, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto

Procurou-se identificar se a situação profissional da mulher influenciava as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 14) entre a situação profissional e as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a situação profissional da mulher não influencia as suas expectativas. No entanto verificamos que as mulheres desempregadas apresentam maiores expectativas no trabalho de parto e no pós-parto. As mulheres empregadas apenas apresentam maiores expectativas no parto.

Por forma a identificar se a situação profissional da mulher influenciava a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 14) entre a situação profissional e a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a situação profissional da mulher não influencia a sua satisfação. Mas ao contrário do que acontece com as expectativas são as mulheres empregadas que apresentam maior satisfação em todas as variáveis.

Quadro 14 - Teste de UMW entre a situação profissional, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP

| Situação Profissional \ Expectativas | Empregada (N=78) | Desempregada (N=26) | U | P |
|--------------------------------------|------------------|---------------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Total expectativa do TP | 51,65 | 55,06 | 947,500 | 0,615 |
| Total expectativa do P | 53,28 | 50,17 | 953,500 | 0,647 |
| Total expectativa do PP | 51,74 | 54,77 | 955,000 | 0,654 |
| Total expectativa total | 52,08 | 53,77 | 981,000 | 0,804 |
| Situação Profissional \ Satisfação | Empregada (N=91) | Desempregada (N=13) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Total satisfação do TP | 53,63 | 49,12 | 926,000 | 0,506 |
| Total satisfação do P | 54,33 | 47,02 | 871,500 | 0,281 |
| Total satisfação do PP | 53,89 | 48,33 | 905,500 | 0,411 |
| Total satisfação total | 54,06 | 47,81 | 892,000 | 0,359 |

* $p < 0,05$

Qual a influência das variáveis obstétricas (número de gestações anteriores, gravidez planeada, local de vigilância da gravidez) na expectativa e satisfação com o trabalho de parto, parto e pós-parto?

Relação entre o número de gestações anteriores, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto

Procurou-se identificar se o número de gestações anteriores da mulher influenciava as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Para isso, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 15) entre o número de gestações anteriores e as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que o número de gestações anteriores não influencia as suas expectativas. No entanto verificamos que as mulheres com uma gestação apresentam maiores expectativas em todas as variáveis.

A fim de identificar se o número de gestações influenciava a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 15) entre o número de gestações anteriores e a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que o número de gestações anteriores não influencia a sua satisfação. Mas ao

contrário do que acontece com as expectativas são as nulíparas que apresentam maior satisfação em todas as variáveis, excepto no pós-parto.

Quadro 15 - Teste de UMW entre o número de gestações anteriores, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP

| Nº de gestações anteriores | Zero (N=58) | Uma (N=27) | U | P |
|----------------------------|-----------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Expectativas | | | | |
| Expectativa do TP | 41,91 | 45,33 | 720,000 | 0,549 |
| Expectativa do P | 42,74 | 43,56 | 768,000 | 0,886 |
| Expectativa do PP | 39,76 | 49,96 | 595,000 | 0,073 |
| Expectativa total | 41,27 | 46,72 | 682,500 | 0,342 |
| Nº de gestações anteriores | Zero (N=58) | Uma (N=27) | U | P |
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Satisfação | | | | |
| Satisfação do TP | 43,66 | 41,57 | 744,500 | 0,715 |
| Satisfação do P | 44,04 | 40,76 | 722,500 | 0,565 |
| Satisfação do PP | 40,96 | 47,39 | 664,500 | 0,259 |
| Satisfação total | 43,23 | 42,50 | 769,500 | 0,899 |

* $p < 0,05$

Relação entre gravidez planeada, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto

Por forma a identificar se a gravidez planeada influenciava as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 16) entre gravidez planeada e as expectativas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a gravidez planeada não influencia as suas expectativas. No entanto verificamos que as mulheres que planejaram a sua gravidez apresentam maiores expectativas em todas as variáveis, excepto no trabalho de parto.

Procurou-se identificar se a gravidez planeada influenciava a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto para isso foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (Quadro 16) entre a gravidez planeada e a satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a gravidez planeada não influencia a sua satisfação. Mas ao contrário do que acontece

com as expectativas são as mulheres que não planejaram a sua gravidez que apresentam maior satisfação em todas as variáveis.

Quadro 16 - Teste de UMW entre gravidez planejada, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP

| Gravidez planejada | Sim (N=77) | Não (N=27) | U | P |
|---------------------|-----------------|-----------------|----------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Expectativas | | | | |
| Expectativa do TP | 50,99 | 56,81 | 923,000 | 0,384 |
| Expectativa do P | 53,30 | 50,22 | 978,000 | 0,645 |
| Expectativa do PP | 53,45 | 49,80 | 966,500 | 0,584 |
| Expectativa total | 52,23 | 53,26 | 1019,000 | 0,879 |
| Satisfação | | | | |
| Satisfação do TP | 51,31 | 55,91 | 947,500 | 0,493 |
| Satisfação do P | 52,11 | 53,61 | 1009,500 | 0,823 |
| Satisfação do PP | 52,06 | 53,76 | 1005,500 | 0,799 |
| Satisfação total | 51,66 | 54,89 | 975,000 | 0,632 |

* $p < 0,05$

Relação entre o local de vigilância da gravidez, as expectativas e satisfação no trabalho de parto, parto e pós-parto

Para conhecer a influência do local de vigilância da gravidez nas expectativas da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto, realizamos um Teste de Kruskal-Wallis. Através desta análise, verificamos no quadro 17 que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na expectativa com o parto. Assim, podemos afirmar que o local de vigilância da gravidez influencia a expectativa com o parto. Constatamos através da análise do quadro que as mulheres que vigiaram a sua gravidez no serviço público apresentam maiores expectativas no trabalho de parto, as que vigiaram no privado apresentam maiores expectativas no pós-parto e as que vigiaram no público e privado mostram maiores expectativas no parto.

Quanto à satisfação verificamos no quadro 17, que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o parto. Assim podemos afirmar que o local de vigilância da gravidez influencia a satisfação com o parto. Ao contrário do que acontece

na expectativa, observamos que as mulheres que apresentam uma maior satisfação são as que vigiaram a sua gravidez no serviço público e privado.

Dado existir diferenças estatisticamente significativas efectuaram-se os testes de Post Hoc de Tukey, no intuito de determinar os grupos que se diferenciam. Os resultados dos testes mostram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos serviço público e serviço privado para as expectativas ($p=0,014$) e igualmente para a satisfação, no serviço público ($p=0,032$), no serviço privado ($p=0,021$) e serviço público/privado ($p=0,021$).

Quadro 17 - Teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez, a expectativa e satisfação das mulheres durante o TP, P, PP

| Local de vigilância da gravidez | Público (N=88) | Privado (N=10) | Público e privado (N=6) | KW | P |
|---------------------------------|-----------------|----------------|-------------------------|-------|--------|
| | Ordenação Média | | | | |
| Expectativas | | | | | |
| Expectativa do TP | 52,88 | 51,20 | 49,08 | 0,111 | 0,946 |
| Expectativa do P | 55,08 | 27,45 | 56,42 | 7,790 | 0,020* |
| Expectativa do PP | 51,62 | 59,90 | 53,08 | 0,695 | 0,706 |
| Expectativa total | 53,08 | 46,70 | 53,67 | 0,412 | 0,814 |
| Local de vigilância da gravidez | Público (N=88) | Privado (N=10) | Público e privado (N=6) | KW | P |
| | Ordenação Média | | | | |
| Satisfação | | | | | |
| Satisfação do TP | 54,36 | 33,30 | 57,25 | 4,584 | 0,101 |
| Satisfação do P | 53,96 | 29,20 | 69,92 | 8,292 | 0,016* |
| Satisfação do PP | 50,40 | 60,05 | 70,67 | 3,291 | 0,193 |
| Satisfação total | 53,08 | 39,30 | 66,00 | 3,155 | 0,206 |

* $p < 0,05$

Em que medida a expectativa e a satisfação da mulher durante o TP, P e PP são preditoras da importância e percepção das práticas obstétricas?

Decidiu-se testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação às variáveis dependentes: “Expectativa” e “Satisfação” nas mulheres durante o TP, P, PP, usando-se para o efeito a análise de regressão múltipla. Este método é o mais utilizado quando se pretende análises multivariadas principalmente quando possuímos uma variável dependente (endógena) e duas ou mais variáveis independentes (exógenas). O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras das variáveis dependentes.

Relação entre a expectativa total, satisfação total e as variáveis independentes

Através da tabela 37 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,271$), enquanto que a “Percepção da atenção ao bem-estar” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=0,003$) com a variável expectativa. Acresce-se ainda referir que a variável “Importância dos cuidados prestados” e “Importância da actuação perante a dor” são as únicas variáveis que estabelecem relação negativa com a expectativa. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,008$).

Através da tabela 37 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,316$), enquanto que a “Percepção do apoio sociofamiliar” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,002$) com a variável satisfação. Acresce-se ainda referir que a variável “Importância da actuação perante a dor” e “Percepção do apoio sociofamiliar” são as únicas variáveis que estabelecem relação negativa com a satisfação. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,002$) e na “Importância do apoio sociofamiliar” ($p=0,015$).

Tabela 37 - Correlação linear de *Pearson* entre a expectativa, satisfação e as variáveis independentes

| | Expectativa | | Satisfação | |
|--|-------------|---------------|------------|---------------|
| | R | p | r | p |
| Importância dos cuidados prestados | -0,031 | 0,393 | 0,140 | 0,108 |
| Percepção dos cuidados prestados | 0,087 | 0,220 | 0,159 | 0,079 |
| Importância da actuação perante a dor | -0,083 | 0,233 | -0,054 | 0,316 |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,271 | 0,008* | 0,316 | 0,002* |
| Importância do apoio sociofamiliar | 0,117 | 0,151 | 0,244 | 0,015* |
| Percepção do apoio sociofamiliar | 0,013 | 0,453 | -0,002 | 0,491 |
| Importância da atenção ao bem-estar | 0,094 | 0,204 | 0,062 | 0,294 |
| Percepção da atenção ao bem-estar | 0,003 | 0,489 | 0,017 | 0,439 |
| Importância da atenção ao pós-parto/alta | 0,046 | 0,343 | 0,147 | 0,097 |
| Percepção da atenção ao pós-parto/alta | 0,079 | 0,242 | 0,051 | 0,326 |

* $p < 0,05$

A primeira e única variável entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,271$), estabelecendo uma associação baixa de sinal positivo e explicando por si só 7,3% da variação da expectativa total com um erro padrão de regressão de 6,133.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor”, tem poder explicativo na expectativa. Assim deduzimos que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor”, maior é a expectativa (Quadro 18).

O modelo final ajustado para a Expectativa total é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Expectativa total} = 44,196 + 0,427 \text{ Percepção da actuação perante a dor}$$

Quadro 18 - Regressão múltipla entre a expectativa total e as variáveis independentes

| Variável dependente = Expectativa total | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0,271 | | | | | |
| R ² = 0,073 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,062 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 6,133 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,073 | | | | | |
| F = 6,177 | | | | | |
| P = 0,015 | | | | | |
| Variáveis independentes | Pesos de Regressão | | t | P | |
| | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | | | |
| Constante | | 44,196 | 2,485 | 0,015 | |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,271 | 0,427 | | | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | P |
| Regressão | 232,386 | 1 | 232,386 | 6,177 | 0,015 |
| Residual | 2934,502 | 78 | 37,622 | | |
| Total | 3166,887 | 79 | | | |

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,316$). Esta variável explica no primeiro modelo 10,0% da variação da satisfação total e o erro padrão de regressão é de 7,355, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da satisfação total.

No segundo modelo de regressão, para além da “Percepção da actuação perante a dor”, entrou a “Importância do apoio sociofamiliar” e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 15,7% da variabilidade total da satisfação tendo o erro estimado diminuído para 7,164.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no quadro 19, que evidencia como a “Percepção da actuação perante a dor” e a “Importância do apoio sociofamiliar” são

preditoras da satisfação. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a satisfação é baixa ($r=0,396$).

Por sua vez, o teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor” e “Importância do apoio sociofamiliar” têm poder explicativo na satisfação. Os coeficientes padronizados beta revelam que “Percepção da actuação perante a dor” é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor” e a “Importância do apoio sociofamiliar” maior é a satisfação.

O modelo final ajustado para a Satisfação total é dado pela seguinte fórmula:

Satisfação total= 23,689+0,598 Percepção da actuação perante a dor+2,046 Importância do apoio sociofamiliar

Quadro 19 - Regressão múltipla entre a satisfação total e as variáveis independentes

| Variável dependente = Satisfação total | | | | | |
|--|--------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0,396 | | | | | |
| R ² = 0,157 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,135 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 7,164 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,057 | | | | | |
| F = 5,212 | | | | | |
| P = 0,025 | | | | | |
| Variáveis independentes | Pesos de Regressão | | t | P | |
| | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | | | |
| Constante | | 23,689 | | | |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,312 | 0,598 | 2,979 | 0,004 | |
| Importância do apoio sociofamiliar | 0,239 | 2,046 | 2,283 | 0,025 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | P |
| Regressão | 734,344 | 2 | 367,172 | 7,153 | 0,001 |
| Residual | 3952,656 | 77 | 51,333 | | |
| Total | 4687,000 | 79 | | | |

Relação entre a expectativa do trabalho de parto, satisfação do trabalho de parto e as variáveis independentes

Através da tabela 38 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,325$), enquanto que a “Percepção do apoio sociofamiliar” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,025$). Acresce-se ainda referir que a variável “Importância da actuação perante a dor” e “Percepção do apoio sociofamiliar” são as únicas variáveis que estabelecem relação negativa com a expectativa do trabalho de parto. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Importância da actuação da dor” ($p=0,041$) e “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,002$).

Através da tabela 38 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,348$), enquanto que a “Percepção do apoio sociofamiliar” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,022$) com a variável satisfação do trabalho de parto. Acresce-se ainda referir que a variável “Importância da actuação perante a dor” é a única variável que estabelece relação negativa com a satisfação do trabalho de parto. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Importância dos cuidados prestados” ($p=0,019$), “Percepção dos cuidados prestados” ($0,010$), “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,001$) e “Importância do apoio sociofamiliar” ($0,009$).

Tabela 38– Correlação linear de *Pearson* entre a expectativa do trabalho de parto, satisfação do trabalho de parto e as variáveis independentes

| | Expectativa do trabalho de parto | | Satisfação do trabalho de parto | |
|--|----------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|
| | r | p | r | p |
| Importância dos cuidados prestados | 0,083 | 0,233 | 0,233 | 0,019 |
| Percepção dos cuidados prestados | 0,185 | 0,050 | 0,259 | 0,010 |
| Importância da actuação perante a dor | 0,196 | 0,041* | -0,130 | 0,125 |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,325 | 0,002* | 0,348 | 0,001* |
| Importância do apoio sociofamiliar | 0,157 | 0,082 | 0,264 | 0,009* |
| Percepção do apoio sociofamiliar | -0,025 | 0,411 | 0,022 | 0,424 |
| Importância da atenção ao bem-estar | 0,147 | 0,096 | 0,103 | 0,181 |
| Percepção da atenção ao bem-estar | 0,149 | 0,093 | 0,126 | 0,133 |
| Importância da atenção ao pós-parto/alta | 0,056 | 0,311 | 0,127 | 0,131 |
| Percepção da atenção ao pós-parto/alta | 0,033 | 0,387 | 0,064 | 0,286 |

* $p < 0,05$

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,325$). Esta variável explica no primeiro modelo 10,6% da variação da expectativa do trabalho de parto e o erro padrão de regressão é de 2,357, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da expectativa do trabalho de parto.

No segundo modelo de regressão, para além da “Percepção da actuação perante a dor”, entrou a “Importância da actuação perante a dor” e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 15,3% da variabilidade total da expectativa do trabalho de parto tendo o erro estimado diminuído para 2,309.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no quadro 20 que evidencia como a “Percepção da actuação perante a dor” e a “Importância da actuação perante a dor” são preditoras da expectativa do trabalho de parto. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a expectativa do trabalho de parto é baixa ($r=0,391$). Por sua vez, o teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor” e “Importância da actuação perante a dor” têm poder explicativo na expectativa do trabalho de parto. Os coeficientes padronizados beta revelam que a “Percepção da actuação perante a dor” é a apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor”, maior é a expectativa do trabalho de parto, no entanto a variável “Importância da actuação perante a dor” estabeleceu uma relação inversa com a expectativa do trabalho de parto, sendo que quanto menor for a “Importância da actuação perante a dor” maior é a expectativa do trabalho de parto.

O modelo final ajustado para a Expectativa do trabalho de parto é dado pela seguinte fórmula:

Expectativa do trabalho de parto = 16,300 + 0,209 Percepção da actuação perante a dor + (-0,225) Importância da actuação perante a dor

Quadro 20 - Regressão múltipla entre a expectativa do trabalho de parto e as variáveis independentes

| Variável dependente = Expectativa do trabalho de parto | | | | | | |
|---|--|----------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0,391 | | | | | | |
| R ² = 0,153 | | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,131 | | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2,309 | | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,047 | | | | | | |
| F = 4,255 | | | | | | |
| P = 0,043 | | | | | | |
| Variáveis independentes | | Pesos de Regressão | | | | |
| | | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | t | p | |
| Constante | | | 16,300 | | | |
| Percepção da actuação perante a dor | | 0,339 | 0,209 | 3,222 | 0,002 | |
| Importância da actuação perante a dor | | -0,217 | -0,225 | -2,063 | 0,043 | |
| Efeito | | Análise de variância | | | | |
| | | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | | 73,942 | 2 | 36,991 | 6,933 | 0,002 |
| Residual | | 410,818 | 77 | 5,335 | | |
| Total | | 484,800 | 79 | | | |

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,348$). Esta variável explica no primeiro modelo 12,1% da variação da satisfação do trabalho de parto e o erro padrão de regressão é de 2,968, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da satisfação do trabalho de parto.

No segundo modelo de regressão, para além da “Percepção da actuação perante a dor”, entrou a “Importância da actuação perante a dor” e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 15,3% da variabilidade total da satisfação do trabalho de parto tendo o erro estimado diminuído para 2,309.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no quadro 21 que evidencia como a “Percepção da actuação perante a dor” e a “Importância do apoio sociofamiliar” são preditoras da satisfação do trabalho de parto. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a satisfação do trabalho de parto é moderada ($r=0,433$).

Por sua vez, o teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor” e “Importância do apoio sociofamiliar” têm poder explicativo na satisfação do trabalho de parto. Os coeficientes padronizados beta revelam que a “Percepção da actuação perante a dor” é a apresenta maior valor preditivo.

Deste modo, podemos inferir que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor” e a “Importância do apoio sociofamiliar” maior é a satisfação do trabalho de parto.

O modelo final ajustado para a Satisfação do trabalho de parto é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Satisfação do trabalho de parto} = 2,287 + 0,269 \text{ Percepção da actuação perante a dor} + 0,903 \text{ Importância do apoio sociofamiliar}$$

Quadro 21– Regressão múltipla entre a Satisfação do trabalho de parto e as variáveis independentes

| Variável dependente = Satisfação do trabalho de parto | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0,433 | | | | | |
| R ² = 0,188 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,167 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2,872 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,067 | | | | | |
| F = 6,319 | | | | | |
| P = 0,014 | | | | | |
| Variáveis independentes | Pesos de Regressão | | t | p | |
| | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | | | |
| Constante | | 2,287 | | | |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,344 | 0,269 | 3,347 | 0,001 | |
| Importância do apoio sociofamiliar | 0,258 | 0,903 | 2,514 | 0,014 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 146,754 | 2 | 73,377 | 8,895 | 0,000 |
| Residual | 635,196 | 77 | 8,249 | | |
| Total | 781,950 | 79 | | | |

Relação entre a expectativa do parto, satisfação do parto e as variáveis independentes

Através da tabela 39 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,268$), enquanto que a “Percepção da atenção ao bem-estar” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,020$) em relação à variável expectativa com o parto. Acresce-se ainda referir que a variável “Importância dos cuidados prestados”, “Percepção da atenção ao bem-estar” e “Importância do pós-parto/alta” são as únicas variáveis que estabelecem relação negativa com a expectativa do parto. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,008$).

Através da tabela 39 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,264$), enquanto que a “Importância da atenção ao bem-estar” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,002$) em relação à variável satisfação com o parto. Acresce-se ainda referir que a variável “Importância da actuação perante a dor”, “Importância da atenção ao bem-estar”, “Percepção da atenção ao bem-estar”, “Importância da atenção ao pós-parto/alta” e “Percepção da atenção ao pós-parto/alta” são as únicas variáveis que estabelecem relação negativa com a satisfação do parto. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,009$).

Tabela 39 - Correlação linear de *Pearson* entre a expectativa do parto, satisfação do parto e as variáveis independentes

| | Expectativa do parto | | Satisfação do parto | |
|--|----------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | r | p | r | p |
| Importância dos cuidados prestados | 0,031 | 0,394 | 0,083 | 0,232 |
| Percepção dos cuidados prestados | 0,058 | 0,304 | 0,096 | 0,198 |
| Importância da actuação perante a dor | 0,035 | 0,378 | -0,040 | 0,362 |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,268 | 0,008* | 0,264 | 0,009* |
| Importância do apoio sócio-familiar | 0,029 | 0,398 | 0,163 | 0,074 |
| Percepção do apoio sócio-familiar | 0,060 | 0,298 | 0,005 | 0,484 |
| Importância da atenção ao bem-estar | 0,049 | 0,334 | -0,002 | 0,493 |
| Percepção da atenção ao bem-estar | -0,020 | 0,431 | -0,038 | 0,368 |
| Importância da atenção ao pós-parto/alta | -0,070 | 0,269 | -0,087 | 0,221 |
| Percepção da atenção ao pós-parto/alta | 0,027 | 0,406 | -0,003 | 0,489 |

* $p < 0,05$

A primeira e única variável entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,268$), estabelecendo uma associação baixa de sinal positivo e explicando por si só 7,2% da variação da expectativa do parto com um erro padrão de regressão de 2,216. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor”, tem poder explicativo na expectativa do parto. Assim deduzimos que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor”, maior é a expectativa com o parto (Quadro 22).

O modelo final ajustado para a Satisfação do trabalho de parto é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Expectativa do parto} = 12,567 + 0,152 \text{ Percepção da actuação perante a dor}$$

Quadro 22 - Regressão múltipla entre a expectativa do parto e as variáveis independentes

| Variável dependente = Expectativa do parto | | | | | |
|--|----------------|--------------------|--------------------------|-------|-------|
| R = 0,268 | | | | | |
| R ² = 0,072 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,060 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2,216 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,072 | | | | | |
| F = 6,028 | | | | | |
| P = 0,016 | | | | | |
| Variáveis independentes | | Pesos de Regressão | | t | P |
| | | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | | |
| Constante | | | 12,567 | 2,455 | 0016 |
| Percepção da actuação perante a dor | | 0,268 | 0,152 | | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma Quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 29,610 | 1 | 29,610 | 6,028 | 0,016 |
| Residual | 383,140 | 78 | 4,912 | | |
| Total | 412,750 | 79 | | | |

A primeira e única variável entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,264$), estabelecendo uma associação baixa de sinal positivo e explicando por si só 7,0% da variação da satisfação do parto com um erro padrão de regressão de 2,458. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor”, tem poder explicativo na satisfação do parto. Assim deduzimos que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor”, maior é a satisfação com o parto (Quadro 23).

O modelo final ajustado para a Satisfação do trabalho de parto é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Satisfação do parto} = 12,813 + 0,166 \text{ Percepção da actuação perante a dor}$$

Quadro 23 - Regressão múltipla entre a satisfação do parto e as variáveis independentes

| Variável dependente = Satisfação do parto | | | | | |
|---|--------------------|--------------------------|-----------------|-------|-------|
| R = 0,264 | | | | | |
| R ² = 0,070 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,058 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2,458 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,070 | | | | | |
| F = 5,853 | | | | | |
| P = 0,018 | | | | | |
| Variáveis independentes | Pesos de Regressão | | t | p | |
| | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | | | |
| Constante | | 12,813 | | | |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,264 | 0,166 | 2,419 | 0,018 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma Quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 35,368 | 1 | 35,368 | 5,853 | 0,018 |
| Residual | 471,319 | 78 | 6,043 | | |
| Total | 506,688 | 79 | | | |

Relação entre a expectativa, satisfação do pós-parto parto e as variáveis independentes

Através da tabela 40 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,316$), enquanto que a “Percepção do apoio sociofamiliar” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,002$) em relação à variável expectativa com o pós-parto. Acresce-se ainda referir que a variável “Importância da actuação perante a dor”, “Percepção do apoio sociofamiliar” são as únicas variáveis que estabelecem relação negativa com a expectativa do pós-parto. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,002$), “Importância do apoio sociofamiliar” ($p=0,015$).

Através da tabela 40 verificamos que a subescala “Percepção da actuação perante a dor” é de todas as variáveis a que apresenta correlação mais elevada ($r=0,253$), enquanto

que a “Percepção do pós-parto/alta” é a que apresenta a correlação mais baixa ($r=-0,007$) em relação à variável satisfação com o pós-parto. Acresce-se ainda referir que a variável “Importância da actuação perante a dor”, “Percepção da atenção ao bem-estar” e “Percepção do pós-parto/alta” são as únicas variáveis que estabelecem relação negativa com a satisfação do pós-parto. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável “Percepção da actuação perante a dor” ($p=0,012$), “Importância do apoio sócio-familiar” ($p=0,015$) e “Importância do pós-parto/alta” ($p=0,025$).

Tabela 40 – Correlação linear de *Pearson* entre a expectativa, satisfação do pós-parto e as variáveis independentes

| | Expectativa do pós-parto | | Satisfação do pós-parto | |
|--|--------------------------|---------------|-------------------------|---------------|
| | R | p | r | p |
| Importância dos cuidados prestados | 0,140 | 0,108 | 0,070 | 0,268 |
| Percepção dos cuidados prestados | 0,159 | 0,079 | 0,116 | 0,153 |
| Importância da actuação perante a dor | -0,054 | 0,316 | -0,066 | 0,280 |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,316 | 0,002* | 0,253 | 0,012* |
| Importância do apoio sociofamiliar | 0,244 | 0,015* | 0,242 | 0,015* |
| Percepção do apoio sociofamiliar | -0,002 | 0,491 | 0,056 | 0,310 |
| Importância da atenção ao bem-estar | 0,062 | 0,294 | 0,058 | 0,305 |
| Percepção da atenção ao bem-estar | 0,017 | 0,439 | -0,081 | 0,238 |
| Importância da atenção ao pós-parto/alta | 0,147 | 0,097 | 0,220 | 0,025* |
| Percepção da atenção ao pós-parto/alta | 0,051 | 0,326 | -0,007 | 0,476 |

* $p < 0,05$

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,316$). Esta variável explica no primeiro modelo 10,0% da variação da expectativa do pós-parto e o erro padrão de regressão é de 7,355, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da expectativa do pós-parto.

No segundo modelo de regressão, para além da “Percepção da actuação perante a dor”, entrou a “Importância do apoio sociofamiliar” e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 15,7% da variabilidade total da expectativa do pós-parto tendo o erro estimado diminuído para 7,164.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no quadro 24 que evidencia como a “Percepção da actuação perante a dor” e a “Importância do apoio sociofamiliar” são preditoras da expectativa do pós-parto. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a expectativa do pós-parto é moderada ($r=0,396$).

Por sua vez, o teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor” e “Importância do apoio sociofamiliar” têm poder explicativo na expectativa do pós-parto. Os coeficientes padronizados beta revelam que a “Percepção da actuação perante a dor” é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor” e “Importância do apoio sociofamiliar”, maior é a expectativa do pós-parto.

O modelo final ajustado para a Expectativa do pós-parto é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Expectativa do pós-parto} = 23,689 + 0,598 \text{ Percepção da actuação perante a dor} + 2,046 \text{ Importância do apoio sociofamiliar}$$

Quadro 24 – Regressão múltipla entre a expectativa do pós-parto e as variáveis independentes

| Variável dependente = Expectativa do pós-parto | | | | | |
|--|----------------|--------------------|--------------------------|-------|-------|
| R = 0,396 | | | | | |
| R ² = 0,157 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,135 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 7,164 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,057 | | | | | |
| F = 5,212 | | | | | |
| P = 0,025 | | | | | |
| Variáveis independentes | | Pesos de Regressão | | t | p |
| | | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | | |
| Constante | | | 23,689 | | |
| Percepção da actuação perante a dor | | 0,312 | 0,598 | 2,979 | 0,004 |
| Importância do apoio sociofamiliar | | 0,239 | 2,046 | 2,283 | 0,025 |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 734,344 | 2 | 367,172 | 7,153 | 0,001 |
| Residual | 3952,656 | 77 | 51,333 | | |
| Total | 4687,000 | 79 | | | |

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a “Percepção da actuação perante a dor” já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,253$). Esta variável explica no primeiro modelo 6,4% da variação da satisfação do pós-parto e o erro padrão de regressão é de 2,459, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da satisfação do pós-parto.

No segundo modelo de regressão, para além da “Percepção da actuação perante a dor”, entrou a “Importância do apoio sociofamiliar” e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 12,1% da variabilidade total da satisfação do pós-parto tendo o erro estimado diminuído para 2,399.

No terceiro modelo de regressão, para além dos referidos anteriormente entrou a “Importância da atenção pós-parto/alta” e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 16,8% da variabilidade total da satisfação no pós-parto tendo o erro estimado diminuído para 2,348.

Os resultados destes três modelos são apresentados no quadro 25 que evidencia como a “Percepção da actuação perante a dor”, a “Importância do apoio sociofamiliar” e a “Importância da atenção pós-parto/alta” são preditoras da satisfação do pós-parto. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a satisfação do pós-parto é moderada ($r=0,410$).

Por sua vez, o teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão, “Percepção da actuação perante a dor” e “Importância do apoio sociofamiliar” e “Importância da atenção ao pós-parto/alta” têm poder explicativo na satisfação do pós-parto. Os coeficientes padronizados beta revelam que a “Percepção da actuação perante a dor” é a apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior é a “Percepção da actuação perante a dor” e “Importância do apoio sociofamiliar”, maior é a satisfação do pós-parto, no entanto a variável “Importância da atenção ao pós-parto/alta” estabeleceu uma relação inversa com a satisfação do pós-parto/alta, sendo que quanto menor for a “Importância da atenção ao pós-parto/alta” maior é a satisfação no pós-parto.

O modelo final ajustado para a Satisfação do pós- parto é dado pela seguinte fórmula:

Satisfação do pós-parto=8,075+0,220 Percepção da actuação perante a dor+0,699 Importância do apoio sociofamiliar + (-0,193) Importância da atenção ao pós-parto/alta

Quadro 25 – Regressão múltipla entre a satisfação do pós-parto e as variáveis independentes

| Variável dependente = Satisfação do pós-parto | | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|----------|
| R = 0,410 | | | | | |
| R ² = 0,168 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,135 | | | | | |
| Erro padrão da estimativa = 2,348 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,047 | | | | | |
| F = 4,337 | | | | | |
| P = 0,041 | | | | | |
| Variáveis independentes | Pesos de Regressão | | t | p | |
| | Coefficiente Beta | Coefficiente Padronizado | | | |
| Constante | | 8,075 | | | |
| Percepção da actuação perante a dor | 0,350 | 0,220 | 3,034 | 0,003 | |
| Importância do apoio sociofamiliar | 0,249 | 0,699 | 2,378 | 0,020 | |
| Importância da atenção pós-parto/alta | -0,240 | -0,193 | 2,083 | 0,041 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 84,704 | 3 | 28,235 | 5,118 | 0,003 |
| Residual | 419,246 | 76 | 5,516 | | |
| Total | 503,950 | 79 | | | |

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A discussão é uma etapa fundamental num processo de investigação, dado que permite colocar em relevo os dados mais significativos que foram encontrados, confrontá-los com as teorias e modelos que dão suporte ao estudo em causa, contrapondo-os com outros estudos desenvolvidos na área. Inicialmente apresentaremos uma discussão metodológica e posteriormente incidiremos na discussão dos resultados.

6.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização deste trabalho de investigação, um dos nossos objectivos foi mantê-lo dentro do rigor metodológico. Tendo em conta a temática do estudo em questão e as variáveis envolvidas, optámos por uma metodologia quantitativa e uma tipologia com características transversal e descritivo/analítico.

No que se refere aos principais objetivos traçados, parece-nos que conseguimos a sua concretização e isto só foi possível graças à realização de uma ampla revisão bibliográfica que permitiu elaborar a fundamentação teórica, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu pertinente e actual, formulando posteriormente as questões de investigação do estudo.

Na selecção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objetivos do estudo e as características da amostra. Decidimos utilizar como instrumento o questionário de tal forma que as informações procuradas foram colhidas de uma maneira rigorosa e com variáveis mensuráveis. Por outro lado permite-nos garantir o anonimato, a confidencialidade, a livre expressão de opiniões e minimizar possíveis influências do investigador.

Ao estudar as características psicométricas dos instrumentos utilizados, observamos que o questionário de Importância e Percepção das Práticas Obstétricas, no que diz respeito

à fidelidade do instrumento, relativamente à consistência interna não foi realizada uma vez que tinha sido validada pelo autor da escala. No entanto, para verificar a homogeneidade e consistência dos itens do QESP procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alpha Cronbach* para cada um dos itens. Verificamos que os valores de *alpha* são classificados de bons e aceitáveis para efeitos de investigação. Para a escala total foi obtido um *alpha de Cronbach* de 0,835. Comparativamente com o estudo de adaptação à população portuguesa realizado por Costa *et al.* (2004), onde o *alpha de Cronbach* para a escala total foi de 0,90.

Podemos concluir que destes instrumentos, por nós utilizados na investigação e na aferição efectuada com os dados da nossa amostra apresentam boas características psicométricas no que diz respeito à consistência interna, aspecto particular da fidelidade.

Por outro lado, com uma amostra composta por 104 mulheres, o tipo de amostragem utilizada (acidental) representa uma fraqueza metodológica. Convém lembrar que as limitações inerentes às pesquisas com seres humanos estão muitas vezes relacionadas com as condições físicas e psicológicas dos inquiridos no estudo, assim como à capacidade de percepção, pois podem influenciar as respostas dadas aos instrumentos na colheita de dados utilizados.

Relativamente aos procedimentos formais e éticos, estes foram cumpridos com rigor garantindo a confidencialidade, anonimato, bem como os princípios éticos e morais inerentes a uma investigação científica.

Em suma, somos da opinião que as opções metodológicas foram as adequadas ao tipo de estudo, mas estamos cientes que neste estudo de investigação não foram estudados todos os factores importantes, como por exemplo, os factores genéticos, económicos, culturais ou a personalidade destas mulheres, entre outros, por limitações de tempo e recursos, pelo que sugerimos a sua abordagem em futuras investigações.

6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do nosso estudo compreende 104 mulheres com idades compreendidas entre 19 e 41 anos. A localização geográfica reporta-se a um hospital do interior do país. Para uma melhor análise, as idades foram agrupadas em dois grupos etários, atendendo às

definições de O'reilly, Bottomley, Rymer (2008) e de Bodak, Lowdermilk e Jensen (1999) que consideram como grupos de risco as grávidas com menos de 19 anos e com idade igual ou superior a 35 anos. No nosso estudo criámos o grupo de mulheres com idade inferior a 35 anos e o grupo mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

De forma a identificar se a idade da mulher influencia a sua importância e percepção perante as práticas obstétricas foi realizado um teste de U-Mann-Whitney. Tendo-se verificado que se rejeita a relação ao nível de todas as subescalas. Podemos afirmar que a idade não influencia a importância e percepção da mulher, no entanto são as mulheres com idade inferior a 35 anos que apresentam maior importância e percepção nas subescalas “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”, as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos apresentam maior importância e percepção nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sociofamiliar”.

Diversos estudos, entre os quais destacamos o de Windridge e Berryman (1999) referidos por Costa (2004), afirmam que entre as mulheres adultas, as diferenças de idade podem influenciar a percepção da experiência de parto. Estas autoras constataram que as mulheres com mais de 35 anos consideram que a sua idade é um factor de vulnerabilidade para os seus filhos durante o TP, pelo que se preocupam mais com o risco para o recém-nascido. Segundo Rizk [*et al.*] (2001), referido por Conde [*et al.*] (2008), as mulheres com mais idade experienciam o parto na sua globalidade de forma mais negativa. Também Costa (2004) verificou que as mulheres com mais de 29 anos apresentam maior dificuldade em relaxar durante a experiência de parto e percebem pior essa experiência, se comparadas com mulheres mais novas (19-28 anos). Como acabamos de verificar, diversos estudos apontam para uma relação entre a experiência de parto negativa com mulheres de maior idade, contudo, como refere Costa (2004) os resultados empíricos não são consensuais.

Ao analisarmos o estado civil, observamos que a maior parte das mulheres deste estudo estão casadas 80,8%, seguida das mulheres solteiras/divorciadas/viúvas com 19,2%. Procurou-se identificar se o estado civil da mulher influenciaria a sua importância e percepção relativamente às práticas obstétricas assim como as suas subescalas, para isso foi realizado o teste de U-Mann-Whitney entre o estado civil, importância e percepção das práticas obstétricas. Pelo facto de não se ter verificado diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas foi rejeitada a questão de investigação. Assim podemos afirmar que o estado civil não influencia a importância e percepção da mesma. Estes resultados são similares a um estudo realizado por Marin [*et al.*] (2009) intitulado “Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto” onde

concluíram que o facto de ser solteira não apareceu como um factor necessariamente associado à experiência negativa do parto. Destaca-se que o apoio recebido pela parturiente pareceu ser mais importante do que quem prestou tal apoio.

No que se refere à variável coabitação, verificamos que a maioria das mulheres apresenta uma família nuclear (ou seja, vive com o marido e filhos se existirem) 87,5%, as restantes mulheres 12,5% apresentam outro tipo de coabitação (solteiras, vivem com os pais). Foi realizado um teste de U Mann-Withney entre a coabitação e a importância e percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas. Tendo em atenção que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a coabitação não influencia a importância e percepção da mulher. Estes resultados permitem-nos estabelecer uma relação com os referidos anteriormente, já que não existe relação entre a importância e percepção e o facto da mulher viver ou não com o companheiro; tal como aconteceu ao estudar o estado civil, onde as mulheres solteiras não percebem de forma negativa o TP e parto, se comparadas com as mulheres casadas. Como refere Marin [*et al.*] (2009), embora a presença do pai tenda a ser considerada uma das mais indicadas, por este ser a pessoa que também está envolvida no processo, é sabido que apenas a sua presença não é suficiente para garantir o apoio que a mulher necessita. Assim, a presença de outras figuras de apoio pode compensar a ausência paterna.

Se fizermos a análise em função da escolaridade, verificamos que a maioria das mulheres tem o ensino secundário 60,6%, 39,4% tem ensino superior. Para verificar a influência da escolaridade na importância e percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas realizou-se um teste de T-student, verificando-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância das mulheres face às práticas obstétricas mas existe diferença estatisticamente significativa na percepção das mulheres na subescala “atenção ao bem-estar”. Sendo que são as mulheres com escolaridade até ao 12º ano as que referem um melhor atendimento na atenção ao bem-estar. Para Costa (2004) as mulheres com menor nível educacional experienciam maiores preocupações durante toda a experiência; apesar disso, vivenciam o PP de forma significativamente mais positiva.

Ao analisar a variável situação profissional, verificou-se que a maioria das mulheres se encontra empregada 75,0%, os restantes 25,0% correspondem as mulheres que se encontram desempregadas. Das mulheres que se encontram empregadas a maioria corresponde de acordo com a Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional ao grupo de trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores 39,4%, seguida de 24,0% para especialistas das actividades

intelectuais e científicas, por último com 12,5% temos os operadores de instalações de máquinas e trabalhadores de montagem. Como podemos verificar neste estudo e de acordo com o manifestado por Sá (2011), actualmente a maioria das mães exerce uma actividade laboral. Este facto constitui um reflexo actual do contexto socioeconómico da sociedade ocidental, onde a modificação do papel social da mulher, tem sido acompanhada de alterações a nível profissional (Sousa, 2009). A mulher tem de adaptar-se à maternidade, procurando um equilíbrio entre o novo papel de mãe e as responsabilidades acrescidas com o desenvolvimento laboral e social (Loureiro e Ferreira, 2007).

Para estudar a relação existente entre importância, percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas realizamos um teste de U Mann-Whitney, onde verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nem para a importância nem para a percepção. No entanto quanto à importância dada pelas mulheres relativamente às práticas obstétricas verificamos que as mulheres desempregadas apresentam maior importância nas subescalas “apoio sociofamiliar” e “atenção ao pós-parto/alta”, as mulheres empregadas demonstram maior importância nas restantes subescalas “cuidados prestados”, “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”. No que se refere à percepção as mulheres desempregadas estas apresentam maior percepção na “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”, as mulheres empregadas apresentam maior percepção nas subescalas “cuidados prestados”, “apoio sociofamiliar” e “atenção ao pós-parto/alta”. Num estudo realizado por Sousa (2009) verificou-se que as parturientes empregadas evidenciam maior percepção e satisfação com os cuidados recebidos, em particular com os tratamentos e exames. Segundo Rautava (1989, citado por Arias 2011) as mulheres desempregadas apresentam menos conhecimentos acerca do parto quer em termos de adaptação à gravidez, implicando um menor nível de informação sobre questões de desenvolvimento, desvalorizam a importância dessa informação, são mais descuidadas com a alimentação, com o exercício físico e com o uso de medicamentos.

Relativamente às variáveis de natureza obstétrica, tais como número de gestações anteriores, podemos destacar que da nossa amostra 55,8% das mulheres são primíparas, 26,0% são múltiparas e 18,3% grandes múltiparas. Para verificar se existe influência entre o número de gestações anteriores, a importância e a percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas realizou-se o teste de U Mann-Whitney. No entanto, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nem para a importância nem para a percepção. Norr, Block, Charles e Meyering (1980 cit. por Costa, 2004) referem que as múltiparas sentem maior desconforto físico, mas menos preocupações durante a gravidez, e que se preocupam mais com o trabalho de parto, embora se preparem menos que as

primíparas. E, embora as múltiparas tenham partos obstetricamente mais fáceis e recebam menos suporte do companheiro durante o trabalho de parto, não se encontram diferenças significativas entre primíparas e múltiparas no que respeita a dor ou prazer subjectivo.

Atendendo ao facto da gravidez ter sido planeada ou não, concluímos que a maioria das mulheres (74,0%) em estudo planeou a sua gravidez. Para termos conhecimento se a gravidez planeada influenciaria a importância e percepção da mulher, utilizamos o teste de U Mann-Withney, através do qual não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Portanto, podemos afirmar que a gravidez planeada não influencia a importância e percepção das mulheres. Porém constatamos que as mulheres que planearam a sua gravidez apresentam maior importância nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sociofamiliar” e maior percepção nas subescalas “actuação perante a dor”, “apoio sociofamiliar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”. Contrariamente são as mulheres que não planearam a sua gravidez que apresentam maior importância nas subescalas “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta” e maior percepção na subescala “cuidados prestados”.

Na bibliografia consultada não foi encontrado nenhum estudo que abordasse esta realidade, contudo Milbradt (2008) afirma que os sentimentos de rejeição e culpa, vivenciados numa gravidez indesejada influenciam no vínculo mãe-filho. Nesta mesma linha de pensamento, Maldonado (2002), refere que ter um filho não desejado, pode acarretar consequências bastante significativas, principalmente, privações, que de facto aumentaram a tensão e intensificaram a ambivalência da mãe que por um período não encontrou gratificação na gravidez e alterou a forma de vincular-se ao feto.

Relativamente a variável vigilância da gravidez, podemos destacar que 99,0% das mulheres realizaram vigilância da sua gravidez e apenas 1,0% não fez vigilância adequada da gravidez. Estes resultados vão de encontro com o estudo realizado por Rocha e Monteiro (2009), onde a maior parte das mulheres teve uma gravidez vigiada (80,7%). Assim como um estudo realizado por Arias (2011) onde 97,0% das mulheres teve uma gravidez vigiada. No entanto, Cordeiro [*et al.*] (2006) afirma que a gravidez não vigiada é ainda uma realidade da prática obstétrica.

Procuramos identificar se a vigilância da gravidez influenciaria a importância e percepção das mulheres face às práticas obstétricas. Para isso realizamos um teste de U Mann-Withney entre a vigilância da gravidez, importância e percepção das mulheres, onde verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas. Assim, podemos concluir que a vigilância da gravidez não influencia a importância e percepção das mulheres.

No entanto as mulheres que vigiaram a sua gravidez apresentam maior importância nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sociofamiliar” e apresentam maior percepção em todas as subescalas excepto na dos “cuidados prestados”.

Schneck e Riesco (2006), no seu estudo “Intervenções no parto de mulheres atendidas num centro de parto normal intra-hospitalar”, afirmam que os estudos mostram que as gestantes que frequentam os serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças, um melhor crescimento fetal intra-uterino e menor mortalidade perinatal e infantil. Para Dias (2008) citado por Arias 2011 a educação para a saúde materna ajuda a promover a adopção de hábitos saudáveis e proporciona um aumento na satisfação das mulheres e família em relação à experiência de parto.

De seguida no nosso estudo procurou-se identificar se o local de vigilância da gravidez influenciaria a importância e percepção das mulheres. Para isso realizou-se um teste de Kruskal-Wallis entre o local de vigilância da gravidez, a importância e percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas, onde verificamos que 84,6% das mulheres escolheu o serviço público, 9,6% o privado e 5,8% vigiaram a sua gravidez no serviço público e privado. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas. Assim, podemos concluir que o local de vigilância da gravidez não influencia a importância e percepção das mulheres. Estudos indicam que a maioria das pessoas que recorrem à vigilância do serviço público tem uma capacidade financeira superior, além de possuírem um maior nível de escolaridade. Isto pressupõe um maior nível de conhecimentos, pelo que terão, em princípio, um cuidado maior (...), sendo que o atendimento personalizado poderá ajudar (Ferreira *et al.*, 2013).

Tendo em conta, outro dos objectivos deste estudo, analisar a relação existente entre a importância e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas, ao realizar o teste t-student para amostras emparelhadas verificou-se que existem diferenças altamente significativas para todas as subescalas excepto para o “apoio sociofamiliar” ($p=0,000$), isto é a importância que as mulheres referem relativamente às práticas obstétricas influenciam a percepção das mesmas, sendo que a importância manifestada é maior que a sua percepção em todas as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sociofamiliar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”. Estes resultados são coincidentes com os encontrados por Arias (2011).

Em relação às “Intervenções de rotina” realizadas verificamos que ainda um elevado número de intervenções desnecessárias são realizadas, também verificamos que a maioria das mulheres foi informada sobre os procedimentos a realizar no trabalho de parto, parto e

pós-parto, contrariamente ao que acontece no estudo de Costa [*et al.*] (2003a) que referem que a maior parte das mulheres manifestam falta de conhecimento quanto aos procedimentos do trabalho de parto, parto e pós-parto.

Assim, de uma forma geral e como já foi referido na fundamentação teórica por vários autores as intervenções como enema de limpeza, tricotomia, monitorização contínua, perfusão contínua, amniotomia não apresentam benefícios para a evolução do trabalho de parto e parto.

Agora iremos verificar a influência das variáveis sociodemográficas na expectativa e satisfação das mulheres no trabalho de parto, parto e pós-parto.

Começaremos por verificar se a idade das mulheres influenciaria a sua satisfação e expectativas. Segundo os resultados obtidos verificamos que as mulheres com idade inferior a 35 anos são aquelas que apresentam maiores expectativas (68,2%) e maior satisfação (71,4%).

Para sabermos se a idade influenciaria a satisfação e expectativas do TP, P e PP, realizou-se um teste de U Mann-Whitney entre a idade, satisfação e expectativas da mulher, onde verificamos que as expectativas da mulher em relação ao pós-parto são influenciadas pela sua idade ($p=0,0042$) o mesmo não acontece com a satisfação, onde verificamos que não existem diferenças estatisticamente entre a idade e a satisfação das mulheres.

Silva (2011), no seu estudo refere que na generalidade, não existe uma marcada relação entre a idade das puérperas e a experiência, expectativa e satisfação. Costa (2004) referiu que as mulheres mais velhas (mais de 29 anos de idade) têm maior dificuldade em relaxar durante a experiência de parto, (...) não utilizando tanto os métodos de relaxamento como as mulheres mais novas.

Procuramos identificar se o estado civil das mulheres influenciaria as suas expectativas e a satisfação com o TP, P e PP. Verificamos que são as mulheres casadas que apresentam expectativas mais altas (84,1%) e maior satisfação (83,3%).

Para verificar se o estado civil influenciaria as expectativas e satisfação das mulheres foi realizado um teste de U Mann-Whitney entre o estado civil, as expectativas e satisfação durante o TP, P e PP, onde verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nem para as expectativas nem para a satisfação das mulheres no TP, P e PP. No entanto verificamos que são as mulheres casadas que apresentam maiores expectativas

e satisfação no parto e pós-parto, as mulheres solteiras/divorciadas/viúvas apresentam maiores expectativas e satisfação no trabalho de parto.

Estes resultados vão ao encontro de um estudo realizado por Silva (2011), que também afirma que são as mulheres casadas que apresentam maiores expectativas e maior satisfação.

Relativamente à variável coabitação verificamos que são as mulheres que vivem numa família nuclear que apresentam maiores expectativas (90,9%) e maior satisfação (88,1%) do que as que tem outro tipo de coabitação. Para se confirmar se a coabitação influenciaria as expectativas e satisfação das mulheres durante o TP, P e PP foi realizado um teste de U Mann-Whitney, no qual verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas quer para as expectativas quer para a satisfação das mulheres. Não foram encontrados estudos sobre a influência da coabitação nas expectativas e satisfação das mulheres, mas Parke cit. por Silva (2011) refere que as mulheres que contaram com o acompanhamento do companheiro durante o parto relataram menor dor, receberam menos medicação e tiveram uma experiência mais positiva do que aquelas que não foram acompanhadas.

Em relação à variável escolaridade verificamos que as mulheres com escolaridade até ao 12º ano apresentam expectativas mais altas (75,0%) e maior satisfação (73,8%), do que as mulheres com escolaridade superior. Para se confirmar se a escolaridade influenciaria as expectativas e satisfação das mulheres relativamente ao TP, P e PP foi realizado um teste t de student, onde verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas expectativas das mulheres no TP ($p=0,014$), P ($p=0,048$), no entanto apenas existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o TP. No estudo realizado por Silva (2011), observa-se que as mulheres que possuem o terceiro ciclo ou ensino superior têm maiores expectativas relativamente ao TP e P, também verificou que as mães com maior nível de escolaridade vieram a sentir mais satisfação o que não se verifica no nosso estudo.

De acordo com a variável situação profissional, observamos que são as mulheres que tem um emprego que apresentam maiores expectativas (75,0%) e maior satisfação (81,0%) com o TP, P e PP. Para verificar se a situação profissional influenciaria as expectativas e satisfação das mulheres com o TP, P e PP foi realizado o teste de U Mann-Whitney, onde se verificou que não existem diferenças estatisticamente significativas, logo podemos concluir que a variável situação profissional não influencia as expectativas e satisfação com o TP, P e PP. No entanto, observamos nos resultados que são as mulheres

desempregadas que apresentam maiores expectativas no TP e PP, enquanto que na satisfação são as mulheres empregadas que apresentam maior satisfação no TP, P e PP. Contudo não foram encontrados estudos sobre esta temática.

Em relação à variável gravidez planeada verificamos que são as mulheres que planearam a sua gravidez que apresentam uma expectativas mais alta (72,7%) e uma maior satisfação (69,0%). Contudo, para estudar a sua influência na expectativa e satisfação da mulher com o TP, P e PP foi realizado um teste de U Mann-Withney, onde se verificou que não existem diferenças estatisticamente significativas, assim podemos afirmar que a variável gravidez planeada não influencia as expectativas e satisfação da mulher. Milbradt (2008) no seu estudo verificou que a gravidez não planeada e não desejada, causa diversos sentimentos na mãe que influenciarão na forma como vivenciará a sua gestação e como irá comunicar com o seu feto, bebé e filho.

No que se refere à variável número de gestações anteriores, foi realizado um teste de U Mann-Withney para verificar se a paridade influenciaria as expectativas e satisfação da mulher face ao TP, P e PP. Com os nossos resultados podemos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a paridade, expectativa e satisfação da mulher, podemos afirmar que a paridade não influencia as expectativas e satisfação da mulher. Mas, podemos afirmar que são as múltiparas que apresentam maiores expectativas, no que diz respeito à satisfação são as primíparas que se apresentam mais satisfeitas no TP e P.

No entanto, Silva (2011) no seu estudo obteve resultados de que as múltiparas apresentam um melhor ajustamento com relação às expectativas com o TP e P e além disso, demonstram sentir-se mais satisfeitas do que as primíparas.

De acordo com a variável local de vigilância da gravidez verificamos que as mulheres que escolheram o serviço público para vigiar a sua gravidez apresentam altas expectativas (86,4%) em relação ao TP, P e PP assim como uma maior satisfação (85,7%). Para verificarmos se o local de vigilância da gravidez influenciaria as expectativas e satisfação das mulheres face ao TP, P e PP foi realizado o teste de Kruskall-Wallis, onde se observou que o local de vigilância da gravidez é estatisticamente significativo no P ($p=0,020$), o mesmo se verifica para a satisfação ($p=0,016$). Podemos afirmar que o local de vigilância de gravidez influencia o parto tanto nas expectativas da mulher como na satisfação.

Um estudo realizado sobre “Aspectos relacionados À escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís,

Maranhão, Brasil”, demonstrou que as mulheres atendidas na maternidade privada apresentavam níveis mais elevados de escolaridade. Também se verificou neste estudo que as parturientes seguidas no serviço privado escolheram o tipo de parto e no serviço público não foi possível escolha, tiveram em trabalho de parto. No entanto independentemente do serviço público ou privado o nível de satisfação foi elevado em ambas as populações.

Por outro lado, no nosso estudo verificamos que a maior parte das mulheres superaram as suas expectativas e satisfação num dos momentos do TP, P ou PP. Tal como foi verificado por Monteiro, Marinho e Cruz (2008) que constataram que as experiências relativamente aos cuidados que foram prestados às mulheres pela EESMOG, vão de encontro às suas expectativas, havendo mesmo algumas mulheres que consideram que estes superaram as suas expectativas. Porém Costa [*et al.*] (2003a) afirmam que a maior parte das mulheres durante o TP, P e PP não vêm confirmadas muitas das suas expectativas prévias. Um estudo realizado por Arias (2011), também vem confirmar os resultados de Costa (2003), que demonstra que são poucas as mães que sentem as suas expectativas confirmadas (15,1%). A maior parte das mulheres deste estudo assinalam que foi abaixo do que esperavam (44,2%), e 40,7% declaram ter sido superadas.

Tendo em conta, outro dos objectivos deste estudo, analisar a relação existente entre a experiência e a satisfação da mulher no TP, P e PP, ao realizar o teste t-student para amostras emparelhadas verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no parto ($p=0,017$), isto é a expectativa que as mulheres referem relativamente ao parto influenciam a sua satisfação. No entanto as expectativas manifestadas pelas mulheres durante o TP, P e PP são maiores que a sua satisfação, uma vez que a diferença das médias é positiva. No estudo realizado por Arias (2011) verificou-se diferenças altamente significativas no TP e P ($p=0,000$).

No nosso estudo com o intuito de analisar a influência das expectativas da mulher durante o TP, P e PP na importância e percepção da mesma relativamente às práticas obstétricas realizamos uma análise de regressão múltipla para testar o valor preditivo. Nas correlações entre as duas variáveis, expectativa total e percepção da actuação perante a dor foram encontradas correlações significativas com sinal positivo e magnitude baixa. Assim, podemos afirmar que existe uma tendência para que uma melhor percepção esteja associada as expectativas mais elevadas. Em relação à expectativa do trabalho de parto, verificamos que mais uma vez a variável “percepção e actuação perante a dor” e a “importância perante a dor” tem um poder explicativo na expectativa do trabalho de parto, deste modo podemos inferir que quanto maior é a “percepção da actuação perante a dor”, maior é a expectativa do TP, no entanto a variável “importância da actuação perante a dor”

estabeleceu uma relação inversa com a expectativa do TP, sendo que quanto menor for a “importância da actuação perante a dor” maior será a expectativa do TP. No parto verificamos o mesmo que acontece na expectativa total, ou seja, a variável “percepção da actuação perante a dor” é a única variável a entrar no modelo de regressão e estabelece uma associação baixa de sinal positivo. Também tem poder explicativo na expectativa do parto, assim deduzimos que quanto maior a “percepção da actuação perante a dor” maior é a expectativa com o parto. Por último, nas expectativas do pós-parto verificamos que a “percepção da actuação perante a dor” e a “importância do apoio sociofamiliar” tem um poder explicativo na expectativa do pós-parto, deste modo podemos inferir que quanto maior é a “percepção da actuação perante a dor” e maior é a “importância do apoio sociofamiliar” maiores são as expectativas com o pós-parto.

Na revisão bibliográfica realizada diversos estudos (Conde, *et al.*, 2007; Roman Oliver, Espinaco Garrido, 2008; Rocha e Monteiro, 2009) afirmam que existe uma relação directa entre as expectativas e a percepção, contudo, como referem Costa *et al.* (2003a), apesar das expectativas construídas em torno do parto influenciarem o modo como ele é vivenciado, a forma como a experiência do parto é efectivamente percebida assume um carácter único e, muitas vezes, inesperado.

No que se refere à satisfação das mulheres em estudo, para testar a relação entre a satisfação da mulher durante o TP, P e PP e a importância e percepção das práticas obstétricas, realizou-se uma análise de regressão múltipla. Em que as variáveis a entrarem no modelo de regressão foram a “percepção e actuação perante a dor” e a “importância do apoio sociofamiliar” têm poder explicativo na variável satisfação total. O que nos permite inferir que quanto maior é a “percepção e actuação perante a dor” e a “importância do apoio sociofamiliar” maior é a satisfação. No que se refere ao TP, verificamos que foram as mesmas variáveis a entrar no modelo de regressão e com o mesmo poder explicativo, ou seja, quanto maior a “percepção da actuação perante a dor” e “importância do apoio sociofamiliar, maior é a satisfação com o TP. Em relação ao parto, verificamos que a única variável a entrar no modelo de regressão múltipla é a “percepção e actuação perante a dor”, no qual apresenta o mesmo valor explicativo que as anteriores, ou seja, quanto maior a “percepção na actuação perante a dor” maior é a satisfação com o parto. Finalmente na satisfação com o pós-parto, foram três as variáveis que entraram no modelo de regressão e que têm poder explicativo na satisfação com o pós-parto/alta, a “percepção da actuação perante a dor”, a “importância do apoio sociofamiliar” e a “atenção ao pós-parto/alta”. De acordo com os resultados obtidos, verificamos que quanto maior a “percepção e actuação perante a dor” e a “importância do apoio sociofamiliar” maior é a satisfação com o pós-parto,

no entanto, a variável “importância da atenção ao pós-parto/alta” estabeleceu uma relação inversa com a satisfação no PP, sendo que quanto menor a “importância da atenção ao pós-parto/alta, maior é a satisfação com o PP.

Segundo, Domingues, Santos e Leal (2004), das questões relacionadas à assistência ao TP e P, as mulheres justificam o bom tratamento pela equipa de saúde, o grau de informação fornecida e a pouca dor ou sofrimento com uma maior satisfação. A relação da parturiente com a equipa multidisciplinar de saúde é considerada como um dos factores que mais afectam a memória das mulheres não só com a satisfação do atendimento, como em relação à experiência do parto (Sousa, 2009).

Por outro lado, na satisfação com o PP resultados similares foram encontrados por Domingues (2002) ao estudar a influência da presença do acompanhante numa maternidade do Rio de Janeiro. Este autor refere que uma baixa satisfação com a assistência ao parto pode dificultar uma avaliação positiva da presença do acompanhante. A nível nacional, Loureiro, Ferreira e Freitas (2008) estabelecem a relação de forma inversa, isto é, são as mulheres que têm a presença do acompanhante as que apresentam maior índice da satisfação com o PP.

CAPÍTULO VII

CONCLUSÃO E SUGESTÕES DO ESTUDO

7 CONCLUSÃO E SUGESTÕES DO ESTUDO

O parto é um acontecimento que traz muitas expectativas desde o início da gravidez, sendo que a experiência desse evento marca consideravelmente a vida da mulher. A forma como a mulher percebe as práticas obstétricas varia em função de múltiplos factores de carácter individual, sociocultural e situacional. Identificar determinados factores que influenciam de forma negativa a percepção da mulher perante a assistência recebida, permite-nos tentar minimizá-los; e conseqüentemente ao determinar aqueles que influenciam de forma positiva a qualidade desta percepção, podemos tentar potenciá-los. Por outro lado, conhecer o que a mulher espera encontrar e o que encontrou permite-nos ir de encontro às suas necessidades reais; se avaliarmos o seu grau de satisfação saberemos se as conseguimos colmatar.

Este estudo, com a finalidade de ampliar o conhecimento desta problemática, está longe de esgotar as intervenções sobre o tema. Acreditamos que os resultados obtidos poderão servir de base para o planeamento de futuras investigações que analisem outras variáveis que, eventualmente, contribuam para o entendimento desta temática. Do conjunto de resultados obtidos destacamos aqueles que nos parecem mais significativos, traduzindo-se em linhas de actuação e de compreensão da percepção da mulher perante as práticas obstétricas. Atendendo à caracterização da nossa amostra concluímos que:

- A idade das mulheres oscila entre os 19 e os 41 anos, criando-se o grupo etário menor que 35 anos e superior ou igual a 35 anos;
- A maioria das mulheres é casada 80,0% e possui uma família nuclear 87,5%;
- A maioria das mulheres tem como habilitações literárias o 12º ano 60,6% e 39,4% tem o ensino superior;
- Grande percentagem das inquiridas 39,4% pertence ao grupo 5 (trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores);
- A maior parte tem actividade laboral (75,0%);
- A maior parte vive na cidade (42,3%);
- Número de gestações anteriores varia entre 0 e 4 filhos, no entanto a maioria das nossas mulheres são primíparas (46,4%);

- 74,0% das mulheres planeou a sua gravidez, sendo esta portanto desejada;
- Quanto ao número de semanas de gravidez varia entre 33 e 41 semanas, no entanto a média é de 38,63 semanas.
- A percentagem de mulheres que vigiou a sua gravidez foi de 99,0% e o local escolhido foi o serviço público 84,6%, 9,6% escolheu o serviço privado e 5,8% das mulheres vigiaram a sua gravidez no serviço público e privado.
- Das inquiridas 87,5% teve uma gravidez saudável e 12,5% teve problemas;
- Um elevado número de intervenções de rotina são realizados, também se conclui que a maioria das mulheres é informada e esclarecida acerca dessas intervenções.
- 76,2% refere que foi-lhe oferecida analgesia epidural, no entanto 80,6% das mulheres refere que não usufrui desta, quando necessitou;
- Verificou-se que quanto maior forem as expectativas mais elevada será a satisfação da mulher, são directamente proporcionais;
- O grupo que apresenta expectativas e satisfação mais altas é o das mulheres com idade inferior a 35 anos (68,2% e 71,4%, respectivamente);
- As mulheres casadas são as que apresentam maiores expectativas (84,1%) e maior satisfação (83,3%) assim como as que tem uma família nuclear (90,9%, 88,1%);
- O grupo de mulheres com escolaridade até ao 12º ano são as que apresentam maiores expectativas e satisfação (75,0% e 73,8%, respectivamente);
- O grupo de mulheres inquiridas empregadas também são as que apresentam expectativas e satisfação mais elevadas (75,0%, 81,0%, respectivamente);
- As mulheres que planearam e desejaram a sua gravidez apresentam maiores expectativas e satisfação (72,7%, 69,0%, respectivamente);
- As mulheres que tiveram uma gravidez de termo apresentam maiores expectativas e satisfação (86,4%, 88,1%, respectivamente) do que as mulheres com gravidez de pré-termo (13,6%, 11,9%);
- Por último as mulheres que escolheram como local de vigilância da gravidez o serviço público apresentam maiores expectativas e satisfação (86,4%, 85,7%, respectivamente), as que escolheram o serviço privado, o serviço público mais o privado obtiveram a mesma percentagem, 6,8% de expectativas e 7,1% de satisfação.

Da análise inferencial verificamos que a relação existente entre a importância e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas é altamente significativa para todas as subescalas excepto para o “apoio sociofamiliar”, isto é a importância que as mulheres referem relativamente às práticas obstétricas influenciam a percepção das mesmas, sendo

que a importância manifestada é maior que a sua percepção em todas as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sociofamiliar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”.

Tendo em conta os factores que influenciam a importância e percepção da mulher face às práticas obstétricas, observamos que das variáveis sociodemográficas, apenas a escolaridade influencia a percepção da mulher relativamente às práticas da “atenção ao bem-estar”.

Dentro das variáveis obstétricas concluímos que o número de gestações anteriores, gravidez planeada, local de vigilância da gravidez não influencia a importância e percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Ao analisar os modelos de regressão múltipla, verificamos que nas expectativas do TP, P e PP a variável independente “percepção da actuação perante a dor” tem poder explicativo, o que nos leva a afirmar que quanto maior a “percepção da actuação perante a dor” maior são as expectativas com o TP, P e PP. A variável “importância da actuação perante a dor” estabeleceu uma relação inversa com a expectativa do TP.

Quanto à satisfação do TP, P e PP, verificamos que a variável independente “percepção da actuação perante a dor” tem poder explicativo, o que nos leva a afirmar que quanto maior a “percepção e actuação perante a dor” maior é a satisfação da mulher no TP, P e PP. No entanto também a variável “importância do apoio sociofamiliar” tem poder explicativo na satisfação com o TP e PP, ou seja, quanto maior a “importância do apoio sociofamiliar” maior a satisfação com o TP e PP. Já a variável “importância da atenção pós-parto/alta” tem uma relação inversa com a satisfação no pós-parto, ou seja, quanto maior a “importância da atenção ao pós-parto/alta” menor é a satisfação da mulher no pós-parto.

Dado que neste capítulo se procura enfatizar os aspectos mais relevantes, diremos que, face aos resultados obtidos e atrás referenciados, embora reconhecendo algumas limitações, pensamos ter dado resposta aos objectivos deste estudo. Estes resultados permitem uma melhor compreensão de alguns factores que influenciam a importância e percepção das práticas obstétricas por parte da mulher. É de salientar que para entender melhor esta realidade, será aconselhável a implementação de investigações que apresentem uma tipologia longitudinal que permitam monitorizar a evolução das expectativas, satisfação, importância e percepção ao longo do tempo.

Consideramos ainda que os resultados deste estudo são aceitáveis atendendo aos níveis de satisfação das mulheres inquiridas, outros caminhos terão de ser tomados como por exemplo a elaboração de um plano de parto, onde o casal determine como deseja ser atendido de uma forma consciente e informada. A percentagem de mulheres que referem falta de informação perante determinados procedimentos representa um foco de alerta. Informar melhor a grávida acerca do tipo de cuidados que potencialmente poderão estar sujeitas é vital para proporcionar expectativas mais realistas, bem como uma experiência de parto mais previsível e conseqüentemente tão positiva quanto possível. Por outro lado, o desconhecimento das mulheres acerca dos seus direitos como parturiente leva a percepções equívocas acerca das práticas obstétricas, considerando mais importante os avanços tecnológicos em detrimento delas próprias que deveriam ser as “protagonistas do parto”. Apontamos para a necessidade de investir a nível dos cuidados de saúde primários e na preparação para o parto, na formação e preparação das mulheres para a criação de expectativas realistas sobre o parto e sobre os cuidados que o casal tem direito e ao seu dispor.

Acreditamos que a busca do conhecimento sobre a importância e percepção da mulher face às práticas obstétricas é importante para reflectir sobre os cuidados de enfermagem prestados pelo EESMOG. Neste contexto, esperamos que os resultados deste estudo possam estimular reflexões entre os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores das instituições de saúde, apontando fragilidades e fortalezas, indicando caminhos a serem seguidos, favorecendo mudanças de comportamentos, objetivando a prestação de cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras – **Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal: documento de consenso**/Federación de Asociaciones de Matronas de España, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Lisboa: Lusociência, 2009. ISBN- 978-972-8930-49-3, Depósito legal 293010/09.

Arias, Betty Fernández – Práticas Obstétricas segundo a OMS: Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e elaborada sob a orientação da Professora Doutora Manuela Ferreira. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. 2011.

Bobak, I. M.; Lowdermilk, D. L.; Jensen, M.D. – **Enfermagem na Maternidade**. 4ªed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-09-6

Branden, P.S. Enfermagem materno-infantil. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichamn & Affonso, 2000.

Caravaca, Elisabeth [et al.] – Hidratación y alimentación durante el trabalho de parto. Revisión de la evidencia científica. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 10:1 (2009) 10-13.

Carvalho, Cynthia Coelho Medeiros; Souza, Alex Sandro Rolland; Moraes Filho, Olímpio Barbosa. – Episiotomia selectiva: avanços baseados em evidências. *Femina*; 38(5), Maio 2010. Id: 546439.

Conde, Ana [et al.] – Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. Psicologia: Saúde & Doenças. Porto. ISSN 1645-0086.8:1 (2007) 49-66.

Cordeiro, Alexandra [et al.] – Gravidez não vigiada – A experiência da MAC em 2004. Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa Vol. XVI, Nº4 (Março 2006), p.12-16.

Correia, Toni Fernando Aguilar. – **Práticas Obstétricas Segundo a Organização Mundial de Saúde – Percepção da Mulher**. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Monografia apresentada no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna de Obstetrícia. 2010.

Costa, R. [et al.] – Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. Psicologia: Saúde e Doenças. Ed. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa. ISSN: 1645-0086. Vol.4, N.º1. (Julho 2003a). p. 47-67.

Costa, R. [et al.] – Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). Psicologia: Saúde e Doenças. Lisboa. ISSN:1645-0086. 5:2 (2004) 159-187.

Costa, Raquel; Pacheco, Alexandra & Figueiredo, Bárbara - Antecipação e experiência emocional do parto. *Psic., Saúde & Doenças* vol.13 no.1 Lisboa 2012. ISSN 1645-0086.

Domingues, Rosa Maria Soares Madeira; Santos, Elizabeth Moreira dos; Leal, Maria do Carmo - Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública* vol.20 suppl.1 Rio de Janeiro 2004. [Consult. 19 de Junho de 2013]. Acedido em: WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>.

Duarte, Cristina Isabel Reis [et al.] – Da expectativa à experiência ser cuidados pelos EESMO na sala de partos. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. N.º9 (2008). p. 34-40.

Ferreira, Manuela; Ferreira, Lígia & Duarte, João – Ganho ponderal gestacional: Estudo de Algumas Variáveis Intervenientes. *Millenium*, 44 (Janeiro/Junho). p. 99-126. [Consult. 29 de Outubro 2013]. Acedido em WWW: URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium44/8.pdf>.

Fornazari, D.H. – **Atuação da equipe de enfermagem na assistência a mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba/SP**. 2009. 92f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Fortin, M.-F. (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures. Lusociência.

Freitas, Fernando [et al.] – *Rotinas em Obstetrícia*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. p.127-135.

Frello At, Carraro Te. - Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 out/dez;12(4):660-8. [Consult. 26 Maio 2013]. Acedido em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>.

Goberna Tricas, J. [et al.] – Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740.9:1 (2008) 5-10.

Goldman, R. E. Práticas de enfermagem durante o parto. In: Barros, S.M.O.; Marin, H.F.; Abrao, A.C.F.V. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial. 1 ed. São Paulo: Roca, 2002. Cap.12, p.217.

Graça, Luís Mendes da e Colaboradores – Medicina Materno-Fetal 1 e 2. 3ª Edição. Lidel, Edições Técnicas, Lda.. 2005. ISBN: 972-757-355-x.

Gupta, J. K.; Hofmeyer, G. J. – Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 13 de Junho 2013]. Acedido em [WWW.<URL: http://www.update-software.com >](http://www.update-software.com) (Traduzida da The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Lawrence, Annemarie [et al.] – Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revisión Cochrane Traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3.** [Consult. 13 de Junho 2013]. Acedido em: [WWW:< URL: http://www.update-software.com >](http://www.update-software.com) (Traduzida da The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Lobo, Sheila [et al.] – Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev.esc.enferm.USP [Em linha]. Vol.44, nº.3 (2010) p. 812-818. [Consult. 07 Maio 2013]. Acedido em [WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300037&lng=en&nrm=isso>](http://www.scielo.br/scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300037&lng=en&nrm=isso)ISSN 0080-6234.

Lopes, Rita de Cássia Sobreira [et al.] – O Antes e o Depois: Expetativas e Experiências de Mães sobre o Parto. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18(2). P.247-254.

Loureiro, Rui; Ferreira, Manuela – Satisfação da utente versus qualidade dos cuidados em obstetrícia. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. Nº8 (2007), p.24-27.

Loureiro, R.; Ferreira, M.; Freitas, P. – Satisfação da mulher com o parto hospitalar: A realidade nacional. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. Nº9 (2008), p.10-13.

Lowdermilk, Deitra L.; Perry, Shannon E. – **Enfermagem na Maternidade**. 7ªed. Loures: Lusodidacta. 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.

Lukas, Karl H. – *Facilitação Psicológica do Parto*. 3ª Edição, São Paulo: Editora Manole. 1983. p.65-71.

Maldonado, Maria Tereza – **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16ªEd. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Mamede, Fabiana Villela; Mamede; Marli Villela; Dotto Leila Maria Geromel. - REFLEXÕES SOBRE DEAMBULAÇÃO E POSIÇÃO MATERNA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO. Esc. Anna Nery. Revista Enferm. Junho 2007. 11 (2): 331 – 6. Consult. 10 de Junho 2013]. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf>.

Mandarino, Natália Ribeiro [et al.] - Aspectos relacionados À escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.25 nº7. Rio de Janeiro. Julho 2009. [Consult. 29 de Outubro de 2013]. Cadernos de Saúde Pública. ISSN 0102-311X.

Marin, Ângela Helena [et al.] – Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. Aletheia [Em linha] 2009 [Consult 28 de Outubro 2013]. Acedido em WWW:<URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?Cve=115012533006>> ISSN 1413-0394.

Matos, Thaís Alves [et.al] – Contato pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev. Bras.enferm. vol.63 nº6 Brasília Nov./Dec.2010. [Consult.13 de Junho 2013]. Acedido em: WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672010000600020>.

Milbradt, Viviane – Afectividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. Revista Pensamento Biocêntrico. [Em linha]. Pelotas. Nº9 (Jan./Jun. 2008), p.111-134. [Consult. 29 de Outubro 2013]. Acedido em WWW:[URL:http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/pensamento_biocentrico_09_pdf](http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/pensamento_biocentrico_09_pdf) > ISSN 1807-8028.

Monteiro, B.; Marinho, I.; Cruz, L. S. – O cuidar em enfermagem de saúde materna e obstetrícia: um estudo sobre as expectativas e experiências de parto.

Revista da Associação Portuguesa dos enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. Nº9 (2008), p. 43-47.

Moura, Fernanda [et al] – A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Ver. Bras. Enferm.[Em linha]. 60:4 (2007) 452-455. [Consult. 07 Maio 2013]. Acedido em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&Ing=en&nrm=iso. >ISSN0034-7167.

Nakano, Ana Marcia Spanó [et.al] – O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta Paul Enferm* 2007. 20(2):131-7.

Nascimento, Natália Magalhães do; [et.al] – TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO NO PARTO REALIZADAS POR ENFERMEIRAS: A PERCEÇÃO DE MULHERES. *Esc Anna Nery* (impr.) 2010 Jul-Set; 14(3): 456-461.

O'reilly, B.; Bottomley, C.; Rymer, J. – **Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-06-2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família – **Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Genebra: OMS, 1996. p. 54.

Patah, Luciano E.; Malik, Ana M. – Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Ver.Saúde Pública* [Em linha]. 45:1 (2011)185-194. [Consult.10 Maio 2013]. Acedido em WWW:URL:<http://www.scielop.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en&nmr=iso> ISSN0034-8910.

Pestana, Maria H.; Gageiro, João N. – **Análise dos dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 4ªed. revisada e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN: 972-618-391-X.

Pinheiro, Arminda; Catarino, Graça; [et al.] – Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada». Ordem dos Enfermeiros. Maio 2012.

Pitangui, Ana Carolina Rodarti [et.al] – Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta Paul Enferm* 2009. 22(1):77-82.

Porto, Ana Maria Feitosa; Amorim, Melania Maria Ramos; Souza, Alex Sandro Rolland - Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. N°38. p.527-537. Outubro 2010.

Rocha, Ana Maria A.; Monteiro, Cláudia Sofia C.B.C. – **Percepção e Importância dos Cuidados Recebidos durante o trabalho de parto e parto**. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde. Monografia apresentada no 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna de Obstetrícia. 2009.

Rocha, Ivanilde Marques da Silva [et al.] – O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. Esc Enferm USP*. 2009. 43(4): 880-8. [Consult. 04 de Junho 2013]. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a20v43n4.pdf>

Roman Oliver, Jose; Espinaco Garrido, Maria – Evaluación de la satisfacción de las madres en el parto hospitalário público. Clasificación de los cuidados recibidos durante el parto. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625.Nº9 (2008), p.40-42.

Ronconi, Ana Priscila Laurentino; Perdichizzi, Francesca da Silva; Pires, Oscar César; Constantino, Elton; Lopes, Vanessa Rezende; Poss, Irimar de Paula - **Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra**. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Rev Dor. São Paulo, 2010 Out-Dez;11(4): 277-281.

Sá, Maria da Conceição Gonçalves Marques Alegre de – Gravidez e Pós-Parto: Experiências vivenciadas pela Mulher. Dissertação de Mestrado em Psicossociologia da Saúde (10234 Tese). Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior Altos Estudos.2011.

Schneck, Camilla A.; Riesco Gonzalez, Maria L.-Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. Reme: Revista Mineira de Enfermagem. [Em linha] Belo Horizonte. Vol.10,n.º3 (Jul 2006), p.812.818. [Consult. 10 Maio 2013]. Acedido em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>>

Silva, Ana Carolina de Souza – Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto. Dissertação de Mestrado na Área Científica de Psicologia do Desenvolvimento orientada pela Professora Doutora Maria da Luz Bernardes Rodrigues Vale Dias. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2011. [Consult. 29 de Outubro 2013]. Acedido em WWW:[URL:http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18015/2011.pdf](http://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18015/2011.pdf).

Silva, Rangel da; Serrano, de Souza; Christoffel, Moreira. – A Enfermeira Obstetra e a Política de Humanização do parto: em busca de mudança do modelo assistencial. Revista Enfermaria Global. Nº9. Novembro 2006. ISSN 1695-6141.

Singata, M.; Tranmer J.; Gyte G.M. – Restrición de líquidos por via oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2010. Número 1**. [Consult. 06 de Junho de 2013]. Oxford: Update Software Ltd. Acedido em WWW:<URL: <http://www.update-software.com> (Traduzida da The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Sousa, Goreti Ferreira – A percepção das parturientes sobre a qualidade do bloco de partos do HAS, Leiria. Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico apresentada

ao I.S.M.T. e elaborada sob a orientação do Prof. Doutor Carlos Farate (14375 Tese). Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior Altos Estudos.2009.

Tedesco, J. Júlio de A. – *A Grávida – Suas indagações e as dúvidas do Obstetra*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Editora Atheneu. 2000. p.431-436.

Velho, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos – Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. Ver.Bras.Enferm. [Em linha]. 63:4 (2010) 652-659. [Consult. 07 Maio 2013]. Acedido em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023&lng=en&nrm=iso>ISSN 0034-7167.

APÊNDICES

APÊNDICE I

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE PROFISSÕES DO INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (IEPP,S/D)

| GRANDE GRUPO | SUB-GRANDE GRUPO | DESIGNAÇÃO |
|--------------|------------------|---|
| 0 | | PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS |
| | 01 | Oficiais das Forças Armadas |
| | 02 | Sargentos das Forças Armadas |
| | 03 | Outro Pessoal das Forças Armadas |
| 1 | | REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRECTORES E GESTORES EXECUTIVOS |
| | 11 | Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, directores e gestores de empresas |
| | 12 | Directores de serviços administrativos e comerciais |
| | 13 | Directores de produção e de serviços especializados |
| | 14 | Directores de hotelaria, restauração, comércio e de outros serviços |
| 2 | | ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS |
| | 21 | Especialistas das ciências físicas, matemáticas, engenharias e técnicas afins |
| | 22 | Profissionais de saúde |
| | 23 | Professores |
| | 24 | Especialistas em finanças, contabilidade, organização administrativa, relações públicas e comerciais |
| | 25 | Especialistas em tecnologias de informação e comunicação (TIC) |
| | 26 | Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais |
| 3 | | TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO |
| | 31 | Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio |
| | 32 | Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde |
| | 33 | Técnicos de nível intermédio, das áreas financeira, administrativa e dos negócios |
| | 34 | Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares |
| | 35 | Técnicos das tecnologias de informação e comunicação |

| GRANDE GRUPO | SUB-GRANDE GRUPO | DESIGNAÇÃO |
|--------------|------------------|---|
| 4 | | PESSOAL ADMINISTRATIVO |
| | 41 | Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados |
| | 42 | Pessoal de apoio directo a clientes |
| | 43 | Operadores de dados, de contabilidade, estatística, de serviços financeiros e relacionados com o registo |
| | 44 | Outro pessoal de apoio de tipo administrativo |
| 5 | | TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES |
| | 51 | Trabalhadores dos serviços pessoais |
| | 52 | Vendedores |
| | 53 | Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares |
| | 54 | Pessoal dos serviços de protecção e segurança |
| 6 | | AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA |
| | 61 | Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e produção animal, orientados para o mercado |
| | 62 | Trabalhadores qualificados da floresta, pesca e caça, orientados para o mercado |
| | 63 | Agricultores, criadores de animais, pescadores, caçadores e colectores, de subsistência |
| 7 | | TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES |
| | 71 | Trabalhadores qualificados da construção e similares, excepto electricista |
| | 72 | Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares |
| | 73 | Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares |
| | 74 | Trabalhadores qualificados em electricidade e em electrónica |
| | 75 | Trabalhadores da transformação de alimentos, da madeira, do vestuário e outras indústrias e artesanato |

| GRANDE GRUPO | SUB-GRANDE GRUPO | DESIGNAÇÃO |
|--------------|------------------|--|
| 8 | | <p>OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM</p> <p>81 Operadores de instalações fixas e máquinas</p> <p>82 Trabalhadores da montagem</p> <p>83 Condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis</p> |
| 9 | | <p>TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS</p> <p>91 Trabalhadores de limpeza</p> <p>92 Trabalhadores não qualificados da agricultura, produção animal, pesca e floresta</p> <p>93 Trabalhadores não qualificados da indústria extractiva, construção, indústria transformadora e transportes</p> <p>94 Assistentes na preparação de refeições</p> <p>95 Vendedores ambulantes (excepto de alimentos) e prestadores de serviços na rua</p> <p>96 Trabalhadores dos resíduos e de outros serviços elementares</p> |

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO APLICADO

I PARTE

1. Idade ____ anos
2. Estado civil: solteira _____ casada/união de facto _____ divorciada _____ viúva _____
3. Com quem vive _____
4. Nacionalidade _____
5. Escolaridade _____
6. Profissão _____
7. Situação profissional: Emp.Integral _____ Emp.Tempo Parcial _____ Desempregada _____ Em Formação _____
8. Residência: Aldeia _____ Vila _____ Cidade _____

II PARTE – História de gravidez anterior

9. Número de gestações anteriores _____ Número de filhos vivos _____
(se respondeu 0 passe à III parte)

III PARTE – História de gravidez actual

10. Gravidez planeada: Sim ____ Não _____
11. Número de semanas de gravidez: _____
12. Vigilância da gravidez: Sim ____ Não _____
13. Local da vigilância da gravidez: Hospital ____ Centro de Saúde _____ Privado _____
14. A gravidez decorreu: sem problemas _____ com problemas _____

PARTE IV – CUIDADOS PRESTADOS

Importância: 1 nada importante; 2 pouco importante; 3 algo importante; 4 importante; 5 muito importante [correspondente a alínea a)].

Atenção percebida: 1 nunca; 2 poucas vezes; 3 algumas vezes; 4 muitas vezes; 5 sempre [correspondente a alínea b)].

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 – a) Que importância tem os cuidados que recebeu durante o parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Sentiu-se tratada adequadamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – a) É importante para si não se sentir abandonada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sentiu-se abandonada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - a) É importante que a ajudem logo quando necessita? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) No geral, foi logo atendida quando o solicitou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- a) Que importância tem para si ser informada suficientemente e ao seu acompanhante durante o parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Informaram-na a si e ao seu acompanhante adequadamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- a) É importante para si ter intimidade durante o parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Acha que respeitaram a sua intimidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 - a) É importante poder compreender o que lhe dizem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Foi questionada normalmente de forma compreensível? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 – a) Considera importante que os profissionais se identifiquem e se apresentem pelo nome?

b) Os profissionais identificaram-se e apresentaram-se pelo seu nome?

8 – a) As manifestações de apoio não verbal como dar a mão, tocá-la, limpar o suor, posicioná-la, etc., que importância tem para si?

b) Ajudarm-na através deste contato físico?

9 – a) Considera importante que lhe tentem diminuir ou fazer desaparecer a dor?

b) Se teve dor, tentaram diminuir-la ou fazê-la desaparecer?

10 – a) É importante dispor de massagens, técnicas de relaxamento, Banho de água quente, etc., para tentar acalmar a dor?

b) Foi-lhe oferecida a oportunidade de usufruir de alguns destes métodos?

11 – a) É importante dispor de analgésicos, anestésicos, relaxantes, etc., que não seja analgesia epidural, para acalmar a dor?

b) Ofereceram-lhe a possibilidade de usufruir destes medicamentos?

12 – a) Que importância tem para si dispor de analgesia epidural?

No caso de ter necessitado, usufruiu desta? Sim Não

No caso de ter usufruído, foi-lhe oferecida e explicada previamente sem condicionar o momento de a pôr? Sim Não

Foi-lhe colocada com quantos cms. de dilatação?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sabe

13 – a) É importante para si que não sinta dor enquanto está a ser suturada?

1 2 3 4 5

Foi anestesiada para ser suturada?

Sim Não

b) Se foi anestesiada: acalmou a dor?

Sim Não

1 2 3 4 5

14 – a) Que importância tem para si estar sempre acompanhada?

b) Esteve acompanhada continuamente?

Em caso de não ter estado acompanhada continuamente, dos seguintes qual foi o motivo:

1 Estar na sala de observações.

2 Estar monitorizada.

3 Por ser cesariana.

4 Por parto complicado.

5 Outro motivo.

6 Não sabe porque não esteve acompanhada continuamente.

15 – a) Qual a importância do incentivo a participação do acompanhante?

1 2 3 4 5

b) Incentivaram esta participação?

16 - a) É importante para si a explicação dos horários, procedimentos, Formas de pedir ajuda, quem são os diferentes profissionais, etc.?

b) Foi-lhe facilitada a adaptação ao meio hospitalar?

17- a) É importante, se possível, poder parir numa posição cómoda?

b) Foi-lhe oferecida a possibilidade de adoptar outra posição diferente da tradicional (deitada na marquês de período expulsivo com a cabeça elevada)?

18- a) É importante ser ensinada a puxar para facilitar a saída do bebé?

- b) Foi ensinada e motivada a puxar?
- 19- a) Acha importante que se possa beber e/ou comer durante o parto?
- b) Ofereceram-lhe de comer e/ou de beber?
- 20- a) Considera importante que lhe ponham em contacto (pele a pele) o seu bebé mais cedo possível?
- b) Foi-lhe permitido este contacto de imediato?
- 21- a) Considera importante dar a mama ao seu bebé?
- b) Foi ajudada e ensinada a iniciar o aleitamento materno?
- 22- a) Considera importante que o aleitamento materno seja o mais precoce possível (nas 1^{as} duas horas)?
- b) Foi-lhe facilitada a colocação do bebé à mama nesse período?
- 23 – a) Que importância tem obter informação sobre os cuidados a ter consigo e com o recém-nascido?
- b) Foi-lhe dada informação suficiente sobre os mesmos, bem como sobre a alta hospitalar?
- 24 – Fizeram-lhe enema de limpeza (clister/laxante via rectal)? Sim Não
- Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? Sim Não
- 25 – Foi rapada, ainda que pouco para que pudessem coser o corte (episiotomia) feito ou a laceração ocorrida? Sim Não
- Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? Sim Não
- 26 – Foi-lhe realizada alguma ecografia durante a dilatação? Sim Não
- Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? Sim Não
- 27 – Puseram-lhe algum fármaco para produzir ou aumentar as contracções? Sim Não
- Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? Sim Não
- 28 – Esteve monitorizada durante todo o parto? Sim Não
- Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? Sim Não
- 29 – Puseram-lhe uma sonda para poder urinar? Sim Não
- Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? Sim Não
- 30 – Puseram-lhe uma perfusão contínua (soro)? Sim Não

Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo?

Sim Não

31 – Romperam-lhe a bolsa de águas?

Sim Não

Se sim, foi no início do parto?

Sim Não

Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo?

Sim Não

PARTE V – QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO (QESP)

Assinale com uma cruz (X) a resposta que mais se adequa a sua opinião

| | | Muito Pior | Pior | Melhor | Muito Melhor |
|---|--|------------|------|--------|--------------|
| 1 | O trabalho de parto (TP) decorreu de encontro com as suas expectativas | | | | |
| 2 | O parto (P) decorreu de encontro com as suas expectativas | | | | |
| 3 | O pós-parto (PP) decorreu de encontro com as suas expectativas | | | | |
| 4 | As condições físicas da maternidade no TP foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações) | | | | |
| 5 | As condições físicas da maternidade no P foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações) | | | | |
| 6 | As condições físicas da maternidade no PP foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das instalações) | | | | |
| 7 | A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 8 | A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 9 | A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP foi de acordo com as suas expectativas | | | | |


| | | Muito Pior | Pior | Melhor | Muito Melhor |
|----|--|------------|------|--------|--------------|
| 10 | A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 11 | A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 12 | A dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 13 | O tempo que demorou o TP foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 14 | O tempo que demorou o P foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 15 | O tempo que demorou o PP foi de acordo com as suas expectativas | | | | |
| 16 | O tempo que demorou a tocar no bebé, após o parto, foi de encontro com as expectativas | | | | |
| 17 | O tempo que demorou a pegar no bebé, após o parto, foi de encontro com as expectativas | | | | |

| | | Nada | Um pouco | Bastante | Muito |
|----|---|------|----------|----------|-------|
| 18 | Está satisfeita com a forma como decorreu o TP | | | | |
| 19 | Está satisfeita com a forma como decorreu o P | | | | |
| 20 | Está satisfeita com a forma como decorreu o PP | | | | |
| 21 | Está satisfeita com o tempo que demorou o TP | | | | |
| 22 | Está satisfeita com o tempo que demorou o P | | | | |
| 23 | Está satisfeita com o tempo que demorou o PP | | | | |
| 24 | Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no TP | | | | |
| 25 | Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no P | | | | |
| 26 | Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no PP | | | | |
| 27 | Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP | | | | |
| 28 | Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P | | | | |
| 29 | Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP | | | | |
| 30 | Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP | | | | |
| 31 | Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no P | | | | |
| 32 | Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no PP | | | | |
| 33 | Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebé, após o parto | | | | |
| 34 | Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé, após o parto | | | | |

Muito obrigada!

APÊNDICE III

AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

Recebido e
19/12/2012


G. Investigação e Inovação
02 JAN 2013


Parecer:

Despacho:


Centro Hospitalar Cova da Beira
Presidente do Conselho de Administração
Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

ASSUNTO: Projecto de Investigação nº94/2012 - “Cuidar a mulher em trabalho de parto”

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

N.º 119/GII

DE: Gabinete de Investigação e Inovação

Data 17/12/2012

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Ana Carolina Madail Marques, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema “Cuidar a mulher em trabalho de parto” a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher – Serviço de Obstetrícia deste centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer favorável nº 58/2012, emitido pela Comissão de Ética

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Gabinete de Investigação e Inovação.

Com os melhores cumprimentos, *perceis*

? O Gabinete de Investigação e Inovação



(Dr.ª Rosa Saraiva)

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

| VOSSA REFERÊNCIA | |
|------------------|-------|
| Ofício nº: | Data: |
| Processo: | |

| NOSSA REFERÊNCIA | | | |
|------------------|-----|-------|------------|
| Ofício nº | 902 | Data: | 06/11/2012 |
| Processo: | 70 | | |

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Investigação em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Ana Carolina Madail Marques do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia estão a realizar um estudo subordinado ao tema "*Cuidar a mulher em trabalho de parto*".

A gravidez reflete uma aprendizagem experiencial e formativa, marcada por alterações físicas, cognitivas, comportamentais e afetivas. A sua experiência culmina no parto, um momento irreversível e marcante, geralmente diferente das expectativas e da forma como é antecipado e idealizado. O parto é um acontecimento único na vida da mulher. A forma como é vivenciado, determina o bem-estar psicológico e a relação da puérpera com os seus significativos, especialmente com o bebé. Vários fatores, reconhecidos universalmente, são suscetíveis de influenciar a experiência de parto, destacando-se o tipo de parto, o suporte emocional de uma pessoa significativa, a dor, entre outras variáveis individuais, sociais e situacionais.

Com este estudo pretendemos conhecer qual a experiência e satisfação do parto das puérperas do serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

Neste contexto, vimos solicitar a V. Ex.^a que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/informação no serviço de Obstetrícia, durante os meses compreendidos entre Novembro e Março. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de colheita de dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

MF/NC

**PARECER N.º 58/2012 DA COMISSÃO DE ÉTICA DO
CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, EPE**

Na sua reunião de 14 de Dezembro de 2012, esta Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para a realização de um projecto de investigação subordinado ao tema “Cuidar a mulher em trabalho de parto” a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher – Serviço de Obstetrícia deste centro Hospitalar, por Ana Carolina Madail Marques, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada a opor à realização do mesmo.

Covilhã, 14 de Dezembro de 2012

P O Presidente da Comissão de Ética



(Dr. Neves da Gama)

APÊNDICE IV

CONSENTIMENTO INFORMADO ENTREGUE AS PUÉRPERAS

Apêndice 4 – Consentimento Informado entregue às puérperas

Consentimento informado às puérperas inquiridas

Consentimento Livre e Informado

Ana Carolina Madail Marques, Enfermeira no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB, EPE, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia na Escola Superior de Saúde de Viseu, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da disciplina de Relatório Final, subordinado ao tema " Como é que os cuidados recebidos durante o trabalho de parto e parto influenciam a opinião das mulheres nas expectativas e satisfação?", vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pela Utente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- A Sra. leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas.

Nome da Utente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura da Utente ou Representante Legal)

(Data)

ANEXOS

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL DO GUIA DA OMS

Anexo 1 – Classificação das práticas no parto normal do guia da OMS

Categoria A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

1. Elaborar um plano individual de assistência no parto explicitando o local e o profissional de saúde que assistirá ao nascimento, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado ao seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família;
2. Avaliação do risco gestacional durante o período pré-natal, reavaliado em cada contacto com o sistema de saúde, e no primeiro momento durante o trabalho de parto, e ao longo destes;
3. Monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, bem como no final do processo do nascimento;
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações;
6. Proporcionar assistência obstétrica num nível mais periférico de cuidados onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sinta segura e confiante;
7. Respeito pelo direito da mulher à privacidade no local do parto;
8. Promover um relacionamento empático durante o trabalho de parto e parto;
9. Respeitar a escolha da mulher, acerca dos seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
10. Proporcionar às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
11. Proporcionar às mulheres métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto;
12. Monitorização fetal por meio de auscultação intermitente;
13. Usar materiais descartáveis e esterilização de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto;
14. Usar luvas no exame vaginal, durante o parto e no manuseio da placenta;
15. Proporcionar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
16. Estimular a adopção de posições não supinas durante o trabalho de parto;
17. Monitorização da evolução do parto, por exemplo, por meio de uso do partograma da OMS;
18. Administração profiláctica de ocitocina no terceiro período do trabalho de parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que corram perigo em consequência da perda de pequena quantidade de sangue;
19. Condições estéreis ao cortar o ordão umbilical;
20. Prevenção de hipotermia do recém-nascido;

21. Contacto cutâneo direto precoce entre mãe e filho, e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as directrizes da OMS sobre aleitamento materno;

22. Exame de rotina da placenta e membranas ovulares.

Categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

1. Uso rotineiro de enemas;

2. Uso rotineiro de tricotomia;

3. Infusão intravenosa de rotina do trabalho de parto;

4. Cateterização venosa profilática de rotina;

5. Uso rotineiro de posição supina durante o trabalho de parto;

6. Exame rectal;

7. Uso de pelvimetria por raio-X;

8. Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de modo, a que não permita controlar os seus efeitos;

9. Uso de rotina da posição de litotímia, com ou sem perneiras durante o trabalho de parto;

10. Esforço de puxo prolongado e dirigidos (manobra de Valsava) durante o segundo período do trabalho de parto;

11. Massagens e distensão do períneo durante o segundo período do trabalho de parto;

12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro período do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;

13. Uso rotineiro de ergometrina parentérica no terceiro período do trabalho de parto;

14. Lavagem uterina depois do parto;

15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

Categoria C – Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação dos nervos;

2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro período do trabalho de parto;

3. Pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto;

4. Manobras relacionadas com a protecção do períneo e manejo do pólo cefálico no momento do parto;

5. Manipulação activa do feto no momento do parto;
6. Uso de ocitocina de rotina, tracção controlada do cordão, ou a sua combinação durante o terceiro período do trabalho de parto;
7. Clampe precoce do cordão umbilical;
8. Estimulação do mamilo para aumentar a contractilidade uterina durante o terceiro período do trabalho de parto.

Categoria D – Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
2. Controle da dor por agentes sistémicos;
3. Controle da dor por analgesia epidural;
4. Monitorização electrónica fetal;
5. Uso de máscaras e aventais estéreis na assistência ao trabalho de parto;
6. Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços;
7. Correção da dinâmica uterina com utilização de ocitocina;
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo período do trabalho de parto;
9. Cateterização da bexiga;
10. Estímulo para puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário;
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo período do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
12. Parto cirúrgico;
13. Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
14. Exploração manual do útero após o parto.

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico.** Genebra: OMS, 1996, p.54.