

M 2013

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

O MEDO DO PARTO

CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO W-DEQ PARA GRÁVIDAS PORTUGUESAS

SORAIA ANDREIA MIRANDA LOUREIRO
TESE DE Mestrado APRESENTADA
AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

SORAIA ANDREIA MIRANDA LOUREIRO

**O MEDO DO PARTO: CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO DO
W-DEQ PARA GRÁVIDAS PORTUGUESAS**

Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em
Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade
do Porto

Orientador: Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos
Cardoso

Professora Adjunta

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientador: Professora Doutora Célia Samarina Vilaça
de Brito Santos

Professora Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

O parto é um evento crítico na transição para a maternidade. A antecipação deste momento pode gerar ansiedade e medo, por ser considerado um momento desconhecido, ou não controlável, doloroso ou desconfortável. Um nível elevado de medo do parto influencia a vivência da maternidade pela mulher, afastando-a de ter um papel ativo e consciente no seu trabalho de parto, influenciando negativamente a sua experiência.

Para estudar o medo do parto nas grávidas, desenvolvemos um estudo metodológico, descritivo, correlacional e transversal numa amostra de 180 grávidas no terceiro trimestre de gestação, sem complicações obstétricas, assistidas nas unidades de cuidados de saúde primários da cidade do Porto. Os objetivos deste estudo foram: traduzir e adaptar culturalmente para a população portuguesa o questionário *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ); contribuir para a validação do Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP) (W-DEQ); determinar os níveis de medo do parto nas grávidas; e relacionar o medo do parto com as variáveis sociodemográficas e obstétricas. A recolha de dados decorreu entre junho e setembro de 2013, tendo sido efetuada através de um questionário de autopreenchimento, que incluía para além da versão traduzida e adaptada do W-DEQ (denominada na versão portuguesa como QMPP), os dados sociodemográficos e obstétricos e as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21). A versão original do W-DEQ, versão A, avalia o medo do parto na grávida na forma de expectativas. Esta versão foi traduzida e adaptada para o contexto português através do método de tradução e retrotradução, e com recurso a um painel de peritos. A versão traduzida e adaptada, após aplicada a uma amostra alargada (N = 180) revelou boas propriedades psicométricas com um alfa de *Cronbach* de 0,91, e uma estabilidade temporal alta ($r = 0,88$). A partir da análise de componentes principais obtivemos quatro domínios explicativos do medo do parto das grávidas, que explicam 51,53% da variância total. Verificou-se uma associação entre o QMPP e as EADS-21, tendo-se obtido uma correlação positiva com cada uma das escalas.

Os resultados obtidos revelam um nível elevado de medo do parto na amostra, sendo mais elevado nas participantes desempregadas e com menor escolaridade.

Palavras-Chave: Medo do parto, W-DEQ, QMPP, validação, tradução, adaptação cultural

ABSTRAT

Childbirth is a critical event in motherhood transition. The anticipation of this moment can generate anxiety and fear, for being considered an unknown moment or uncontrollable, painful or uncomfortable. A high level of childbirth fear influences the woman's experience of motherhood, keeping her away from having an active and conscious role in labor, negatively influencing her experience.

To study fear of childbirth in pregnant women, we developed a methodological, descriptive, correlational and cross-sectional study, on a sample of 180 pregnant women in the third trimester of pregnancy, without obstetric complications, assisted in primary care units in Oporto city. This study objectives were: to translate and culturally adapt to the Portuguese population the *Wijma Delivery Expectancy / Experience Questionnaire* (W-DEQ); contribute to the validation of the *Questionário sobre Medo Percebido do Parto* (QMPP) (W-DEQ); to determine pregnant's levels of childbirth fear; and to relate fear of childbirth with sociodemographic and obstetric variables. Data collection took place between June and September 2013, having been carried out through a self-administered questionnaire, which included, in addition to the translated version of the W-DEQ (called in the portuguese version as QMPP), demographic and obstetric data, and *Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress*, of 21 items, (*EADS-21*). The original version of the W-DEQ version A, assesses pregnant's fear of childbirth in the form of expectations. This version was translated and adapted to the Portuguese context through translation and back-translation method, and with the use of an expert panel. The translated version, after being applied to an enlarged sample (N = 180), showed good psychometric properties with a *Cronbach's* alpha of 0.91, and a high temporal stability (r = 0.88). Based on the principal component analysis we obtained four explanatory domains of fear of childbirth, that explained 51.53% of total variance. There was an association between QMPP and EADS-21, yielding a positive correlation with each of the scales.

Results show a high level of childbirth fear in the sample, with higher values in participants with less education and unemployed.

Keywords: Childbirth fear, fear of childbirth, validation, translation, cultural adaptation

"Há sempre uma dose de medo em tudo o que vale a pena. É o medo que dá grande parte do sentido a esta coisa a que chamamos vida."

Pedro Chagas Freitas

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Alexandrina Cardoso e professora Doutora Célia Santos, pela orientação, apoio, estímulo e paciência indispensáveis à concretização do presente estudo;

A todas as grávidas que se disponibilizaram a participar neste estudo, sem as quais não teria sido possível;

Aos colegas e profissionais das unidades de saúde onde o estudo foi desenvolvido, pela disponibilidade para informar as grávidas acerca do mesmo e pelo auxílio na entrega e recolha dos questionários;

Aos conselhos clínicos dos ACeS envolvidos, à Comissão de Ética para a Saúde e a todos os decisores que criaram condições para a viabilização do estudo;

Aos colegas e professores do Mestrado em Ciências de Enfermagem, em especial à Esmeralda e à Fernanda, pelos momentos de partilha e discussão que serviram para refletir;

À minha família e amigos pelo suporte oferecido e pela perseverança, em especial à Cecília e ao Artur pela partilha de conhecimento e incentivo;

A ti, pelo companheirismo, partilha, incentivo e otimismo ao longo deste percurso.

Os meus sinceros agradecimentos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ANOVA – Análise de variância

BDI – *Beck Depression Inventory*

CAQ – *Childbirth Attitudes Questionnaire*

cm – centímetros

DFS – *Delivery Fear Scale*

EADS – Escalas de Ansiedade Depressão e Stress

EADS-21 – Escalas da Ansiedade Depressão Stress versão de 21 itens

EPI – *Eysenck Personality Inventory*

FQ – *Fear Questionnaire*

FOBS – *Fear Of Birth Scale*

I-E – *Internal-External Locus of Control Scale*

KSP – *Karolinska Scales of Personality*

Nº/ nº - Número

ppp – preparação para o parto e para a parentalidade

QAP – Questionário de Antecipação do Parto

QESP – Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto

QMPP- Questionário Sobre o Medo Percebido do parto

s/p. – sem página

SRI – *S-R Inventory of Anxiousness*

STAY – State-Trait Anxiety Inventory

TP – Trabalho de parto

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidades de Saúde Familiar

W-DEQ – Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

LISTA DE SÍMBOLOS ESTATÍSTICOS

DP – Desvio padrão

F – Análise da variância unifatorial

gl – Graus de liberdade

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

M – Média

N – Número da amostra

p – Significância

r – Coeficiente de correlação *r* de *Pearson*

h² – Comunalidades

t – Teste *t* de *student*

χ² – Qui-Quadrado

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. REVISÃO DA LITERATURA	21
1.1. O parto como evento crítico na transição para a maternidade	21
1.2. Expectativas sobre o parto.....	24
1.3. Medo como foco de atenção.....	27
1.3.1. Medo do parto.....	29
2. METODOLOGIA	37
2.1. Finalidade	37
2.2. Objetivos de investigação	37
2.3. Tipo de estudo.....	38
2.4. População e amostra:.....	38
2.4.1. Caracterização da amostra	39
2.5. Variáveis do estudo	46
2.6. Instrumentos de recolha de dados	48
2.6.1. Dados sociodemográficos e obstétricos.....	48
2.6.2. <i>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)</i>	48
2.6.3. Escala de Ansiedade Depressão e Stress	54
2.7. Procedimento de recolha de dados.....	56
2.8. Considerações éticas	56
2.9. Análise e tratamento dos dados	57
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
3.1. Propriedades Psicométricas do Questionário do Medo Percebido do Parto (QMPP), versão portuguesa do W-DEQ	63
3.1.1. Análise da Validade do QMPP	63

3.1.2. Estudo da fidelidade do QMPP	69
3.2. Análise descritiva do medo do parto na amostra estudada	71
3.3. Influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no medo do parto	72
3.4. Análise descritiva da ansiedade, depressão e stress da amostra	77
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
4.1. Tradução, adaptação linguística e cultural e validação do W-DEQ	79
4.2. Nível de medo do parto das mulheres grávidas.....	84
4.3. Relação entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e obstétricas	87
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97

ANEXOS

Anexo I - Artigos seleccionados na análise do conceito medo do parto segundo a metodologia de Walker e Avant

Anexo II - Instrumento de colheita de dados

Anexo III - Autorização para a tradução, adaptação cultural e validação do W-DEQ

Anexo IV - Autorização para a utilização do EADS-21

Anexo V - Autorização para a realização do estudo no ACeS Porto Ocidental e ACeS Porto Oriental

Anexo VI - Aprovação da comissão de ética

Anexo VII - Consentimento informado

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise de componentes principais, com rotação ortogonal pelo método <i>Varimax</i> , forçada a quatro fatores, porcentagem de variância de cada fator e alfa de <i>Cronbach</i>	64
Tabela 2 – Validade convergente-discriminante dos itens da escala, com correção dos itens por sobreposição	66
Tabela 3 - Correlação entre o <i>score</i> total do QMPP e as subescalas da EADS 21: resultados do coeficiente de correlação <i>r</i> de <i>Pearson</i>	67
Tabela 4 – Correlação entre os <i>scores</i> dos quatro domínios do QMPP e as subescalas da EADS 21: resultados do coeficiente de correlação <i>r</i> de <i>Pearson</i>	68
Tabela 5 - Valores do alfa de <i>Cronbach</i> nos quatro domínios do QMPP	70
Tabela 6 – Resultados obtidos na técnica metade-metade	70
Tabela 7 – Análise da fidelidade (alfa de <i>Cronbach</i> e coeficiente de bipartição) comparativamente com outros estudos	70
Tabela 8 – Medidas de tendência central e de dispersão do QMPP	71
Tabela 9 – Medidas de tendência central e de dispersão dos quatro domínios do QMPP	72
Tabela 10 – Relação entre os quatro domínios do medo do parto e a variável sociodemográfica escolaridade: resultados do coeficiente de correlação <i>r</i> de <i>Pearson</i>	73
Tabela 11 – Relação entre o medo do parto e a variável sociodemográfica profissão: resultados do teste <i>t-student</i>	74
Tabela 12 – Relação entre o domínio “preocupações com o filho” e a variável sociodemográfica profissão: resultados do teste <i>t-student</i>	74
Tabela 13 – Relação entre os quatro domínios do medo do parto e a variável Nº de gravidezes: resultados do coeficiente de correlação <i>r</i> de <i>Pearson</i>	75
Tabela 14 – Relação entre o domínio “preocupações com o filho” e a variável tipo de suporte: resultados do teste One-Way ANOVA.....	76
Tabela 15 – Medidas de tendência central e de dispersão das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS 21).....	77

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distinção dos conceitos: Medo <i>versus</i> Ansiedade.....	29
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra em função dos anos de escolaridade	40
Gráfico 2 – Distribuição da amostra em função do número de gestações	41
Gráfico 3 – Distribuição da amostra em função da idade gestacional	42
Gráfico 4 – Distribuição da amostra em função do número de partos anteriores, tendo em conta o número de gestações	43
Gráfico 5 – Distribuição da amostra em função do tipo do último parto	43
Gráfico 6 – Distribuição da amostra em função do número de aulas de preparação para o parto e parentalidade	44
Gráfico 7 – Distribuição da amostra em função do suporte previsto durante o trabalho de parto	45
Gráfico 8 – Fontes de informação mais referidas (acima de 2%).....	46
Gráfico 9 – Níveis do medo do parto observados na amostra	71

INTRODUÇÃO

Com a chegada ao fim do tempo de gestação, o momento do parto vai sendo antecipado. O parto para além de ser considerado um evento biológico, social, e cultural, constitui um evento crítico na transição para a maternidade (Donelli, 2003).

O aproximar do momento do parto leva a grávida a gerar expectativas. As expectativas geradas antes e durante a gravidez vão influenciar a vivência do parto, sendo que mulheres grávidas com expectativas positivas em relação ao parto geralmente têm experiências mais positivas, enquanto expectativas negativas levam a experiências mais negativas (Lopes et al., 2005; Christiaens, Verhaeghe & Brake, 2008; Wiklund, Edman & Adolf, 2008).

Estudos realizados em Portugal e no Brasil referem que as expectativas relativamente ao que as mulheres grávidas pensam que vai acontecer durante o trabalho de parto e parto consistem num conjunto de receios/medos que dão forma e conteúdo ao medo do parto (Lopes, et al., 2005; Pacheco et al., 2005; Marin et al., 2009; Monteiro, Marinho & Cruz, 2008; Guerra, 2010; Barreto & Oliveira, 2010).

O medo do parto é definido por Carpenito-Moyet (2012) como um estado em que a pessoa, ou grupo de pessoas, apresentam sentimentos de perturbação fisiológica ou emocional relacionados com uma fonte considerada perigosa e que é identificável.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) o medo é definido como uma emoção negativa, apresentando a pessoa, à semelhança da definição anterior, sentimentos de perturbação, mas também de ameaça ou perigo, podendo a causa ser ou não conhecida, o que vem contrariar a definição anterior em que a fonte deve ser identificável. Ainda segundo a CIPE® o medo pode ser” (...) *acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir*” (Conselho Internacional de Enfermeiros 2011, p.61).

O medo do parto tem sido descrito como avaliação cognitiva negativa, sentimentos negativos, de medo e ansiedade relativamente ao parto (Haines et al., 2011),

relacionados com uma perspectiva cultural (Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010). O medo do parto afeta o dia-a-dia da mulher grávida e a experiência do parto.

O medo do parto encontra-se associado a diversas consequências, nomeadamente a cesariana a pedido (ou preferência pela cesariana), a níveis mais elevados de analgesia epidural (Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011; Otley, 2011), e a um sentimento de uma experiência incompleta de parto, em que a mulher sente que não participou ativamente no nascimento do seu filho (Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010). Assim, dada a relevância que esta área de atenção tem para as grávidas e a sua sensibilidade aos cuidados de enfermagem, para além de que os estudos realizados em Portugal são escassos, torna-se pertinente um estudo nesta área.

Segundo a Comissão para a redução da taxa de cesarianas, da Administração Regional de Saúde do Norte (Ayres de Campos et al., 2010), Portugal tem vindo a apresentar uma ligeira tendência crescente de partos por cesariana, sendo um dos países europeus com maiores taxas de cesarianas. Apresenta um valor estimado de 36% em 2009, que tem em ponderação o valor de 33,2% em hospitais públicos em 2009, e 65,9% em hospitais privados em 2005. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (Portugal, 2012) em 2010, de um total de 100.280 partos, 30.335 foram cesarianas. As cesarianas, além de envolverem riscos adicionais de morbilidade e mortalidade maternas, apresentam custos mais elevados relativamente ao parto vaginal.

Apesar de a cesariana ser realizada por diversas causas, como incompatibilidade feto-pélvica, trabalho de parto estacionário e/ou prolongado, emergências obstétricas, entre outras, a verdade é que o senso comum e a experiência nos dizem que muitas vezes as grávidas procuram o sistema de saúde privado em busca da cesariana a pedido, e os números acima também confirmam que o valor da taxa de cesariana é bastante maior, quase o dobro, neste sistema de saúde.

O impacto que a experiência do parto tem na saúde da mulher e a escassez, em Portugal, de estudos em torno deste tema, e de um instrumento, que permita a sistematização do diagnóstico de medo do parto, serviu de motivação para a realização deste estudo.

O medo do parto tem sido estudado em vários países como a Suécia, a Noruega, a Bélgica, a Holanda, a Dinamarca, o Canadá, a Austrália e a Turquia. Os estudos realizados referem a necessidade de uma deteção precoce do medo do parto nas

grávidas (Helk, Spilling & Smeby, 2008; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Otley, 2011). Assim, falta traduzir, adaptar e validar um instrumento que permita a deteção precoce do medo do parto nas grávidas portuguesas, para mais tarde se poder implementar as terapêuticas de enfermagem necessárias para prevenir, diminuir ou transformar o medo do parto.

A finalidade deste estudo consiste em contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem, que permita tornar a vivência do trabalho de parto, uma experiência satisfatória e promotora da transição saudável para a maternidade, através da disponibilização de um instrumento fiável, preciso e validado em português e capaz de medir o medo do parto nas grávidas no 3.º trimestre, que permitirá por essa via o diagnóstico e a intervenção precoces.

O W-DEQ foi selecionado para este estudo por avaliar o medo do parto, por se encontrar devidamente validado nos idiomas sueco, inglês, italiano e turco, apresentando uma boa fidelidade (alfa de *Cronbach* 0,93, no estudo original), tendo vindo a ser utilizado em vários estudos em diversos países. Optou-se pela tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento já existente, e não pela criação de um novo instrumento, pelo facto da utilização de um instrumento já existente possibilitar uma comparação direta dos resultados obtidos em diferentes populações permitindo a acumulação de conhecimentos (Moreira, 2004).

Os nossos objetivos neste estudo foram: traduzir e adaptar culturalmente para a população portuguesa o questionário *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ); contribuir para a validação do Questionário do Medo do Parto (versão traduzida e adaptada do W-DEQ); determinar os níveis de medo do parto num grupo de grávidas portuguesas; e relacionar o medo do parto com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Para isso desenvolvemos um estudo metodológico, descritivo, correlacional e transversal, numa amostra de 180 grávidas no terceiro trimestre de gravidez, assistidas em unidades de cuidados de saúde primários na cidade do Porto.

O relatório encontra-se organizado em quatro partes: a primeira refere-se à revisão da literatura, correspondente à fase conceptual, em que se pretende contextualizar a temática de investigação; a segunda refere-se à metodologia, em que é exposto o desenho da investigação; e a terceira e a quarta partes referem-se à apresentação e análise dos resultados e sua discussão, estando inseridas na fase empírica, onde os

resultados obtidos são interpretados tendo em conta os objetivos delineados, e o contributo de outros estudos na mesma área.

Estas fases, e as suas correspondentes etapas, apesar de abordadas individualmente não são totalmente independentes umas das outras, sobrepondo-se para permitir uma melhor clarificação do objeto em estudo (Fortin, 2009a; Fortin, 2009b).

No final do relatório são apresentadas as principais conclusões do estudo, assim como as limitações do mesmo, e sugestões para outros estudos de investigação no futuro.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura serão abordados os conceitos de medo e medo do parto, assim como resultados de estudos recentes relacionados com o medo do parto, temática que se pretende estudar.

1.1. O parto como evento crítico na transição para a maternidade

Quando falamos em parto, a primeira definição que nos ocorre é a que diz respeito ao aspeto biológico, em que o trabalho de parto corresponde a “(...) *um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto*”, marcando o fim da gravidez (Lowdermilk 2008, p.344). No entanto este momento engloba mais fatores e mudanças, do que apenas as biológicas.

O parto além de ser um evento biológico, social e cultural, é o momento em que a mãe tomará contacto pela primeira vez com o seu bebé e irá compará-lo com o bebé imaginado. Para além disso, também é o momento em que se vai deparar consigo mesma, mas nesta vez no papel de mãe – real, e não ensaiado como até este momento – com todos os ajustes e adaptações que esta condição impõe.

O parto é um evento importante na transição para a maternidade. De facto, é a pedra de toque entre a gravidez e o puerpério. Não deve ser visto como um acontecimento isolado, devendo ter-se em consideração os acontecimentos vividos pela mulher na gestação, assim como as possíveis repercussões na experiência da maternidade (Donelli, 2003).

Uma transição é um processo desencadeado por uma mudança, que leva a uma passagem de um estado que era estável, para um novo estado estável (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, a experiência de transição pode iniciar-se assim que a pessoa começa a consciencializar e a antecipar as mudanças.

A transição ocorre ao longo do tempo e implica mudança e adaptação, sendo necessário que haja uma reformulação da própria identidade (Kralik, Visentin & Van Loon, 2006).

A transição para a maternidade diz respeito à passagem de uma situação estável da mulher para outra em que tem de adotar o papel de mãe e as mudanças a ele

associadas. Esta transição, como é desencadeada por uma mudança desenvolvimental, denomina-se transição do tipo desenvolvimental. As transições podem ser também do tipo situacional, tipo saúde-doença e tipo organizacional. Não são mutuamente exclusivas, mas sim processos complexos que podem ocorrer simultaneamente ou sobrepor-se (Meleis, 2010).

A transição para a maternidade é um evento muito importante na vida de uma mulher (Mercer, 2004). Corresponde a uma passagem de uma realidade conhecida para uma nova e, muitas vezes, desconhecida. Neste período, a mulher vai vivenciar crises próprias e tentar resolver tarefas desenvolvimentais que a levarão a reestruturar os seus objetivos de vida, os seus comportamentos e as suas responsabilidades, de forma a atingir uma nova concepção de si (Mercer, 2004; Graça, Figueiredo & Carreira 2011). A procura de informação e a experimentação de um novo papel são estratégias que vão facilitar esta transição.

Existem fatores que podem interferir, de forma positiva ou negativa, na transição para a maternidade tais como: condições pessoais; crenças e atitudes culturais; condições socioeconómicas; preparação e conhecimento; e condições da sociedade e da comunidade em que se insere (Meleis, 2010; Mercer, 2004). Peterson (2008) acrescenta ainda o próprio nascimento da mulher, as experiências de parto da sua mãe e das suas avós, o relacionamento com os próprios pais, as expectativas que tem relativamente à maternidade e a qualidade de suporte no momento do parto, como fatores que podem influenciar a transição.

Donelli (2003) com o objetivo de investigar a importância do parto no processo de transição para a maternidade, realizou um estudo de caso coletivo de carácter longitudinal, no Brasil, através de entrevistas, a mulheres primigestas, no terceiro trimestre de gestação, nas primeiras 48 horas após o parto, e três meses após o nascimento do bebé. Da análise de dados a autora constatou que se pode supor que o parto pode refletir a forma como o processo de transição para a maternidade se vai desenvolvendo e que, ao mesmo tempo, pode instituir uma quebra na continuidade deste processo (quando por exemplo as experiências não vão de encontro às expectativas, podendo ser melhores ou piores).

Mercer (2004) refere que cada gravidez e nascimento são únicos, assim uma nova dimensão da personalidade é incorporada com cada novo nascimento de um filho, sem haver transferência do papel maternal de um filho para outro.

O bebê mesmo antes de nascer já é fantasiado pelas mães, e vai ganhando uma imagem à medida que as mães planeiam e vivenciam a gravidez. Conforme o tempo vai passando, com o surgimento dos movimentos fetais e com a reação do feto a estímulos externos, as mães vão-se adaptando ao bebê e personificando-o, surgindo assim o desejo da chegada do momento do parto para se encontrarem com o bebê fantasiado (Portugal, 2006).

O último período de gravidez é referido como o período de preparação para a separação, que vai acontecer com o parto. A antecipação deste momento cria ansiedade e medo, pois é considerado como desconhecido, ou não controlável, doloroso ou desconfortável, e como o momento em que a mulher vai confrontar o bebê real com o bebê imaginado (Canavarro, 2006).

O parto, para além de mudanças físicas, traz consigo um conjunto de transformações psíquicas e sociais, quer na mãe, quer no bebê. Para Couto (2002), a *“ideia do parto está associada à chegada de um novo ser mas acompanhada de sofrimento, ansiedade e medo”* (p.127).

As mudanças geradas pelo parto são mais repentinas do que as geradas pela gravidez ou puerpério. Segundo Donelli (2003), a principal característica do parto é a sua irreversibilidade, marcando o final da gravidez e o nascimento do bebê, sem possibilidade de retrocesso. Assim, além do início de uma nova vida, este acarreta uma modificação nos papéis e na identidade da mãe (Canavarro, 2006).

Este momento é marcado pela ambivalência, *“(...) a vontade de ver o filho e terminar o período de gravidez, coexiste com o desejo de a prolongar, para adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebê acarreta”* (Canavarro, 2006, p.42).

O parto, sobretudo do primeiro filho, vai exercer um impacto que se vai repercutir ao longo da vida da mulher, uma vez que as memórias do parto se mantêm vivas e influenciam a percepção da mulher acerca dessa experiência por muito tempo (Donelli, 2003).

A percepção do nascimento é referida por Mercer (2004) como uma importante variável na influência do desenvolvimento do papel maternal. Como tal é importante que a experiência do parto seja uma experiência positiva na vida da mulher.

1.2. Expectativas sobre o parto

O termo expectativa provém de *expectar* + *-tiva* e significa “*esperança fundada em promessas ou probabilidades; expectativa*” segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2012, s/ p.).

As expectativas da mulher grávida relativamente ao parto têm vindo a ser estudadas em vários países. Nos vários estudos realizados, têm vindo a ser investigadas as expectativas quer na perspetiva do que as mulheres desejam que aconteça durante o parto, quer na perspetiva do que elas pensam que vai acontecer durante o parto.

O que as mulheres grávidas desejam relativamente ao parto resume-se a que este seja tranquilo (Barreto & Oliveira, 2010), que tudo “corra bem”, seja rápido, sem dor (ou com um nível tolerável de dor), e sem problemas para a criança (Guerra, 2010; Monteiro, Marinho & Cruz, 2008).

Monteiro, Marinho e Cruz (2008) referem que as participantes do seu estudo mencionaram também expectativas de um parto eutócico, da presença de uma pessoa significativa, de um primeiro contacto precoce com o recém-nascido, de permanecer os quatro estádios do trabalho de parto no mesmo local, de colaborar ativamente no trabalho de parto e de obter uma experiência positiva do mesmo.

Num estudo realizado no Brasil, por Basso e Monticelli (2010), com o objetivo de identificar as expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado, sob o suporte teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora (em que o ensino está ligado com o dia-a-dia e com as vivências de quem aprende) com uma amostra de 35 grávidas e 16 acompanhantes, surgiram expectativas relacionadas com o tipo de parto, a seleção do tipo de atenção obstétrica (mais ou menos medicalizada e tipo de profissional de saúde), o reconhecer-se como um sujeito crítico, a negociação com os profissionais de saúde, e a construção de um saber próprio. A maioria dos participantes referiu o desejo de um parto fisiológico (natural), com uma participação ativa e informada.

Quanto ao que as mulheres grávidas pensam que vai acontecer no parto, existem vários estudos realizados com diferentes populações. Num estudo realizado por Gomes, Fonseca e Roballo (2011), com grávidas adolescentes primíparas, verificou-se que as expectativas destas eram influenciadas pelas experiências ou histórias de familiares ou pessoas significativas estando, na maioria das vezes, associadas à dor e ao sofrimento, sob a forma de medo e até mesmo pânico.

Os resultados de um estudo realizado em 2009, por Marin e colaboradores, com mulheres grávidas solteiras, vão de encontro aos realizados com mulheres grávidas independentemente do estado civil. As expectativas negativas em relação ao parto foram enfatizadas, sendo relatadas expectativas negativas no que concerne ao bem-estar da grávida, ao procedimento de trabalho de parto e ao bem-estar do recém-nascido.

Relativamente ao bem-estar da grávida a expectativa negativa mais referida foi o medo da dor (Lopes et al., 2005; Marin et al., 2009; Monteiro, Marinho & Cruz, 2008; Guerra, 2010). O medo de morrer foi referido nos estudos de Lopes e colaboradores (2005) e por Pacheco e colaboradores (2005), acrescentando este último o medo de sequelas físicas ou psicológicas.

No que concerne ao procedimento do trabalho de parto a expectativa mais referida foi a insegurança quanto à equipa de profissionais que as iria atender (Lopes et al., 2005; Marin et al., 2009; Monteiro, Marinho & Cruz, 2008). Monteiro, Marinho e Cruz (2008) referem ainda o medo dos procedimentos a efetuar durante o trabalho de parto, e Lopes e colaboradores (2005) acrescentam o medo de não conhecer os sinais de parto e de não ter controlo sobre o parto. O medo de estarem sozinhas, de lhes roubarem ou trocarem o recém-nascido é referido por Marin e colaboradores (2009).

As expectativas negativas que surgiram relativamente ao bem-estar do recém-nascido foram: receio da prematuridade (Lopes et al., 2005; Marin et al., 2009); medo da possibilidade de presença de uma circular do cordão umbilical no pescoço do recém-nascido (Monteiro, Marinho & Cruz, 2008) e medo de uma malformação, hospitalização, ou mesmo morte do recém-nascido (Barreto & Oliveira, 2010; Pacheco et al., 2005).

Muitos estudos realizam a comparação das expectativas em relação ao parto com a experiência de parto vivenciada. Um estudo português (Costa et al., 2003), realizado com 115 mulheres primíparas, em que foi utilizado o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto, identificou que a experiência de parto das participantes não foi de encontro ao que estas esperavam, relatando falta de informação e de preparação adequada, exclusão das decisões médicas, levando a um papel passivo, bem como a presença de sentimentos negativos e dor. A maior parte das participantes relatou a experiência como sendo negativa, sem sentimentos de prazer e satisfação, mas com sentimentos de falta de controlo e confiança, medo e sensação de mal-estar, e preocupação com o seu estado de saúde e com o do recém-nascido. Tendo em conta o momento do parto, 31,6% referiu ter sentido um pouco de medo, e 38,6 % muito medo (avaliado através de uma escala tipo *Likert* de quatro pontos).

As expectativas encontram-se positivamente associadas com as experiências em vários estudos (Lopes et al., 2005; Christiaens, Verhaeghe & Brake, 2008; Wiklund, Edman & Adolf, 2008). Assim, mulheres grávidas com expectativas positivas em relação ao parto geralmente têm experiências mais positivas, enquanto expectativas negativas levam a experiências mais negativas.

No estudo realizado por Wiklund, Edman e Adolf (2008), com 496 primigestas utilizando o *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*, as mulheres grávidas que realizaram pedido de parto por cesariana eram as que apresentavam expectativas mais negativas relativamente ao parto vaginal, com 43,4% apresentando medo do parto clinicamente significativo. Ainda neste estudo, é referido que as mulheres grávidas submetidas a partos complicados apresentavam uma experiência negativa do parto. As mulheres com cesariana emergente ou com um parto vaginal assistido, apresentavam experiências mais negativas do parto, do que as mulheres com cesariana a pedido.

Numa revisão sistemática da literatura acerca das expectativas e experiências das mulheres sobre dor e alívio da dor durante o trabalho de parto, e o seu envolvimento no processo de tomada de decisão, verificou-se que as mulheres com expectativas idealistas muitas vezes têm experiências que acabam por diferir das suas expectativas (Lally et al., 2008). Assim, podemos pensar que expectativas irrealistas podem levar a uma experiência negativa do parto. Os autores referem que, além do que a mulher grávida deseja que aconteça durante o trabalho de parto, ela também deve compreender aquilo que pode vir a acontecer. As mulheres que forem preparadas durante a gravidez, e que apresentem expectativas mais realistas, vão apresentar mais confiança e menos receio de falhar, o que pode levar a experiências mais positivas.

A preparação para o parto é referida pelos mesmos autores (Lally et al., 2008), como importante para a educação da grávida, mas apenas como complementar a outras intervenções, como o apoio à decisão e o fornecimento de informação tendo em conta as necessidades de cada mulher.

Monteiro, Marinho e Cruz (2008) salientam igualmente a importância de conhecer as expectativas e as necessidades de cada mulher, em vez de realizar apenas cuidados uniformizados. Isto proporciona que a mulher tenha um papel mais ativo no que ela pretende para o seu trabalho de parto, mas que, ao mesmo tempo, crie expectativas realistas.

1.3. Medo como foco de atenção

O termo medo provém do latim-*metu-* «*idem*» e significa “*sentimento de inquietação que surge com a ideia de um perigo real ou aparente*”, “*terror; susto*”, “*receio; temor*”, “*apreensão*” de acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2012, s/ p.).

No Dicionário de Psicologia a definição de medo envolve tanto aspetos psicológicos (emoção), como aspetos fisiológicos (resposta fisiológica à emoção), sendo relatado como uma

“emoção intensa causada pela detecção de uma ameaça iminente, envolvendo uma reacção imediata de alarme que mobiliza o organismo pondo em marcha uma série de alterações fisiológicas, o que inclui acelerar os batimentos cardíacos, redireccionar o fluxo sanguíneo da periferia para as entranhas, tensionar os músculos e mobilizar o organismo em geral para agir” (VandeBos 2010, p.585).

Carpenito-Moyet (2012) define medo como um estado em que a pessoa apresenta um sentimento relacionado a uma fonte identificável considerada pela pessoa como perigosa, tal como já foi referido anteriormente, o que é corroborado pela NANDA (2013).

Ao diagnóstico de enfermagem *medo* Carpenito-Moyet (2012) caracteriza-o como “(...) *sensação de medo, temor, apreensão e/ou comportamentos de (...)*” evitação, atenção focada no perigo, e/ou défices de atenção, desempenho e controlo (2012, p.278). A NANDA (2013) refere ainda um aumento no estado de alerta e a possibilidade da presença de comportamentos de ataque e/ou prevenção, estando a impulsividade do indivíduo aumentada. Os sinais e sintomas provocados pela resposta simpática são considerados pela mesma como características definidoras fisiológicas.

O medo pode encontrar-se relacionado a diversos fatores como: fisiopatológicos, relacionados com o tratamento, situacionais (pessoais e ambientais) e maturacionais. Uma consciencialização dos fatores a que o medo se encontra relacionado ajuda no seu controlo, podendo este ser reduzido através da confrontação com a realidade de segurança da situação (Carpenito-Moyet, 2012). O medo é uma resposta adaptativa, saudável, a uma situação de perigo.

Os diagnósticos *medo* e *ansiedade* são de difícil diferenciação. De facto, apesar de o medo e de a ansiedade produzirem uma resposta simpática semelhante, a resposta parassimpática difere, estando evidenciada na ansiedade e reduzida no medo. O medo difere da ansiedade na medida em que no medo a fonte é identificável, enquanto na

ansiedade não (Carpenito-Moyet, 2012; NANDA, 2013). Bay e Algase (1999) corroboram o referido anteriormente, acrescentando que ambos - medo e ansiedade - podem ser respostas adaptativas, no entanto a ansiedade pode resultar em vários sintomas físicos ou doença, enquanto o medo não tem efeitos a longo prazo senão os que resultam do 'fight, flight or freeze', (ou seja do sujeito reagir, de evitar, ou 'congelar') ou da formação de memória de longo prazo.

A ansiedade envolve assim, sentimentos vagos de apreensão em relação a uma situação que é a origem de ameaças, e não a ameaça em si. A ansiedade é definida como um *"Estado em que o indivíduo apresenta sentimentos imprecisos de medo ou apreensão (...)"* (Carpenito-Moyet 2012, p.90). Ao diagnóstico de enfermagem *ansiedade* Carpenito-Moyet (2012) associa características definidoras manifestadas pelos sintomas de diferentes categorias - fisiológicos, emocionais e cognitivos - tais como: fisiológicos – frequência cardíaca e respiratória e tensão arterial aumentadas, sudorese, náuseas e vômitos, diarreia, algias no corpo, tremores, agitação, insônia, fadiga, palpitações, anorexia, entre outros; emocionais – irritabilidade, impaciência, acessos de raiva, choro, tendência a criticar-se a si e aos outros, autodepreciação, reação assustada, contacto visual diminuído, sentimentos de apreensão, desamparo, nervosismo, falta de confiança em si mesmo, incapacidade de relaxar, perda de controlo, antecipação de infortúnio, entre outros; cognitivos – falta de concentração e de percepção do que o rodeia, confusão, esquecimento, ruminação, confusão, bloqueio do pensamento, hiperatenção, preocupação, entre outros.

Vandebos (2010) também refere que no medo, a resposta é proporcional à ameaça, enquanto na ansiedade é uma resposta mais intensa do que a justificada pela ameaça, que carece de objeto.

Segundo Carpenito-Moyet (2012), o medo pode transformar-se em ansiedade se, em vez de uma resposta adaptativa, for internalizado e servir para desorganizar. Ambos (medo e ansiedade) podem estar presentes na resposta de um indivíduo a uma ameaça.

Quadro 1: Distinção dos conceitos: Medo *versus* Ansiedade

Medo	Ansiedade
Fonte de ameaça identificável	Fonte de ameaça não identificável
Resposta simpática semelhante	
- excitação cardiovascular - dilatação das pupilas	- sudorese - boca seca - tremores
Resposta parassimpática reduzida	Resposta parassimpática evidenciada - atividade gastrointestinal aumentada (náuseas e vômitos, e diarreia)
Comportamento Estado de alerta e concentração aumentada Reação de evitamento e/ou ataque	Comportamento Agitação geral, tensão aumentada e insônia Preocupação e sentimentos de desamparo

Durante a gravidez surgem diferentes medos e preocupações, à medida que o tempo de gestação vai avançado. No primeiro trimestre, a mulher preocupa-se com a incerteza do momento certo de gestação (a data da concepção, se o tempo de gestação calculado estará correto), com a sua adequação e do seu companheiro à maternidade/paternidade e com aspetos materiais (por exemplo monetários). No segundo trimestre, os medos vão diminuindo à medida que a mulher vai sentindo o bebé mexer, e com a diminuição dos sintomas físicos da gravidez. No terceiro trimestre, com o final da gravidez, os medos centram-se no parto, no bem-estar materno-fetal, e no lidar com o trabalho de parto (Carpenito-Moyet, 2012).

A antecipação do parto pode também ser fonte geradora de ansiedade, assim como o medo pelo bem-estar materno-fetal, complicações anteriores (abortos, entre outras), a responsabilidade da maternidade e o relacionamento com o companheiro (Carpenito-Moyet, 2012).

1.3.1. Medo do parto

O medo do parto tem sido descrito como um estado em que estão presentes sentimentos negativos relativamente ao parto (fonte identificável), relacionados com uma perspetiva cultural, que afeta o dia-a-dia da mulher grávida (Haines et al., 2011; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010).

O medo do parto pode incluir: medo da dor (Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011), medo da anestesia (Pereira, Franco & Baldin, 2011), medo da morte ou de danos físicos (Haines et al., 2011), medo da perda de autonomia e controlo (Lyberg & Severinsson, 2010a; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Haines et al., 2011), medo da saúde e bem-estar do recém-nascido (Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011), medo da falta de profissionalismo dos profissionais de saúde (Lyberg & Severinsson, 2010a).

De modo a clarificar o conceito “medo do parto” na literatura, analisamos o conceito medo do parto segundo a metodologia de Walker e Avant (2005), tendo em conta uma pesquisa realizada nas bases de dados *CINAHL Plus with full text*, *Medline with full text*, e *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, utilizando o termo booleano “*fear of childbirth*” or “*childbirth fear*”, e na *Scielo* (Portugal e Brasil), utilizando o termo “Medo do Parto”, tendo em conta publicações no intervalo de tempo de 2009 a 2012 (inicialmente foi tido em consideração o intervalo de tempo 2007-2012, no entanto o número de artigos obtido para analisar revelou-se superior ao aconselhado, tendo sido diminuído o intervalo de tempo), sendo selecionados para a análise 15 artigos (Anexo I).

A partir da revisão bibliográfica dos artigos selecionados foram definidos os atributos, os antecedentes, os consequentes e os referenciais empíricos. Foram também construídos os diferentes casos: modelo, limítrofe, relacionado, contrário, inventado e ilegítimo. Ao realizar esta análise foi possível clarificar que o conceito “medo do parto” diz respeito a uma experiência emocional pessoal, que consiste em sentimentos negativos, num estado de stress físico e mental, que envolve aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, e que é conceptualizado ao longo de um *continuum*.

Esta definição do conceito não é imutável, podendo sofrer alterações com a passagem do tempo, ou mesmo pela sua análise por outro pesquisador, no entanto poderá servir de base para a avaliação crítica de instrumentos já existentes, que permitem determinar a presença, e medir o medo do parto.

Apesar de, frequentemente, se considerar que é no último período da gravidez que a mulher pensa mais no parto devido à sua proximidade, Nieminen, Stephansson e Ryding (2009) num estudo que realizaram na Suécia, em que avaliaram o medo do parto, concluíram que este era igualmente frequente no final, meio ou início da gravidez.

Alguns fatores têm vindo a ser referidos como prováveis causas de aumento do risco de medo do parto, sendo o mais referido na bibliografia consultada as experiências negativas do parto prévias (Nilsson & Lundgren, 2009; Nieminen, Stephansson & Ryding,

2009; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011).

Haines e colaboradores (2011) referem ainda fatores como cesariana emergente anterior, atitudes menos positivas relativamente à gravidez e ao parto atual, e a nuliparidade (para as nulíparas, o parto é um momento desconhecido). Fenwick e colaboradores (2009) e Spice e colaboradores (2009) também admitem o fator nuliparidade (primeiro parto) como fator de risco para desenvolver medo do parto. Spice e colaboradores (2009) referem ainda a sensibilidade à ansiedade.

As histórias do parto de outras mulheres significativas, quer sejam familiares ou amigas, é outro fator bastante referido na literatura (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Pereira, Franco & Baldin, 2011; Otley, 2011). Pereira, Franco e Baldin (2011) acrescentam a este conjunto de fatores de risco de aumento de medo do parto, a falta de informação.

A falta de suporte social, como fator de risco para o aumento do medo do parto, é referida por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008), por Nilsson, Bondas e Lundgren (2010) e ainda por Otley (2011).

Otley (2011) acrescenta como fatores de risco de um aumento do medo do parto: baixo nível educacional, ansiedade, depressão e baixa autoestima, que são corroborados por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008). A autora refere ainda o descontentamento com o companheiro e a falta de confiança nos profissionais de saúde. Fatores como a idade jovem, o desemprego e o facto de ser fumadora, são apenas referidos por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008).

Hall e colaboradores (2009) no estudo que desenvolveram, verificaram que as participantes com medo elevado do parto tinham maior probabilidade de ter menor ajuda disponível, mais stressores no dia-a-dia, e maior fadiga e ansiedade, do que as participantes com medo do parto moderado ou reduzido.

Os meios de comunicação social também têm influência no medo do parto. Pereira, Franco e Baldin (2011) no estudo que realizaram, revelaram que algumas participantes referiam medo do parto devido ao que viam nos filmes ou na televisão, em que o parto vaginal se encontrava geralmente associado a gritos e dor.

Quanto à assistência pré-natal, Hall e colaboradores (2009) realizaram um estudo no Canadá com uma amostra de 650 grávidas, em que 25% era assistida por *midwives*, 36%

por obstetras e 39% por médicos de família. Na avaliação do medo do parto através do W-DEQ os resultados revelaram que existia uma menor percentagem de grávidas com elevado medo do parto no grupo que era assistido por *midwives*. Christiaens, Van de Velde e Brake (2011) num estudo realizado com 833 grávidas na Holanda (em que existe uma elevada percentagem de partos no domicílio) e na Bélgica (em que é seguido um modelo mais medicalizado) ao avaliarem o medo do parto através de uma versão reduzida do *Childbirth Attitudes Questionnaire* obtiveram resultados semelhantes ao do estudo anterior, em que as grávidas assistidas por *midwives* apresentaram menor medo do parto do que as assistidas por obstetras. O facto de as grávidas conhecerem previamente as *midwives* que estariam de serviço no dia do parto não revelou ter efeito significativo no nível de medo do parto (Kjaergaard et al., 2008).

O medo do parto provoca consequências na mulher grávida. A consequência mais referida nos estudos é a preferência, ou pedido, por cesariana (Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011; Otley, 2011). Laursen, Johansen e Hedegaard (2009), e Otley referem que ao medo do parto também se encontram associados a cesariana emergente, distocia e trabalho de parto prolongado. Apesar destas consequências, como sabemos, poderem dever-se a outras causas, provavelmente o medo do parto faz com que a mulher não tenha um papel ativo e não consiga colaborar, levando por vezes a consequências daquele tipo.

Nilsson, Bondas e Lundgren (2010) referem o sentimento de ausência e de experiência incompleta do parto, em que a mulher sente que apenas esteve presente a assistir (como um fantasma), não conseguindo ter um papel ativo. A experiência de parto negativa e sentimento de falha pessoal também é referida por Otley (2011).

Salomonsson, Wijma e Alehagen (2010) e Otley (2011) por seu turno descrevem consequências tais como níveis mais elevados de analgesia epidural, insónia e depressão. Otley refere ainda a instabilidade emocional pós-natal, e Salomonsson, Wijma e Alehagen (2010) alterações na ligação mãe-bebé e amamentação.

Num estudo realizado na Turquia, por Körükcü, Firat e Kululu (2010), a ansiedade e o medo do parto demonstraram-se positivamente correlacionados.

As experiências negativas de partos anteriores podem permanecer na memória da mulher durante um longo período de tempo e influenciar, em futuras gestações e partos, condicionando a tendência para ver o parto normal como algo perigoso e assustador, a infertilidade voluntária, e a predisposição para pedir cesariana (Fenwick et al., 2009).

Tendo em conta a influência do medo do parto na experiência e vivência da gravidez e do parto, e nas consequências que este pode acarretar, torna-se de extrema importância identificar as mulheres grávidas com elevados níveis de medo de parto, de forma a intervir precocemente.

Intervenções sobre o medo do parto:

Otley (2011) aconselha que sejam abordados os sentimentos e pensamentos em relação ao parto em diferentes momentos da gravidez, para que sejam precocemente identificadas as mulheres com medo do parto e se possa intervir precocemente. A identificação precoce também é referida por Salomonsson, Wijma e Alehagen (2010) como uma intervenção importante. Carpenito-Moyet (2012) também refere a importância de proporcionar à mulher a oportunidade de expressar o medo durante cada trimestre.

As enfermeiras especialistas em saúde Materna e obstetrícia são determinantes na prevenção e redução do medo do parto, e na promoção de vivências e experiências positivas da gravidez e do parto.

Na Suécia, Finlândia, Dinamarca, Noruega e Suíça existem já equipas multidisciplinares (compostas por enfermeiros obstetras/ *midwives*, médicos obstetras, psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras) que tratam mulheres com medo do parto, através de aconselhamento, técnicas de relaxamento e da programação de uma visita ao local onde o parto será realizado. Otley (2011) refere, no entanto, que o aconselhamento numa fase tardia da gravidez pode não ser suficiente para eliminar o medo do parto. Por isso, Salomonsson, Wijma e Alehagen (2010) realçam a importância do aconselhamento individual, da visita à sala de partos e da preparação para o parto através da informação e de técnicas de relaxamento individualizados.

Na Noruega existe um grupo de intervenção, *Gaia Group Midwives*, em que as sessões de aconselhamento com as *midwives* geralmente têm lugar numa sala/quarto de parto, para as mulheres se irem familiarizando com o ambiente, e consistem na escuta ativa para que a mulher consiga relacionar os seus sentimentos e pensamentos com as experiências anteriores, realizar a ligação entre a informação técnica e os seus medos, e encorajá-la a definir no plano do parto as suas preferências e outras coisas que gostaria que acontecessem, ou não, durante o trabalho de parto (Helk, Spilling & Smeby, 2008). Salomonsson, Wijma & Alehagen, (2010) também aconselham a reflexão e definição do plano de parto como uma estratégia promotora da consciencialização e da capacidade

para participar ativamente nas decisões relacionadas com o parto. Assim, o plano de parto, mais do que uma lista de escolhas, deverá conter os caminhos possíveis, de modo a que o caminho desejado fique claro, mas os possíveis também estejam presentes, de forma a evitar a criação de expectativas irrealistas.

No momento do parto é igualmente importante que a enfermeira especialista sirva de suporte e de orientação, assim como o suporte de uma pessoa significativa (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). Depois do parto, segundo as mesmas autoras, é também necessário um suporte reforçado relativamente à amamentação, e um momento para falar acerca do parto, para que a mulher possa manifestar os seus sentimentos e para que lhe possam ser explicadas com maior pormenor as intervenções que tenham sido realizadas.

Lyberg e Severinsson (2010b) salientam a importância da criação de uma relação de confiança e cuidado com a grávida. Referem que é importante que o profissional de saúde (*midwife*, no estudo), demonstre capacidade de resolução de problemas, e vontade, preparação e coragem para apoiar as grávidas nas suas decisões. Os autores salientam ainda a importância da continuidade de cuidados.

Avaliação do Medo do Parto

O medo do parto pode ser avaliado através da observação da presença das características que o definem, referidas no ponto anterior, e através das emoções e cognições da mulher relativamente ao parto.

Para permitir e facilitar o diagnóstico de medo do parto foram desenvolvidos alguns estudos com o intuito de elaborar/produzir instrumentos capazes de medir/avaliar o medo do parto.

Na revisão bibliográfica efetuada para além do instrumento que selecionamos para este estudo (W-DEQ) surgiram mais três instrumentos com o intuito de avaliar o medo do parto: a *Delivery Fear Scale*, o *Childbirth Attitudes Questionnaire*, e o *Fear Of Birth Scale*,

A *Delivery Fear Scale* (DFS) mede o medo do parto durante o trabalho de parto. Foi desenvolvida por Wijma K, Alehagen e Wijma B. (2002) e consiste numa escala de 10 itens cotados de 1 a 10, em que 1 significa “do not agree at all” e 10 “agree totally”. O ponto de corte para um nível severo de medo do parto foi estabelecido na soma dos scores ≥ 70 . Os autores referem que os seus estudos demonstram que a DFS pode ser

concluída dentro de 60 a 90 segundos, quase sem esforço, durante qualquer momento do trabalho de parto. A escala apresenta uma boa fidelidade com um alfa de *Cronbach* de 0,88.

A DFS não foi selecionada para este estudo pois não era nosso objetivo avaliar o medo do parto durante o trabalho de parto, mas sim o medo que as mulheres grávidas no terceiro trimestre de gravidez manifestam relativamente ao parto (que se aproxima).

A *Fear Of Birth Scale* (FOBS) consiste numa escala visual análoga de dois itens, em que apenas é colocada uma questão onde é perguntado à grávida como se sente naquele momento relativamente ao parto que se aproxima (“*How do you feel right now about the approaching birth?*”), sendo esta cotada, em dois diferenciais semânticos, entre ‘calma’ (“*calm*”) e ‘preocupada’ (“*worried*”), e ‘sem medo’ (“*no fear*”) e ‘forte medo’ (“*strong fear*”), através da sinalização da resposta em duas linhas de 10 cm, uma para cada item, tendo em conta os dois extremos (Haines et al., 2011). O *score* total da FOBS (composto pela média dos *scores* dos dois itens) varia de 0 a 100, sendo tanto maior o medo quanto maior o *score* da escala. Esta escala apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0,91.

A FOBS não foi selecionada para este estudo por ser mais redutora na avaliação do medo, apresentando também um alfa de *Cronbach* de 0,91, ligeiramente inferior ao do W-DEQ (Haines et al., 2011).

O *Childbirth Attitudes Questionnaire* (CAQ) é um questionário que avalia o medo do parto composto por 14 itens com formato de escala tipo *Likert* de quatro pontos, cotada de 1 (“*never*”) a 4 (“*very often*”), variando os *scores* de um mínimo de 14 a um máximo de 56, com *scores* elevados indicando medo elevado, e *score* acima de 28 considerados como medo do parto, tendo sido desenvolvido por Hartman e revisto por Lowe (Alipour, Lamyian, Hajizadeh & Vafaei, 2011). O CAQ apresenta uma boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* de 0,83 obtido na versão iraniana (Alipour, Lamyian, Hajizadeh & Vafaei, 2011), sendo de 0,81 na versão reduzida de 13 itens utilizada no estudo de Christiaens, Van de Velde e Bracke (2011).

O CAQ apesar de ser um instrumento com uma boa dimensão, não apresentando um número elevado de itens, não foi selecionado para este estudo por apresentar uma menor fidelidade que o W-DEQ, tendo apenas sido encontrado um estudo de tradução e adaptação noutra população, na Tailândia (Tanglakmankhong, Perrin & Lowe, 2011), não permitindo assim uma comparação de resultados entre várias populações, como permite o W-DEQ.

Existem contudo outros questionários, que apesar de não se focarem no medo do parto, o avaliam conjuntamente com outras dimensões, como o Questionário de Antecipação do Parto e o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto.

O Questionário de Antecipação do Parto (QAP) é um questionário de autorrelato, composto por 58 questões, relativas à antecipação do trabalho de parto, parto e pós parto, tendo em conta várias dimensões, em que uma delas aborda as expectativas quanto ao medo, confiança, controlo e intensidade da dor (Pacheco et al., 2005).

Das 58 questões, 51 assumem o formato de escala tipo *Likert* de quatro pontos, três apresentam um formato dicotómico (sim ou não), duas oferecem três alternativas de resposta, e as outras duas assumem um intervalo contínuo, representando minutos.

O QAP apresenta-se como um instrumento longo, com 58 questões, em que apenas 8 se referem ao medo relativamente ao parto. Não foi encontrada nenhuma tradução e adaptação do QAP para outra população, na revisão bibliográfica efetuada. Por estes motivos o QAP não foi o instrumento selecionado para este estudo.

O Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) é um questionário de autorrelato, composto por 60 questões, relativas às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor no que concerne o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, sendo avaliadas através de uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 e 4 (sendo 1 a 10, no que respeita à intensidade da dor). Este questionário para além de avaliar os medos, as emoções, o mal-estar e as dificuldades sentidas nos três momentos, também avalia: a qualidade dos cuidados prestados pela instituição, bem como as suas condições físicas; o tempo decorrido desde o nascimento até a mãe tocar e pegar pela primeira vez no bebé, assim como o tempo de cada uma das fases do parto; a utilização das técnicas de relaxamento e de respiração; e o grau de confiança na situação e sentimento de controlo (Costa et al., 2003).

O QESP não foi selecionado para este estudo por apresentar uma avaliação reduzida do medo do parto, por se revelar um instrumento longo (60 questões) e por ser um questionário de aplicação pós-parto, e não durante a gestação.

Assim, e como já referimos anteriormente, o instrumento selecionado para este estudo foi o *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ), por avaliar o medo do parto durante a gestação, ser um instrumento fiável, e ter vindo a ser utilizado em vários estudos em diversos países.

2. METODOLOGIA

Nesta fase o investigador determina os métodos utilizados para responder às questões de investigação (Fortin, 2009b).

O desenho de investigação é um conjunto de diretrizes que precisam a forma de colher e analisar os dados, permitindo um maior controlo e assegurando a credibilidade dos dados (Fortin, 2009b).

Neste capítulo, serão abordados os elementos que constituem o desenho de investigação: os objetivos do estudo, o tipo de estudo, o processo de seleção da amostra, os métodos de colheita de dados e o método de análise dos dados recolhidos. Serão ainda abordadas as considerações éticas do estudo.

2.1. Finalidade

A finalidade deste estudo consiste em contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem, de forma a tornar a vivência do parto uma experiência satisfatória, permitindo um diagnóstico e intervenção precoces no medo do parto, através da disponibilização de um instrumento fiável e válido, capaz de medir o medo do parto durante a gestação.

2.2. Objetivos de investigação

Os objetivos do presente estudo são:

- Traduzir e adaptar culturalmente para a população portuguesa o questionário – *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*;
- Contribuir para a validação do Questionário do Medo Percebido do Parto (versão traduzida e adaptada do W-DEQ);
- Determinar os níveis de medo do parto num grupo de grávidas portuguesas;

- Relacionar o medo do parto com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

2.3. Tipo de estudo

Este estudo insere-se no paradigma de investigação quantitativo. A investigação quantitativa “(...) é aquela cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após manipulação da variável independente” (Fortin 2009b, p.371).

Como o objetivo central do estudo consiste na tradução, adaptação cultural e contributo para a validação de uma escala que pretende avaliar o medo do parto, realizou-se um estudo metodológico. O estudo metodológico reporta-se à investigação de métodos de obtenção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Uma vez que o estudo pretende determinar o nível de medo do parto das mulheres grávidas e relacionar este com as variáveis sociodemográficas e obstétricas, tratou-se também de um estudo descritivo e correlacional, que segundo Fortin (2009b) permite descrever as variáveis e as relações entre elas.

Quanto à delimitação temporal, os dados foram colhidos num período de tempo definido, sendo, assim, considerado um estudo transversal (Polit & Beck , 2011).

2.4. População e amostra:

A população alvo “(...) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2009b, p.202). A população alvo deste estudo é composta pelas mulheres grávidas, no terceiro trimestre de gravidez, acompanhadas no Sistema Nacional de Saúde. Dentro desta população delimitamos uma população acessível: as mulheres grávidas que utilizam os cuidados de saúde primários, especificamente as unidades de saúde da cidade do Porto.

A amostra, segundo Fortin (2009b, p.202), “(...) é uma réplica em miniatura da população alvo (...)”. Os critérios de inclusão na amostra foram: grávidas no terceiro trimestre da gestação (28 a 40 semanas de gestação); maioridade (≥ 18 anos); sem complicações

obstétricas durante a gravidez (tais como: placenta prévia, descolamento de placenta, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia e anomalia fetal), que aceitem participar voluntariamente no estudo, e que saibam ler em português.

O tipo de amostragem escolhido foi a amostragem não probabilística acidental. À medida que as grávidas tiveram contacto com a sua unidade, foi-lhes proposta a participação no estudo. Apesar deste tipo de amostragem poder apresentar limitações para o estudo, pois a probabilidade de participar no estudo não é a mesma para todas as grávidas, tornou-se necessário uma vez que não foi possível obter uma lista com todas as potenciais participantes, tendo em conta a idade gestacional.

Quanto maior o número da amostra, maior é a probabilidade desta ser representativa da população e menor é o erro amostral (Polit & Beck 2011). Para calcular o tamanho da amostra, como se trata de um contributo para a validação de um instrumento, foi necessário ter em consideração o número de variáveis a analisar. Assim, segundo o método de Tinsley e Tinsley (1987; citado por Ribeiro, 1999) é recomendado um número de dez participantes por cada variável em análise, ou cinco como mínimo requerido. Bartlett, Kotrlik e Higgins (2001; citado por Ribeiro 2010) referem também o mínimo de cinco participantes por cada item da escala e uma amostra nunca inferior a 100.

Como a escala estudada tem um total de 33 itens, segundo o referido anteriormente, a amostra deveria ser constituída por um mínimo de 165 participantes, e um máximo de 330. Tinsley e Tinsley (1987; citado por Ribeiro, 1999) referem que numa amostra com mais de 300 participantes, o número de participantes por número de variáveis deixa de ser determinante, uma vez que o erro de medida tende a estabilizar.

A amostra do presente estudo foi constituída por 180 participantes, seleccionadas dentro da população que cumpria os critérios de inclusão na amostra referidos anteriormente.

2.4.1. Caracterização da amostra

Dados sociodemográficos

Analisando os dados recolhidos podemos constatar que a amostra era constituída por grávidas com uma média de idades de 29,57 anos ($DP = 4,726$), variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 41 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria das participantes era casada (52,2%), seguindo-se as solteiras (26,1%) e união de facto (21,7%), não existindo nenhuma participante viúva.

No que concerne à escolaridade, a média obtida foi de 13,82 anos de escolaridade completos ($DP = 3,71$), com uma moda e mediana de 12 anos de escolaridade, representando assim uma amostra com um grau de escolaridade relativamente elevado. A escolaridade variou entre um mínimo de cinco a um máximo de 23 anos, como se pode observar no gráfico 1.

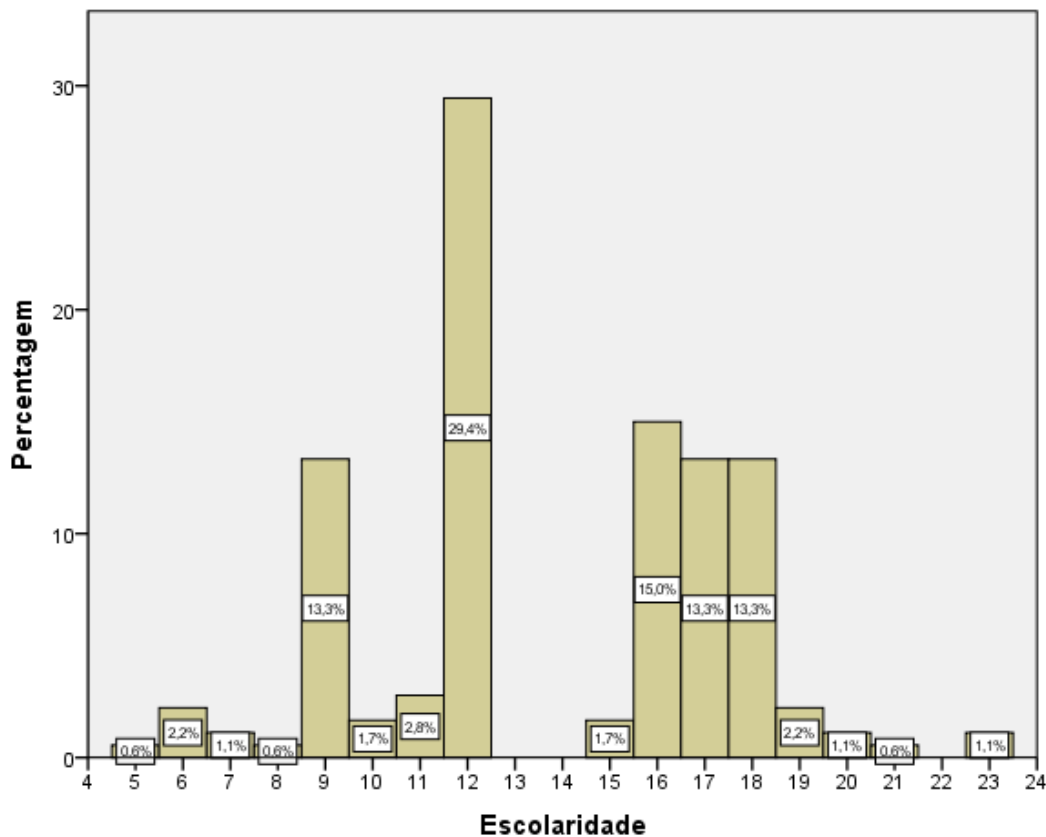


Gráfico 1 – Distribuição da amostra em função dos anos de escolaridade

Transformando a escolaridade em classes obtemos: 17,8% entre 5 a 9 anos de escolaridade (ensino básico), 33,9% entre 10 a 12 anos de escolaridade (ensino secundário), e 48,3% entre 13 a 23 anos de escolaridade (ensino superior). Assim podemos observar que quase metade da amostra frequentou o ensino superior.

A escolaridade e a idade demonstraram estar associadas neste estudo, apresentando uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r = 0,43$, $p < 0,001$), aumentando a escolaridade à medida que aumenta a idade.

Quanto à profissão, apenas 13,9% eram desempregadas, sendo as restantes ativas em diversas áreas profissionais, sendo as mais referidas enfermeira (7,8%), psicóloga (3,9%), professora (3,3%), médica (3,3%), advogada (2,8%), empregada de balcão (2,8%) e estudante (2,8%).

Dados obstétricos

A maioria das participantes encontrava-se grávida pela primeira vez (61,7%), 30% pela segunda, 6,1% pela terceira, 0,6% pela quarta e 1,7% pela quinta vez (gráfico 2). O número médio de gestações (incluindo a atual) foi de 1,51 ($DP = 0,78$), com uma moda e mediana de uma gravidez.

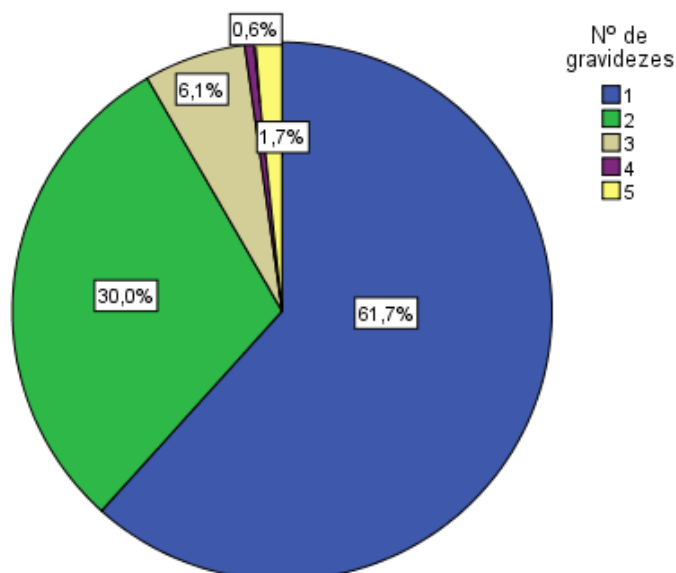


Gráfico 2 – Distribuição da amostra em função do número de gestações

No que concerne à idade gestacional, a média obtida foi de 32,27 semanas de gestação ($DP=3,232$), com uma mediana de 32 semanas e uma moda de 28 semanas. A idade gestacional variou de um mínimo de 28 a um máximo de 39 semanas de gestação, como se pode observar no gráfico 3.

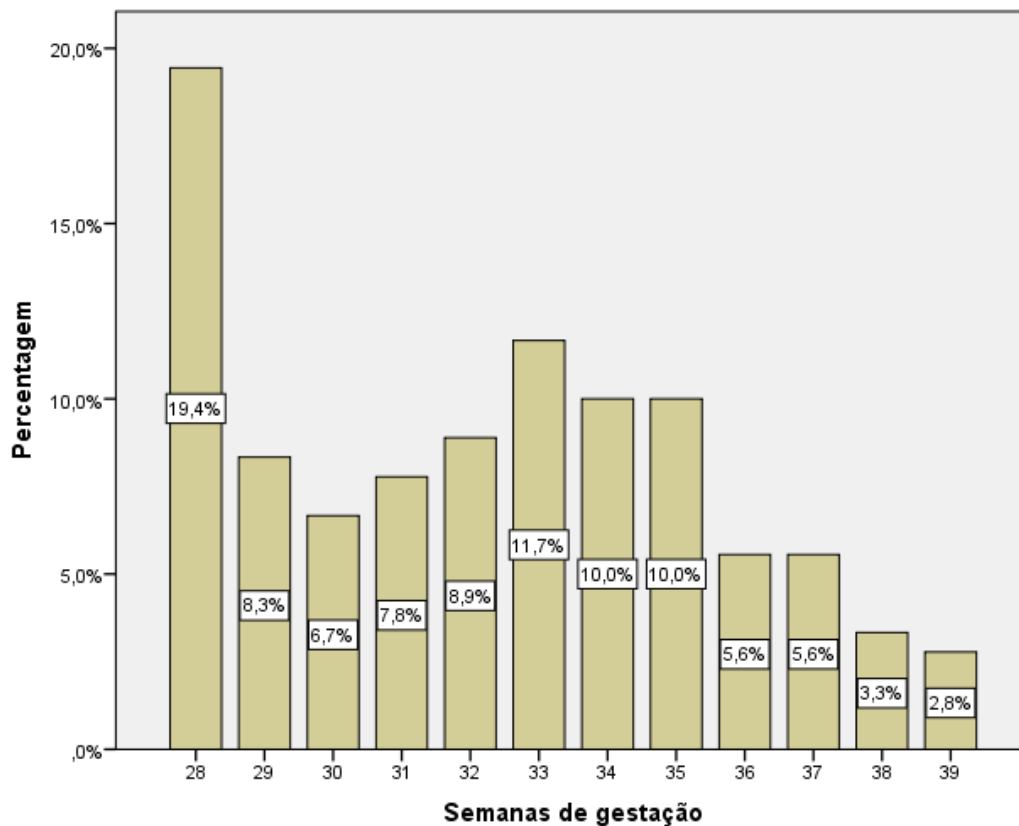


Gráfico 3 – Distribuição da amostra em função da idade gestacional

Os dados relativos número de partos anteriores mostram-nos que a maioria das participantes era nulípara (69,4%), 27,8% primípara, e 2,8% múltípara (com 2,2% com dois partos anteriores, e 0,6% com quatro partos anteriores).

A percentagem de nulíparas revela-se superior à de primigestas, uma vez que no número de gravidezes foram incluídos também os abortos. A média do número de partos anteriores obtida foi de 0,34 ($DP=0,582$), com uma moda e uma mediana de 0 partos, e um valor mínimo de 0 e máximo de 4 partos, como pode ser observado no gráfico 4.

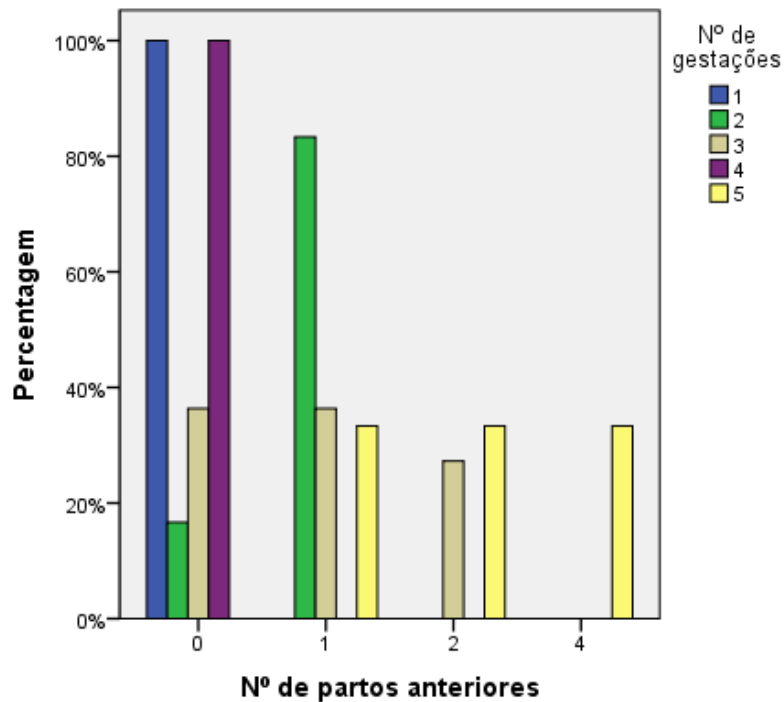


Gráfico 4 – Distribuição da amostra em função do número de partos anteriores, tendo em conta o número de gestações

O número de partos anteriores encontrou-se associado à escolaridade neste estudo, verificando uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r = -0,25$, $p < 0,001$), sendo que quanto maior a escolaridade menor o número de partos anteriores.

Relativamente ao tipo de parto, no gráfico 5 podemos observar que a maioria dos partos anteriores (último parto) foram partos normais (eutócicos) (57,4%), seguidos das cesarianas (31,5%).

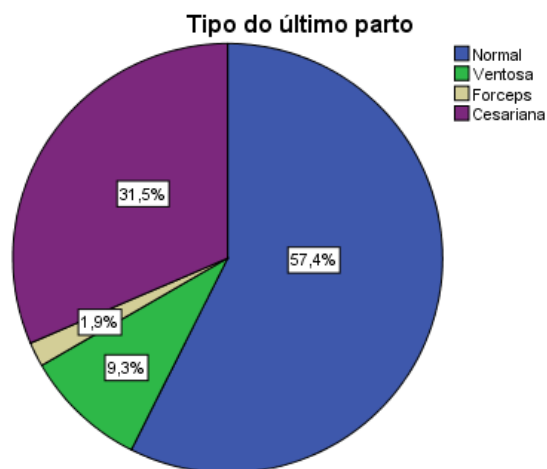


Gráfico 5 – Distribuição da amostra em função do tipo do último parto

Das 180 participantes apenas 116 (64,4%) frequentavam as aulas de preparação para o parto e parentalidade. Destas 116 apenas 109 referiram o número de aulas que frequentaram até à data de preenchimento do questionário, com um número médio de 5,20 aulas ($DP = 3,736$) e uma mediana de cinco aulas. O número de aulas variou de um mínimo de um a um máximo de 20 aulas.

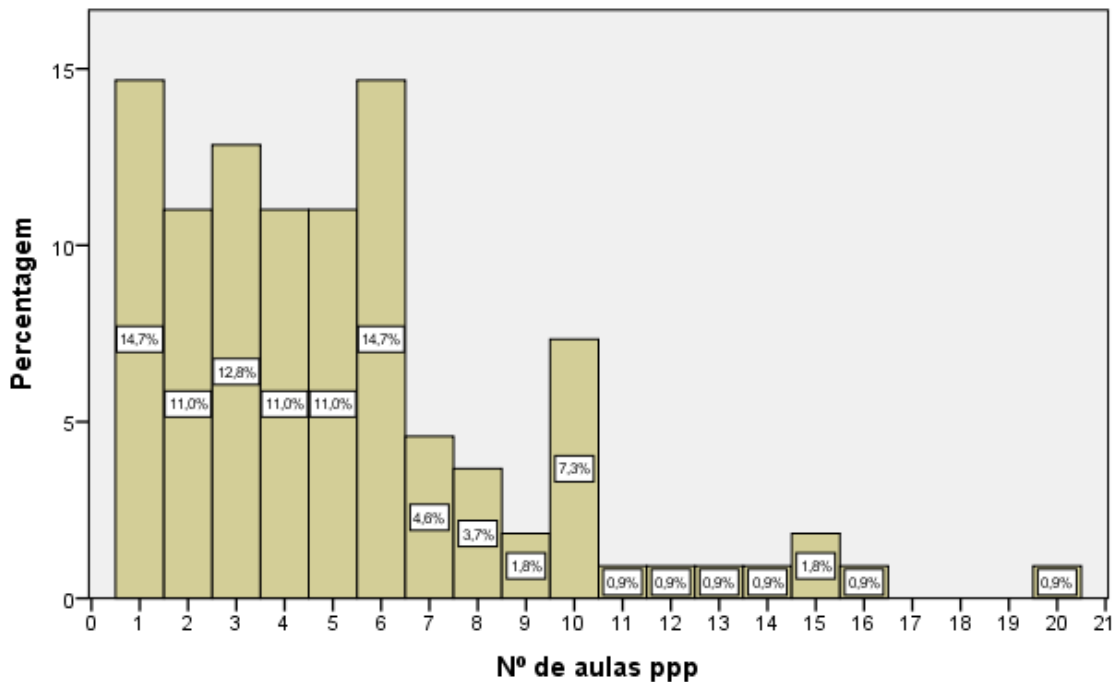


Gráfico 6 – Distribuição da amostra em função do número de aulas de preparação para o parto e parentalidade

Das 116 participantes que frequentavam as aulas de preparação para o parto e parentalidade, apenas 81 (69,8%) responderam que até à data de preenchimento do questionário tinham abordado o tema “trabalho de parto”.

Quanto ao suporte no trabalho de parto, a maioria das participantes (83,3%) referiu esperar ser o marido/companheiro, seguido de 8,3% da mãe, como podemos observar no gráfico 7. Existiam participantes que não contavam ter suporte de ninguém no trabalho de parto (3,3%). Das participantes que responderam ter outro tipo de suporte (4,4%), a maior parte (62,5%) referia-se à irmã, seguida da prima, madrinha do bebé e enfermeira, com percentagens idênticas (0,6% cada).

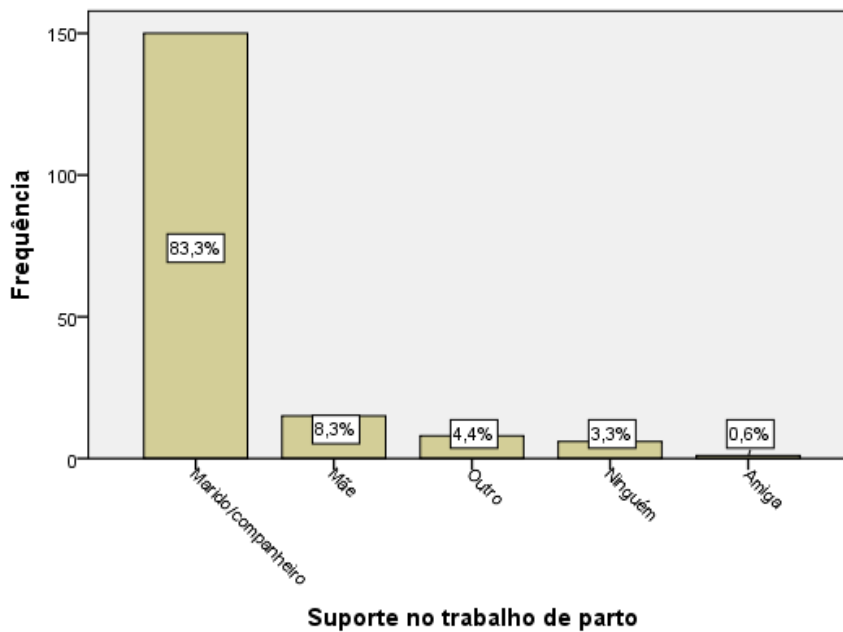


Gráfico 7 – Distribuição da amostra em função do suporte previsto durante o trabalho de parto

Na procura de informação acerca do trabalho de parto, 83,9 % das participantes referiram procurar informação, sendo as fontes utilizadas diversas, e geralmente combinadas. A conjugação das fontes mais referidas foram a *enfermeiro+ médico+ família+ amigos+ internet+ livros* (10,5%), que consiste na seleção de todas as opções facultadas (excluindo outros), como pode ser observado no gráfico 8, onde são apresentadas as respostas com uma percentagem superior a 2%. Três participantes identificaram outras fontes de informação por elas utilizadas: revistas (66,7%) e outras mulheres grávidas ou com gravidezes prévias (33,3%).

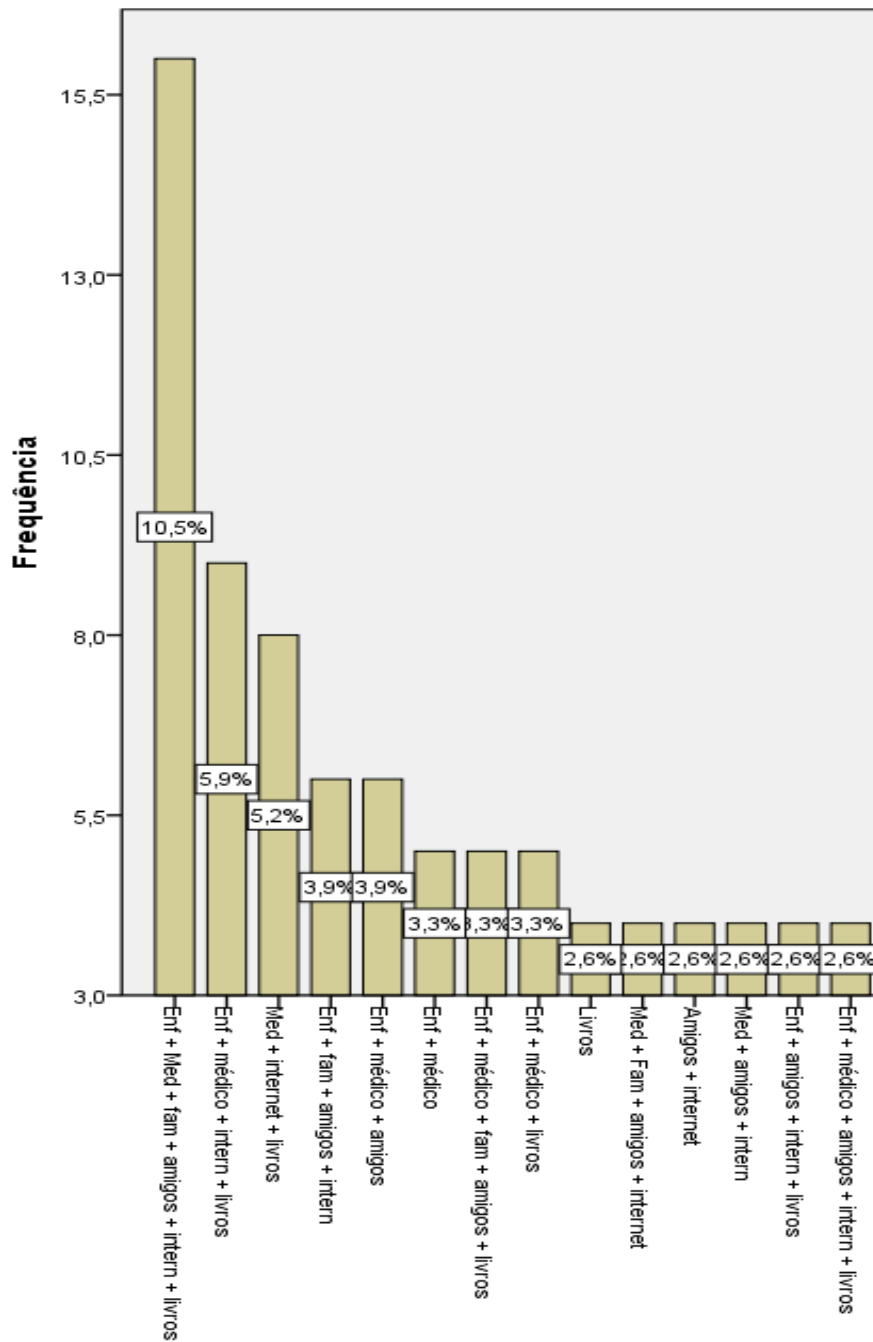


Gráfico 8 – Fontes de informação mais referidas (acima de 2%)

2.5. Variáveis do estudo

Ligadas aos conceitos em estudo surgem as variáveis. O termo variável refere-se a *“Característica de pessoas, de objetos, ou de situações estudadas numa investigação, a*

que se pode atribuir diversos valores” (Fortin, 2009b, p.376), tendo “(...) *uma propriedade inerente de variação (...)*” (Fortin 2009b, p.36).

Num estudo podem estar presentes diferentes tipos de variáveis. Para Fortin (2009b, p.37) “*As variáveis atributo são as características dos sujeitos num estudo*”. As variáveis atributo presentes neste trabalho de investigação são: a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão, o número de gestações e a paridade.

Neste estudo, utilizaremos a classificação das variáveis em primárias e secundárias, como é mais habitual nas Ciências Sociais. As variáveis primárias ou principais, como o nome indica são as variáveis principais do estudo e “(...) *as únicas que têm peso no momento da conclusão(...)*” (Pocinho 2009, p.25). As variáveis secundárias, apesar de também serem importantes, na avaliação da situação em estudo, “(...) *raramente são determinantes na conclusão do estudo*” (Pocinho 2009, p.25).

As variáveis secundárias neste estudo são: as características sociodemográficas (“idade”, “estado civil”, “escolaridade” e “profissão”); e os dados relativos à gestação (“número de gravidezes”, “o número de partos anteriores”, “tipo de parto anterior”, a “frequência de aulas de preparação para o parto e parentalidade”, “suporte esperado no trabalho de parto” e “fontes de informação”).

As variáveis “idade” e “escolaridade” foram avaliadas tendo em conta o número de anos completos à data da recolha de dados. O estado civil consistiu na especificação da relação conjugal (solteira, casada, viúva ou união de facto), e a “profissão” na especificação da profissão desempenhada à data da recolha de dados.

O “número de gravidezes” concerniu no número de gestações incluindo a atual, o “número de partos anteriores” na paridade da participante, o “tipo de parto anterior” na especificação do tipo de parto, relativamente ao último parto, das participantes (normal, ventosa, fórceps ou cesariana), a “frequência de aulas de preparação para o parto e parentalidade” na distinção da frequência ou não das aulas de preparação para o parto e parentalidade pelas participantes, e no caso da frequência, no número de aulas frequentado até à data da recolha dos dados, e se abordou, ou não, o tema “trabalho de parto”.

O “suporte esperado no trabalho de parto” consistiu na especificação da pessoa que prestará apoio à participante durante o trabalho de parto e parto, admitindo-se como possibilidades de resposta: marido/ companheiro, mãe, amiga, ninguém, ou outro. Nas “fontes de informação” pretendia-se que a participante referisse se procurou, ou não,

informação acerca do trabalho de parto, e no caso de ter procurado, quais foram as fontes de informação utilizadas (enfermeiro, médico, familiares, amigos, internet, livros, ou outra, com a possibilidade de selecionar mais do que uma opção).

As EADS-21 também podem ser consideradas variáveis secundárias, sendo a ansiedade, a depressão e o stress medidos através do *score* total de cada uma das subescalas.

Como variável primária ou principal podemos identificar o medo do parto, medido através do *score* total do W-DEQ (QMPP) e dos *scores* dos domínios que o constituem, encontrados através da análise em componentes principais.

2.6. Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados selecionado para este estudo foi o questionário de auto-preenchimento, sendo constituído por três partes distintas (Anexo II).

2.6.1. Dados sociodemográficos e obstétricos

A primeira parte do questionário foi por nós construída para a recolha dos dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, incluindo: idade, estado civil, escolaridade, profissão, gesta, paridade, tipos de parto anteriores, se frequentava aulas de preparação para o parto, previsão de suporte no trabalho de parto e as fontes de informação utilizadas.

2.6.2. Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)

A segunda parte foi constituída pela versão A do *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) previamente traduzida e adaptada para a população portuguesa neste estudo. O W-DEQ é um questionário de autopreenchimento e tem sido determinado como uma ferramenta válida para identificar e medir o constructo medo do parto, quer para utilização em investigação/pesquisa, quer na prática clínica (diagnóstico de medo do parto) (Fenwick et al., 2009).

O W-DEQ (Wijma, Wijma & Zar, 1998) consiste em duas versões: A, e B. Foi projetado para rastrear e medir o medo do parto, através da avaliação cognitiva da mulher relativamente ao parto, na forma de expectativas e experiências, na aproximação do momento do parto (versão A) e no pós-parto recente (versão B).

Esta escala foi desenvolvida na Suécia, por Wijma K., Wijma B. e Zar (1998) onde, segundo Fenwick e colaboradores (2009), existe uma elevada taxa de partos realizados no domicílio, a taxa mais baixa da mortalidade pré-natal nos países desenvolvidos, e uma das taxas mais baixas de cesariana.

Para o preenchimento da escala a mulher é instruída a avaliar os seus sentimentos e cognições, classificando-os numa escala de *Likert* de seis pontos, de “nem um pouco” (0) a “extremamente” (5), em 33 itens. O somatório dos scores varia de 0 a 165. Um score mais elevado indica um medo do parto mais intenso. Logo as questões que estão formuladas positivamente terão que ser invertidas para o cálculo do somatório do *score* individual de cada mulher (itens 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) (Wijma, Wijma & Zar, 1998).

Zar, Wijma e Wijma (2001) num estudo sobre a ansiedade e o medo do parto, utilizando o W-DEQ, dividiram as participantes grávidas em três grupos, de acordo com o nível de medo do parto. Para isso consideraram a seguinte classificação: scores entre [0-37] medo reduzido, [38-65] medo moderado, ≥ 66 medo elevado. Niemen, Stephansson e Ryding (2009) (baseados em Waldenstrom, Hildingsson & Ryding, 2006) consideraram como medo intenso do parto scores ≥ 85 , e medo do parto muito intenso – medo fóbito – scores ≥ 100 .

As primeiras propriedades psicométricas desta escala foram avaliadas por Wijma, Wijma e Zar (1998), na sua versão sueca. A tradução para inglês foi providenciada pelos autores, aquando da publicação do seu estudo (Wijma, Wijma & Zar, 1998).

Na validação inicial os autores utilizaram uma amostra de 196 participantes, e a consistência interna que obtiveram no estudo (alfa de *Cronbach*) foi de 0,93 quer na versão A, quer na versão B (Wijma, Wijma & Zar, 1998). O coeficiente de bipartição (“*Split-half reliability*”) estimado foi de 1,00 na versão A e 0,95 na versão B.

A validade de constructo da versão original foi avaliada com recurso a diversas escalas. O *S-R Inventory of Anxiousness* (SRI) e o *Fear Questionnaire* (FQ) – em que, há lista original de situações provocadoras de ansiedade, foram adicionados itens que visassem o medo do parto e do exame ginecológico –, foram escolhidos por se relacionarem com o parto e o nascimento.

O *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Karolinska Scales of Personality* (KSP) e o *Eysenck Personality Inventory* (EPI) foram escolhidos para avaliar se o W-DEQ media dentro do domínio da ansiedade. Os autores referem que seleccionaram a versão

Ansiedade-Traço do STAI de modo a evitar as mudanças acidentais que poderiam ser medidas pela Ansiedade-Estado. As mulheres foram instruídas para responderem tendo em conta o momento atual da gravidez.

O *Internal-External Locus of Control Scale* (I-E) e o *Beck Depression Inventory* (BDI) foram escolhidos pelos autores por estes esperarem uma correlação inversa (negativa) com o W-DEQ. Os autores não especificaram porque esperavam esta correlação negativa. Referem apenas que a versão do I-E utilizada foi uma versão ajustada à população grávida, e que se pensa medir o grau com que a mulher acredita que os bons ou maus eventos que lhe aconteceram, estão sob o seu próprio controlo ou sob o controlo de fatores externos. Do BDI referem ter removido oito questões sobre reações fisiológicas, por pensarem que nesta população poderiam ser causadas pela gravidez, em vez de serem sintomas de depressão, utilizando assim uma versão de 13 itens.

Para avaliar a correlação do W-DEQ com os outros questionários os autores apenas tiveram em conta níveis de significância de $p < 0,001$ ou inferiores, de modo a reduzir o risco de erro.

Apesar de os autores esperarem uma maior correlação do W-DEQ com o SRI e o FQ-*childbirth*, a correlação entre estes foi da mesma magnitude que a correlação entre questionários medindo a ansiedade em geral. Apenas o FQ-social teve uma correlação elevada com o W-DEQ nas nulíparas. A correlação com o BDI foi tão alta quanto com as escalas de ansiedade.

Os autores, tendo em conta os resultados obtidos no seu estudo referem que o W-DEQ mede no domínio da ansiedade, sendo uma dimensão própria da ansiedade, como também refere Ryding, Wijma K e Wijma B (1998).

O W-DEQ foi alvo de análise factorial por Johnson e Slade (2002) que referem ter encontrado quatro dimensões conceptualmente distintas: “*fear*”, “*lack of positive anticipation*”, “*isolation*”, e “*riskiness*”. Wiklund, Edman e Adolf (2008) ao realizarem a análise de fatores também obtiveram quatro dimensões, que apesar de não conterem exatamente os mesmos itens, consideraram ser semelhantes às encontradas por Johnson e Slade (2002). Fenaroli e Saita (2013) ao analisarem as propriedades psicométricas do W-DEQ numa amostra de 522 italianas primíparas, encontraram apenas três fatores: “*fear*”, “*negative feelings*” e “*lack of confidence*”.

O W-DEQ tem boas propriedades psicométricas, com elevada consistência interna e coeficiente de bipartição ($>0,94$) quer em nulíparas como em múltiparas (Fenwick et al.,

2009). Segundo Nieminen, Stephansson & Ryding (2009) o W-DEQ pode ser utilizado em qualquer idade gestacional para identificar mulheres grávidas com (intenso) medo do parto.

O W-DEQ tem sido utilizado em vários estudos em países como Bélgica e Holanda, (Christiaens, Verhaeghe & Brake, 2008), Suécia (Wiklund, Edman & Adolf, 2008; Laursen, Johansen, & Hedegaard, 2009), Austrália (Fenwick et al., 2009), Dinamarca (Kjaergaard et al., 2008), Turquia (Körükcü, Fırat & Kululu, 2010) e Canadá (Hall et al., 2009).

Mais recentemente, o W-DEQ foi traduzido e validado para a população Turca por Körükcü, Fırat, e Kululu (2012) com uma consistência interna (alfa de *Cronbach*) de 0,89. A validade de constructo foi avaliada pela correlação de *Pearson* e pelo método dos grupos conhecidos (comparando grupos que são conhecidos por apresentarem diferentes níveis de medo, tais como as nulíparas e as múltíparas). As mulheres nulíparas, num quarto dos itens, tiveram uma média mais baixa, significativa, dos scores do W-DEQ, do que as mulheres múltíparas. No entanto, no total não houve diferença na fidelidade estimada para ambos os grupos (com um alfa de *Cronbach* de 0,88 nas nulíparas e 0,90 nas *múltíparas*).

A análise realizada para examinar a validade da versão Turca do W-DEQ revelou uma forte associação entre o *Beck Anxiety Inventory*, a *Depression Anxiety and Stress Scale* e o *Brief Measure of Worry Severity*. Todas estas escalas em grupos mostraram ter uma correlação significativa com o W-DEQ.

O primeiro estudo português (e o único publicado até ao presente) a utilizar o W-DEQ foi desenvolvido por Costa (2006) com o objetivo de comparar os níveis de medo do parto, da ansiedade estado e da ansiedade traço, em grávidas com preparação para o parto, e grávidas sem preparação para o parto, numa amostra de 245 grávidas no terceiro trimestre de gravidez, assim como analisar o padrão de correlação entre o medo do parto e a ansiedade estado e a ansiedade traço, nos grupos de grávidas referidas anteriormente. A correlação entre a ansiedade (estado e traço) e o medo foi positiva, aumentando o medo à medida que aumentava a ansiedade.

Costa (2006) apenas realizou uma tradução do instrumento, referindo que apesar de este ter apresentado boas propriedades psicométricas no estudo (alfa de *Cronbach* de 0,90), não se encontrava aferido para a população portuguesa, representando uma limitação do estudo.

Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ): tradução, adaptação cultural e contributo para a validação

A tradução e a adaptação do W-DEQ para português tiveram por base a metodologia de Moreira (2004), que se encontra de acordo com o referido também por Fortin (2009b), seguindo o processo seguinte:

1º- Tradução da escala para a Língua Portuguesa. Esta tradução foi realizada pelo investigador e por outro elemento da área da saúde, que além de possuírem domínio em ambos os idiomas (inglês e português), possuem conhecimentos acerca da área em estudo.

2º- Retroversão independente, de forma a verificar a preservação do sentido. Esta retroversão foi realizada por outros dois elementos, sem conhecimento prévio da escala original, com domínio sobre ambos os idiomas (nomeadamente um professor de língua inglesa e um tradutor de língua inglesa).

3º- Comparação das duas versões (original e retroversão) pelas pessoas que traduziram e realizaram a retroversão, de forma a que fossem discutidas as discrepâncias e se chegasse a um consenso, tendo sempre em conta a *“preservação do sentido dos itens originais e obtenção de itens com características adequadas na versão traduzida”* (Moreira 2004, p.231).

A tradução teve em conta, para além do referido anteriormente, o aspeto gráfico (estrutura e características) da escala original, assim como as instruções de preenchimento e definições.

No processo de tradução e retrotradução surgiu uma dúvida relativamente ao significado de um dos itens, tendo sido clarificada com recurso aos autores originais.

Como os constructos podem apresentar variações em diferentes culturas, para além da tradução do instrumento é importante a sua adaptação cultural. Para implementar a equivalência entre instrumentos em diferentes culturas, Ribeiro (2010) refere que é importante investigar: a equivalência conceptual, a equivalência do item, a equivalência semântica, a equivalência operacional, a equivalência de medida, e a equivalência funcional.

Para a adaptação cultural foi utilizado um painel de peritos, como sugere o mesmo autor (Ribeiro, 2010). O painel de peritos foi constituído por cinco peritos (quatro peritos na área da saúde materna, e um perito na adaptação cultural de instrumentos de medida),

que coincide com o número de peritos sugerido por Fortin (2009a) para a obtenção de resultados satisfatórios. Num grupo de discussão com o painel de peritos foram realizadas algumas alterações, tendo em conta uma concordância não inferior a 80% entre os peritos.

A versão traduzida e retroversão foram enviadas aos autores originais, tal como os mesmos solicitaram. Esta versão – traduzida e adaptada para o contexto português – passou a intitular-se **Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP)**, sendo mantida a referência ao W-DEQ.

Com o questionário total concluído, composto pelas três partes referidas anteriormente, foi realizado um pré-teste, com o intuito de averiguar se o questionário é perceptível, se as instruções são claras e se o aspeto gráfico não induz em erro, tal como preconiza Moreira (2004).

Fortin (2009a, p.386) refere que *“O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo”*, permitindo assim averiguar defeitos que possam existir no questionário de modo a se poder proceder à correção dos mesmos.

Neste estudo o pré-teste foi realizado a dez grávidas, que cumpriam os critérios de inclusão na amostra, e que utilizavam os serviços de saúde de uma das unidades de cuidados de saúde primários da cidade do Porto.

Após o preenchimento do questionário foi solicitado às grávidas que comentassem o questionário tendo em atenção os seguintes pontos: se o questionário era perceptível, se as instruções eram claras, se o aspeto gráfico induzia em erro, o grau de dificuldade das questões, se existia alguma questão mais difícil de compreender e de responder, e se consideravam alguma questão ofensiva. Todas as grávidas inquiridas consideraram que o questionário era perceptível, que as instruções eram claras, e que o aspeto gráfico não induzia em erro. A maioria (90%) considerou as questões fáceis ou muito fáceis, e apenas 10% difícil. Todas consideraram que não havia nenhuma questão ofensiva, nem com um maior grau de dificuldade de compreensão. O tempo médio de resposta ao questionário foi de 12 minutos.

Como não se procedeu a alterações no questionário, as participantes no pré-teste foram incluídas na amostra.

2.6.3. Escala de Ansiedade Depressão e Stress

A terceira e última parte do questionário foi composta pela Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS), à semelhança do utilizado na validação da versão turca (Körükçü, Kululu, & Firat, 2012), em vez do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAY), utilizado pelos autores originais.

A decisão da escolha por este instrumento tem por base com o facto de os autores originais do W-DEQ terem apenas utilizado a versão Ansiedade-traço do STAY, de modo a evitar as mudanças acidentais que poderiam ser medidas pela Ansiedade-Estado, segundo os mesmos autores.

No entanto a ansiedade-traço diz respeito à “ (...) *propensão a experimentar ansiedade*”, ou seja à tendência das pessoas a considerarem o mundo como mais ameaçador e a responderem com ansiedade, enquanto que a ansiedade-estado é a “ (...) *ansiedade em resposta a uma situação específica que é percebida como ameaçadora ou perigosa*”, sendo variável na intensidade, e flutuante no tempo (Vandebos 2010, p.81). Assim sendo, parece fazer sentido a avaliação da ansiedade-estado para analisar a validade do instrumento.

A *Depression Anxiety Stress Scale* foi construída por Lovibond e Lovibond em 1995 com o objetivo de avaliar a ansiedade, depressão e stress. Tendo sido adaptada para Português inicialmente por Alves, Carvalho e Baptista em 1999, e posteriormente por Ribeiro, Honrado e Leal em 2004, uma vez que a primeira adaptação apresentava algumas falhas no que concerne ao modelo de validação teórica da versão original, passando a denominar-se por Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) (Ribeiro, 2007).

A escala original possui um total de 42 itens, divididos por três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress. A versão de 21 itens (EADS-21), organizada nas mesmas três escalas, constituídas apenas por sete itens cada, propõe-se medir os mesmos constructos do mesmo modo que a versão mais longa. O estudo realizado por Ribeiro, Honrado e Leal (2004) demonstra que a EADS-21 possui propriedades similares às da versão original, e refere que “os três síndromas intitulados depressão, ansiedade e stress devem ser distinguidos em escalas de autorrelato” (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004, p.237).

O participante deve, em cada item – que consiste numa afirmação relativa a sintomas emocionais negativos – avaliar de que modo este se aplicou durante a última semana,

recorrendo a uma escala de *Likert* de quatro pontos, em que o 0 corresponde a “não se aplicou nada a mim”, 1 a “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2 a “aplicou-se a mim muitas vezes”, e 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os resultados são obtidos através da soma dos valores de cada item. Cada subescala fornece uma nota que pode ir de um mínimo de 0 valores a um máximo de 21, e em que quanto mais elevada for essa nota, mais negativos são os estados afetivos.

A subescala de Depressão inclui os conceitos de: Disforia, Desânimo, Desvalorização Autodepreciação, Falta de interesse ou de envolvimento da vida, Anedonia e Inércia. A subescala de Ansiedade inclui os conceitos de: Excitação do sistema autónomo, Efeitos músculo esqueléticos, Ansiedade situacional e Experiências subjetivas de ansiedade. E a de stress: Stress – Dificuldade em relaxar, Excitação nervosa, Facilmente agitado/chateado, Irritável/reacção exagerada, Impaciência.

Na validação do EADS-21 foi utilizada uma amostra de conveniência de 200 participantes. A consistência interna foi avaliada através do alfa de *Cronbach*, com 0,85 para a escala de depressão, 0,74 para a de ansiedade e 0,81 para a de stress. Também avaliou a correlação item escala a que pertence corrigida para sobreposição, sendo semelhante à da versão mais longa de 14 itens cada. A validade convergente-divergente dos itens foi avaliada através da comparação da correlação do item com a escala a que pertence (convergente), com a correlação com as restantes escalas (divergente).

Ribeiro, Honrado e Leal (2004) referem uma correlação elevada entre a EADS-21 e a escala de 42 itens, e uma correlação entre cada subescala e as restantes, idêntica nas duas versões.

A Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) por ser um instrumento de pequenas dimensões, simples de aplicar, assume-se como uma escolha válida para a contribuição para a validação da versão portuguesa do W-DEQ.

A fidelidade do EADS 21 neste estudo foi avaliada através da consistência interna, com recurso ao alfa de *Cronbach*, tendo sido obtidos os seguintes valores, 0,80 para a escala de ansiedade, 0,90 para a escala de depressão e 0,89 para a escala de stress, revelando uma boa consistência interna (Ribeiro, 2010).

2.7. Procedimento de recolha de dados

O estudo foi realizado em meio natural, nas diferentes unidades de cuidados de saúde primários onde as grávidas recebem cuidados de enfermagem no período pré-natal. Foram selecionadas as unidades de saúde da cidade do Porto.

Foi solicitada a colaboração dos enfermeiros do serviço para a entrega e recolha do questionário, e para esclarecimento de potenciais dúvidas. Para evitar a parcialidade ou outros erros por parte dos colaboradores estes foram informados acerca dos objetivos do estudo e dos esclarecimentos que podiam dar aos participantes.

O questionário, composto por três partes, dados sociodemográficos e obstétricos, questionário sobre medo percebido do parto (W-DEQ, traduzido e adaptado) e a escala de ansiedade, depressão e stress (EADS -21), foi entregue à grávida aquando do contato desta com o enfermeiro na unidade de saúde, entre as 28 e as 40 semanas de gestação.

A recolha de dados decorreu entre junho e setembro de 2013.

2.8. Considerações éticas

Para a realização deste estudo foi efetuado um pedido de autorização aos autores originais do W-DEQ para tradução, adaptação cultural e validação do questionário (Anexo III). Também foi obtida permissão para a utilização da EADS 21, ao autor (Anexo IV).

Para a aplicação dos questionários, foi efetuado antecipadamente um pedido de autorização para a realização do estudo aos Diretores Executivos das unidades de saúde, explicitando em que consistia o projeto de investigação e indicando quem eram os participantes e quais os recursos necessários, tal como preconiza Fortin (2009b). Foi obtido um parecer positivo por parte das unidades de saúde (Anexo V).

O projeto também foi avaliado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, uma vez que a investigação foi realizada com seres humanos carecendo de uma avaliação do ponto de vista ético, só tendo sido iniciada a investigação aquando da aprovação por parte da mesma (Anexo VI).

Todas as participantes do estudo preencheram um documento de consentimento informado onde constavam os riscos e os benefícios do estudo, assim como o facto de a participação ser voluntária e poder ser interrompida a qualquer momento se a participante

assim o desejasse sem quaisquer implicações para o seu atendimento na instituição. O consentimento informado foi elaborado de acordo com as recomendações da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (Anexo VII).

Os questionários eram confidenciais, tendo sido atribuído um código a cada um deles. Não foi garantido o anonimato, uma vez que podia ser fornecida ajuda para o preenchimento do questionário caso a participante necessitasse, e nos casos em que houve necessidade da identificação da participante para o reteste. No entanto, não é possível identificar o participante que respondeu a determinado questionário após recolha do mesmo, uma vez que estes foram recolhidos para uma caixa vedada. No caso do reteste foi atribuído o mesmo código na segunda aplicação, código cuja identidade apenas era conhecida pela enfermeira que entregou ambos os questionários.

2.9. Análise e tratamento dos dados

Os dados obtidos no estudo foram inseridos numa base de dados criada para o efeito, no *software* IBM® SPSS® statistics 20, e tratados e analisados com recurso ao mesmo.

No caso de campos com dados em falta foi preenchido o campo *missing* da *variable view* com um valor - 9, 99 ou 999 -, de forma a não coincidir com um valor válido que a variável pudesse assumir, tal como aconselhado por Martins (2011). Assim os valores em falta não foram considerados para os cálculos estatísticos.

Para a caracterização da amostra, recorreu-se à análise descritiva, através da utilização de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (como as médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e de variabilidade (como o desvio padrão e o coeficiente de variação). A caracterização da amostra foi realizada tendo em conta os dados sociodemográficos e obstétricos. Também foi realizada a descrição dos resultados obtidos no questionário do medo percebido do parto e na EADS-21.

Após a análise descritiva foi realizada a análise inferencial, utilizando a estatística paramétrica. Para saber o tipo de estatística a utilizar, foi efetuada a análise exploratória de dados, através da observação das curvas de normalidade para a variável principal “medo do parto”, analisada a simetria e a curtose, e efetuados os testes de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk*. O teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* revelou ter significância estatística ($p < 0.05$) indicando que a distribuição da variável não era normal, enquanto o teste de *Shapiro-Wilk* revelou não ter significância estatística

($p > 0,05$), indicando que a distribuição da variável era normal, segundo Martins (2011). Segundo a mesma autora, os resultados destes testes podem ser contrários, assumindo a autora, nestes casos, a normalidade da distribuição. À sua semelhança decidimos também considerar a normalidade da distribuição, tendo em conta que os testes paramétricos são considerados mais robustos, permitindo descobrir diferenças e relações melhor do que os testes não paramétricos (Fortin, 2009b). Polit e Beck (2011), também consideram os testes paramétricos uma melhor opção por serem mais eficientes e apresentarem uma maior flexibilidade, referindo que são preferíveis em estudos com variáveis intervalares e com amostras que não sejam reduzidas, o que se verifica neste estudo.

Para a validação do QMPP foram estudadas as propriedades psicométricas da versão traduzida e adaptada para a população portuguesa. Para isso foram avaliadas a fidelidade e a validade do instrumento, pois estas são essenciais para determinar a sua qualidade (Fortin, 2009b).

A fidelidade “(...) designa a precisão e a constância dos resultados (...)” que o instrumento fornece, ou seja, se o instrumento em situações idênticas fornece resultados idênticos (Fortin 2009b, p.226). Diferentes tipos de fidelidade podem ser avaliados: a estabilidade, a consistência interna e a equivalência (Fortin, 2009a; Fortin, 2009b).

Para avaliar a fidelidade a partir da análise da consistência interna, foi utilizado o alfa de *Cronbach*, no qual, quanto mais alto o valor do coeficiente de confiabilidade, mais exato é o questionário do medo percebido do parto. Segundo Fortin (2009b) esta é a técnica mais utilizada quando existem várias escolhas como na escala de *Likert*. Para uma boa consistência interna, Ribeiro (2010) refere que se deve obter um valor de alfa superior a 0,80 podendo, no entanto, ser aceitáveis valores de alfa superiores a 0,60. Pestana e Gageiro (2008) classificam a consistência interna em muito boa (se alfa de *Cronbach* superior a 0,90), boa (se alfa *Cronbach* entre 0,80 e 0,90), razoável (se alfa *Cronbach* entre 0,70 e 0,80), fraca (se alfa *Cronbach* entre 0,60 e 0,70) e inadmissível (se alfa *Cronbach* menor que 0,60).

Também para avaliar a fidelidade do instrumento em estudo, foi utilizada a técnica de duas metades, ou técnica da fidelidade metade-metade, que consiste na divisão do instrumento em duas partes, geralmente em itens ímpares e itens pares, sendo posteriormente comparadas (Fortin, 2009; Ribeiro 2010). Um coeficiente de correlação é calculado entre as duas partes/metades, e se este for elevado existe uma boa

consistência interna do instrumento. A fórmula utilizada para o cálculo deste coeficiente foi a fórmula *Spearman-Brown prophecy*, como sugerido por Fortin (2009a).

O processo de avaliação da fidelidade selecionado e anteriormente descrito vai de acordo ao utilizado pelas autoras originais do instrumento. No entanto, apesar das autoras originais não avaliarem a fidelidade segundo a estabilidade, utilizando o teste-reteste, por referirem que as expectativas durante a gravidez são um processo psicológico contínuo, sendo de esperar que estas se modifiquem com o avançar da gravidez, optámos por avaliar a sua estabilidade utilizando a técnica de teste-reteste (analisada através da correlação de *Pearson*) utilizando um intervalo de tempo que consideramos apropriado, de forma a reduzir a probabilidade de haver uma mudança nas expectativas e no medo do parto.

Na técnica de teste-reteste é administrada a mesma medida, neste caso o QMPP, a uma amostra em duas ocasiões distintas, e comparados os resultados (*scores*) (Polit, Beck & Hungler, 2006; Fortin, 2009b). Polit, Beck e Hungler (2006) aconselham um intervalo de três semanas. Por seu turno Ribeiro (2010) refere que não convém um intervalo de tempo demasiado pequeno que permita a memorização das respostas, nem demasiado grande que permita alterações no que se estuda, referindo assim que os valores desejáveis da correlação devem ser considerados para cada caso. Quanto mais alto for o coeficiente de confiabilidade, mais estável e confiável é o instrumento utilizado. Optámos por um intervalo de tempo de duas semanas (15 dias), nas grávidas entre as 28 e as 35 semanas de gestação, por corresponderem ao início do 3.º trimestre da gravidez, em que haverá uma menor probabilidade de mudança.

A validade representa o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir (Fortin, 2009b). Como refere Ribeiro (2010, p.94) a validade “*É a garantia que o teste dá que mede o que se propõe medir*”.

Para avaliar de que forma os atributos presentes no instrumento são representativos do que se pretende medir, ou seja a validade de conteúdo, foi realizada uma análise por um painel de peritos na área. Fortin (2009a) refere que o grupo de peritos pode ter de três a cinco peritos para se obterem resultados satisfatórios. O grupo de peritos foi constituído por cinco peritos que coincide com o número de peritos sugerido por Fortin (2009a) para a obtenção de resultados satisfatórios. A validade de conteúdo pode ser realizada pelo mesmo grupo de peritos que realiza a adaptação cultural do instrumento, num mesmo momento, o que sucedeu no contexto do presente estudo, uma vez que para a construção ou adaptação de medidas com base no conteúdo dos itens, Ribeiro refere que

“A relação dos itens com o construto deve basear-se na concordância de juízes especialistas no construto, que devem concordar que os itens o avaliam” (2010, p.103).

A validade de constructo (também denominada validade conceptual), reflete a validade da estrutura teórica subjacente ao instrumento, foca-se no conceito abstrato que é estudado e na sua relação com outros conceitos (Fortin, 2009b). Esta pode ser avaliada através da técnica dos grupos de contraste, ou grupos conhecidos. Assim, o QMPP é administrado a grupos que se antecipem ser diferentes quanto ao medo do parto, e os scores dos grupos são posteriormente comparados. Deste modo foram comparados os scores das nulíparas com os das múltiparas, e de mães com partos distócicos anteriores com aquelas que tiveram partos eutócicos, de forma a averiguar a sensibilidade do instrumento, utilizando o teste *t-student*.

A análise fatorial é outro processo para avaliação da validade de constructo, através da identificação de grupos de itens relacionados no QMPP. Esta análise foi realizada através da análise de componentes principais com rotação ortogonal pelo método *Varimax*, tal como foi efetuado por outros autores que analisaram as propriedades da escala (Johnson & Slade, 2002; Wiklund, Edman & Adolf, 2008). Para a confirmação dos resultados obtidos na análise fatorial em componentes principais, utilizamos a validade convergente-discriminante dos itens, que consiste em avaliar se os itens medem o mesmo constructo da subescala a que pertencem. Assim, *“Uma boa validade convergente-discriminante do item mostrará que a correlação do item com a escala a que pertence é substancialmente mais elevada do que a correlação do item com as escalas a que não pertence”* (Ribeiro 2010, p.98).

A validade convergente-divergente também pode ser utilizada como processo para a avaliação da validade de constructo. A validade convergente reporta-se *“à extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem o mesmo construto é maior do que a correlação com os instrumentos que medem construtos diferentes”* (Ribeiro 2010, p.96). Como não existem outros instrumentos validados para a população portuguesa que avaliem o medo do parto, e tendo em conta que os autores originais também não dispunham de outro instrumento que avaliasse o medo do parto para a sua população, foi utilizado um instrumento que avalia a ansiedade, uma vez que segundo as autoras (Wijma, Wijma & Zar, 1998) o W-DEQ mede dentro do domínio da ansiedade, havendo uma variância comum entre ambos.

Neste estudo, como já referimos no ponto anterior, não foi utilizado o STAY para a validação do QMPP à semelhança das autoras originais, mas sim o EADS-21 por ser um

instrumento de pequenas dimensões, simples de aplicar, utilizado para a tradução e validação do W-DEQ realizada na Turquia. Para estudar a correlação do QMPP com o EADS-21, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, entre os *scores* do QMPP, e os *scores* de cada uma das subescalas (ansiedade, depressão e stress). Pestana e Gageiro (2008) sugerem a classificação das associações segundo os valores de *r* da seguinte forma: associação linear muito baixa (*r* menor do que 0,20), baixa (*r* entre 0,20 e 0,39), moderada (*r* entre 0,40 e 0,69), alta (*r* entre 0,70 e 0,89), e muito alta (*r* entre 0,90 e 1,00).

Neste estudo foi considerado como referência para todos os testes estatísticos um nível de significância de $p < 0,05$, geralmente utilizado nas ciências sociais e da saúde, e considerado o valor convencional (Martins, 2011).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a recolha dos dados estes necessitaram ser tratados, para posteriormente serem analisados.

Os resultados obtidos foram organizados sob a forma de tabelas e gráficos, para permitir uma melhor organização e compreensão.

Optamos por apresentar apenas os resultados que se mostraram significativos em termos estatísticos.

3.1. Propriedades Psicométricas do Questionário do Medo Percebido do Parto (QMPP), versão portuguesa do W-DEQ

Neste ponto serão apresentadas as propriedades psicométricas do QMPP, versão portuguesa do WDEQ, sendo averiguada a fidelidade e a validade do mesmo para a população estudada.

3.1.1. Análise da Validade do QMPP

Para averiguar a validade do instrumento, foi avaliada a validade de conteúdo e a validade de constructo.

Validade de conteúdo

A validade de conteúdo foi avaliada após a adaptação cultural do instrumento, através de um grupo de discussão, com o mesmo painel de peritos que realizou a adaptação cultural.

Na análise da validade de conteúdo do instrumento, o grupo de peritos concluiu que o instrumento mede o “medo do parto percebido pela grávida”, através dos sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspetiva do parto, tal como se propõe. Todavia, o instrumento não avalia as manifestações do medo, que apesar de

serem importantes, podem ser avaliadas como complemento do questionário, caso se considere necessário.

Validade de constructo

A validade de constructo foi avaliada com recurso à análise fatorial, à correlação do QMPP com a EADS 21 e à técnica dos grupos de contraste.

Na análise da validade de constructo, e apesar de os autores originais não o terem realizado, procedemos à análise fatorial, à semelhança de Johnson e Slade (2002) e Wiklund, Edman e Adolf (2008).

Para se poder proceder à análise fatorial foi averiguada a correlação entre as variáveis, tendo-se obtido no teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) um valor de 0,84, e um teste de esfericidade de *Bartlett* com um valor de $\chi^2(528) = 3143,05$ estatisticamente significativo ($p < 0,001$), o que indica que as variáveis são correlacionáveis, legitimando a análise dos componentes principais (Pestana & Gageiro, 2008; Pereira, 2011).

A análise de componentes principais exploratória com o método de rotação ortogonal *Varimax* revelou oito fatores com *eigenvalues* superiores a 1 (critério de Kaiser), com uma variância explicada total de 66,78%. Tendo em vista a clareza conceptual dos componentes resultantes, com base na análise conceptual e após observação da *scree plot* foram extraídos quatro fatores, que explicam 51,53% da variância. Estes resultados foram sobreponíveis aos de Johnson e Slade (2002) e Wiklund, Edman e Adolf (2008).

Não se consideraram itens com correlações com um fator inferiores a 0,30, por serem responsáveis por menos que 9% da variância, de acordo com Bryman e Cramer (2003). As comunalidades (h^2), % de variância, e o alfa de *Cronbach* de cada fator pode ser observado na tabela 3. Apenas dois itens apresentaram comunalidades inferiores a 0,30.

Itens da escala	Componentes				h^2
	1	2	3	4	
(15) Como se vai sentir no TP - Extremamente/ Nada Abandonada	,78				,64
(21) O que vai sentir durante o TP Extremo/ Nenhum Desejo de ter a criança	,78				,68
(18) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Feliz	,76	,34			,74
(11) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Desolada	,73				,61
(13) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Contente	,72	,40			,72
(20) O que vai sentir durante o TP-Extrema/Nenhuma Falta de esperança	,71				,55
(14) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Orgulhosa	,67	,45			,68
(7) Como se vai sentir no TP- Extremamente/ Nada Isolada	,63				,48
(3) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Só	,59				,42

(23) O que vai sentir durante o TP -Muita/ Nenhuma Confiança nos outros	,47	,39	,38	
(4) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Forte	,71		,57	
(5) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Confiante	,69		,60	
(9) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Segura	,67		,55	
(17) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Relaxada	,66	,39	,65	
(16) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Calma e serena	,64	,37	,57	
(22) O que vai sentir durante o TP -Extrema/ Nenhuma Autoconfiança	,38	,64	,62	
(28) Como vai sentir o momento do parto -Extremamente/ Nada Agradável	,61		,42	
(10) Como se vai sentir no parto- Independente/ Dependente	,58		,42	
(30) Como vai sentir o momento do parto -Exatamente/ Nada Como deveria ser	,54		,41	
(29) Como vai sentir o momento do parto- Extremamente/ Nada Natural	,53	,35	,48	
(1) Como irá ser o TP -Extremamente/ Nada Fantástico	,51		,34	
(26) O que vai acontecer quando TP for mais intenso – Permitirei/ Não permitirei que o meu Corpo assuma o controlo	,42		,21	
(31) Como vai sentir o momento do parto -Extremamente Perigoso	,33	,32	,29	
(19) O que vai sentir durante o TP -Extremo/ Nenhum Pânico	,77		,63	
(6) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Amedrontada	,69		,58	
(12) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Tensa	,64		,42	
(24) O que vai sentir durante o TP -Extrema/ Nenhuma Dor	,61		,42	
(2) Como irá ser o TP-Extremamente/ Nada Assustador	,55		,35	
(25) O que vai acontecer quando TP for mais intenso -Comportar-me-ei extremamente/nada mal	,48		,35	
(27) O que vai acontecer quando TP for mais intenso –Perderei totalmente/ Nada perderei de todo o controlo de mim mesma		,48	,40	
(8) Como se vai sentir no parto -Extremamente/ Nada Fraca	,34	,46	,33	
(32) Imaginou que o bebé vai morrer- Nunca/ Muito frequentemente		,87	,78	
(33) Imaginou que o bebé vai ficar ferido- Nunca/Muito frequentemente		,84	,74	
% de variância (total: 51.53%)	17,16	16,61	11,77	5,98
Alfa de Cronbach	,90	,88	,79	,84

Método de extração: Análise de componentes principais
Método de rotação: *Varimax* com normalização de *Kaiser*
Rotação convergiu em 9 iterações.

Tabela 1 - Análise de componentes principais, com rotação ortogonal pelo método *Varimax*, forçada a quatro fatores, percentagem de variância de cada fator e alfa de *Cronbach*

De modo a comprovar a estrutura da escala em quatro fatores, realizámos o estudo da validade convergente-discriminante dos itens, que consiste em avaliar a correlação do item com a escala/subescala a que pertence (de acordo com a análise em componentes principais) e com a escala/subescala a que não pertence. Uma correlação substancialmente mais elevada com a escala de origem indica uma boa validade

convergente-discriminante, indicando que “(...) o item mede o mesmo construto da escala a que pertence e não outro” (Ribeiro 2010, p.98).

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
(3) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Só	,50	,19	,21	,16
(7) Como se vai sentir no TP- Extremamente/ Nada Isolada	,55	,26	,26	,24
(11) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Desolada	,65	,32	,32	,15
(13) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Contente	,77	,43	,14	,18
(14) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Orgulhosa	,72	,47	,10	,17
(15) Como se vai sentir no TP - Extremamente/ Nada Abandonada	,68	,22	,19	,24
(18) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Feliz	,77	,37	,06	,15
(20) O que vai sentir durante o TP-Extrema/Nenhuma Falta de esperança	,61	,29	,27	,07
(21) O que vai sentir durante o TP Extremo/ Nenhum Desejo de ter a criança	,73	,26	,04	,14
(23) O que vai sentir durante o TP -Muita/ Nenhuma Confiança nos outros	,49	,43	,19	,14
(1) Como irá ser o TP -Extremamente/ Nada Fantástico	,33	,48	,27	,18
(4) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Forte	,39	,63	,28	,04
(5) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Confiante	,32	,64	,33	-,03
(9) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Segura	,33	,66	,44	,11
(10) Como se vai sentir no parto- Independente/ Dependente	,03	,49	,30	,06
(16) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Calma e serena	,14	,62	,46	,12
(17) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Relaxada	-,003	,61	,44	,05
(22) O que vai sentir durante o TP -Extrema/ Nenhuma Autoconfiança	,53	,69	,43	,13
(26) O que vai acontecer quando TP for mais intenso – Permitirei/ Não permitirei que o meu Corpo assuma o controlo	,28	,34	,08	,06
(28) Como vai sentir o momento do parto -Extremamente/ Nada Agradável	,28	,57	,32	,09
(29) Como vai sentir o momento do parto- Extremamente/ Nada Natural	,39	,54	,34	,22
(30) Como vai sentir o momento do parto -Exatamente/ Nada Como deveria ser	,39	,53	,32	,12
(31) Como vai sentir o momento do parto -Extremamente Perigoso	,35	,39	<u>,42</u>	,16
(2) Como irá ser o TP-Extremamente/ Nada Assustador	,08	,35	,42	,10
(6) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Amedrontada	,20	,48	,64	,09
(8) Como se vai sentir no parto -Extremamente/ Nada Fraca	,31	,26	,37	,06
(12) Como se vai sentir no TP -Extremamente/ Nada Tensa	,08	,31	,46	,05
(19) O que vai sentir durante o TP -Extremo/ Nenhum Pânico	,15	,37	,66	,02
(24) O que vai sentir durante o TP -Extrema/ Nenhuma Dor	-,14	,19	,47	-,02
(25) O que vai acontecer quando TP for mais intenso -Comportar-me-ei extremamente/nada mal	,22	,33	,44	,18
(27) O que vai acontecer quando TP for mais intenso –Perderei totalmente/ Nada perderei de todo o controlo de mim mesma	,30	,44	,51	,17
(32) Imaginou que o bebé vai morrer- Nunca/ Muito frequentemente	,23	,09	,07	,73

(33) Imaginou que o bebé vai ficar ferido- Nunca/Muito frequentemente	,19	,20	,16	,73
---	-----	-----	-----	-----

Tabela 2 – Validade convergente-discriminante dos itens da escala, com correção dos itens por sobreposição

Como podemos observar na tabela, todos os itens têm correlações com o fator a que pertencem superior a 0,30. Se tivermos por base o critério de que a correlação do item com o fator a que pertence deve ser, no mínimo, superior a 0,10 do peso da correlação com outros fatores, observamos que todos os itens são discriminativos à exceção dos itens 2, 8, 23, 26, 27 e 31.

Analisando os domínios obtidos e os itens neles incluídos optamos por mudar o item 23 do fator 1 para o fator 2 uma vez que, este item, não sendo discriminativo, pondera em ambos os fatores, e tendo em conta a relação conceptual encontrada entre os itens de cada fator, para nós fez mais sentido que este item se incluísse no fator 2. No mesmo sentido, alteramos o item 31 do fator 2 para o fator 3.

Como os fatores obtidos, apesar de em número serem idênticos aos obtidos em outros estudos realizados (Johnson & Slade, 2002; Wiklund, Edman & Adolf, 2008), diferiam na composição dos mesmos, optámos por não utilizar a mesma nomenclatura. Também optámos por designar os fatores como domínios do constructo a medir, medo do parto. Assim ao domínio 1 passamos a denominar “**sentimentos de desalento**”, ao domínio 2 “**sentimentos de vulnerabilidade**”, ao domínio 3 “**sentimentos de falta de controlo**” e ao domínio 4 “**preocupações com o filho**”.

Na análise da correlação do QMPP com a EADS-21, verificamos uma correlação positiva significativa baixa entre o medo do parto e a ansiedade, e entre o medo e o stress, e uma correlação positiva significativa moderada entre o medo do parto e a depressão. Assim maior medo do parto está associado a maior nível de ansiedade, maior nível de depressão e maior nível de stress.

		EADS Ansiedade	EADS Depressão	EADS Stress
QMPP	<i>r</i>	0,33**	0,40**	0,35**

** $p < 0,001$

Tabela 3 – Correlação entre o score total do QMPP e as subescalas da EADS 21: resultados do coeficiente de correlação *r* de Pearson

Tendo em conta os quatro domínios encontrados, os resultados obtidos são idênticos, com uma correlação positiva significativa baixa entre os quatro domínios do medo do parto e a ansiedade (sendo muito baixa entre os “sentimentos de vulnerabilidade” e a ansiedade), e os quatro domínios do medo do parto e o stress. Na correlação dos quatro domínios do medo do parto com a depressão verificamos que apenas o domínio “sentimentos de desalento” apresenta uma correlação positiva significativa moderada, enquanto os restantes domínios apresentam uma correlação positiva significativa baixa, como pode ser observado na tabela 4.

		Sentimentos de desalento	Sentimentos de vulnerabilidade	Sentimentos de falta de controlo	Preocupações com o filho
EADS Ansiedade	<i>r</i>	0,29**	0,19*	0,26**	0,28**
EADS Depressão	<i>r</i>	0,40**	0,22**	0,27**	0,35**
EADS Stress	<i>r</i>	0,24**	0,27**	0,26**	0,30**

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Tabela 4 – Correlação entre os *scores* dos quatro domínios do QMPP e as subescalas da EADS 21: resultados do coeficiente de correlação *r* de *Pearson*

Para avaliar a validade de constructo através da técnica dos grupos de contraste, comparamos o medo do parto, utilizando o score total do QMPP, nas participantes com diferentes tipos de partos anteriores, utilizando o teste *ANOVA* unifatorial, no entanto não foram identificadas diferenças significativas entre os diferentes grupos ($p = 0,688$). Transformando a variável “tipo de parto” numa variável nominal dicotómica (parto eutócico/parto distócico), utilizando o teste *t-student* para comparação das médias dos *scores* totais do QMPP entre as participantes com parto anterior eutócico ($M = 65,94$) e as participantes com parto distócico anterior ($M = 68,87$), também não se verificaram diferenças significativas ($p = 0,664$).

Para avaliar se existe diferença no medo do parto (utilizando o *score* total do QMPP) entre nulíparas e múltiparas agrupamos as participantes nos grupos nulíparas (n° de partos = 0) e múltiparas (n° de partos > 0) e utilizamos o teste *t-student* para amostras independentes. Os resultados obtidos não revelaram diferenças significativas ($p = 0,995$), com uma média de medo do parto de 66,74 para as nulíparas e de 66,76 para as múltiparas.

No que concerne ao n° de gestações procuramos averiguar a existência de diferença no “medo do parto” (utilizando o *score* total do QMPP) entre primigestas (n° de gravidezes=

1) e multigestas (n° de gravidezes > 1) utilizando o teste *t-student* para amostras independentes, no entanto os resultados não revelaram diferenças com significância estatística ($p = 0,407$), com uma média de 65,72 para primigestas e de 68,41 nas multigestas.

Analisando as diferenças ao nível do medo do parto tendo em conta os quatro domínios encontrados, continuamos sem encontrar diferenças estatisticamente significativas entre participantes com diferentes tipos de parto (no que concerne ao parto anterior), e entre participantes nulíparas e múltiparas. Existem, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre as participantes primigestas e as multigestas ao nível da dimensão “preocupações com o filho” ($t(178) = -2,12, p = 0,036$), sendo as “preocupações com o filho” mais evidentes nas multigestas ($M = 2,35, DP = 2,60$) do que nas primigestas ($M = 1,59, DP = 2,18$).

3.1.2. Estudo da fidelidade do QMPP

Para a avaliação da fidelidade do QMPP analisámos o alfa de *Cronbach* e o coeficiente de correlação entre as duas metades dos itens do questionário (números ímpares e números pares). Para a avaliação da estabilidade analisámos a relação entre os conjuntos de *scores* – teste-reteste –, sendo que a segunda aplicação do instrumento (reteste) efetuou-se duas semanas após a primeira aplicação, a um total de 18 participantes das 180 iniciais.

O *alpha de cronbach* global do QMPP é de 0,91, próximo do obtido na versão original (0,93), revelando uma consistência interna muito boa segundo Pestana e Gageiro (2008). A correlação entre a primeira aplicação e a segunda (reteste) do QMPP revelou-nos uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r = 0,88, p < 0,001$), considerada alta por Pestana e Gageiro (2008), evidenciando uma boa estabilidade temporal tendo em conta o espaço de tempo que mediou as duas avaliações e as alterações rápidas a que as grávidas estão sujeitas. No entanto temos que ter em conta que o número de itens é elevado (33), podendo influenciar positivamente este valor.

Analisando o alfa de *Cronbach* dos domínios obtidos, e tendo em conta as alterações do item 23 do primeiro para o segundo domínio, e do item 31 do segundo para o terceiro domínio, podemos observar que estas alterações elevaram o alfa de *Cronbach* do domínio 3 “sentimentos de falta de controlo” e baixaram o alfa de *Cronbach* do domínio 2 “sentimentos de vulnerabilidade”, apresentando todos os domínios uma boa consistência

interna. Tendo em conta os itens que não se revelaram discriminativos, analisando o alfa de *Cronbach* de cada um dos domínios, observamos que nenhum dos itens sendo eliminado elevaria o valor de alfa.

	Sentimentos de desalento	Sentimentos de vulnerabilidade	Sentimentos de falta de controlo	Preocupações com o filho
Alfa de <i>Cronbach</i>	0,90	0,80	0,88	0,84

Tabela 5 – Valores do alfa de *Cronbach* nos quatro domínios do QMPP

No sentido de analisar a consistência interna através da técnica metade-metade, dividimos os itens do QMPP em pares e ímpares, tendo obtido um alfa de *Cronbach* de 0,85 para a parte 1 e 0,80 para a parte 2, revelando uma boa consistência interna (Ribeiro, 2010; Pestana & Gageiro, 2008). A correlação entre as duas metades é alta ($r = 0,87$). O valor do coeficiente de *Spearman-Brown* também é elevado (0,93), revelando uma correlação positiva boa (tabela 6).

Alfa de <i>Cronbach</i>		Correlação entre as duas partes do QMPP	Coeficiente de <i>Spearman-Brown</i>	Coeficiente de <i>Guttman Split-Half</i>
Parte 1 Nº itens: 17 ^a	Parte 2 Nº itens: 16 ^b			
0,85	0,80	0,87	0,93	0,93

a. itens ímpares
b. itens pares

Tabela 6 – Resultados obtidos na técnica metade-metade

Na tabela 7 apresentamos os valores do alfa de *Cronbach* e do coeficiente de bipartição (*Split-half reliability*) obtidos neste estudo comparativamente com alguns estudos que também analisaram as propriedades psicométricas do W-DEQ, mais concretamente a sua fidelidade.

	Presente estudo QMPP	Wijma, Wijma & Zar (1998)	Johnson & Slade (2002)	Körükcü, , Kululu & Firat (2012)
Alfa de <i>Cronbach</i>	0,91	0,93	0,91	0,89
Coeficiente de bipartição	0,93	1,00	-	-
N	180	196	424	660

Tabela 7 – Análise da fidelidade (alfa de *Cronbach* e coeficiente de bipartição) comparativamente com outros estudos

3.2. Análise descritiva do medo do parto na amostra estudada

De forma a ir de encontro aos objetivos do estudo, determinamos o nível de medo do parto na amostra, através do score total do QMPP. Para tal recorremos às medidas de tendência central e de dispersão, apresentadas na tabela 8.

	N	Minímo	Máximo	Média	Desvio padrão	Variância
QMPP	180	3	122	66,75	21,05	443,22

Tabela 8 - Medidas de tendência central e de dispersão do QMPP

Como podemos observar na tabela, o medo do parto das participantes no estudo varia entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 122, apresentando uma média de 66,75 ($DP= 21,05$).

No estudo original, Wijma e colaboradores (1998) referem que o medo do parto avaliado através do somatório dos scores do W-DEQ varia entre 0 a 165, sendo que quanto maior o score, maior é o medo do parto. Tendo em conta a classificação de Zar, Wijma e Wijma (2001), e também a classificação de Niemen, Stephansson e Ryding (2009) (baseados em Waldenstrom, Hildingsson e Ryding, 2006), de forma a discriminar melhor os níveis de medo do parto elevado, podemos observar que a média da amostra (66,75) se encontra classificada como medo elevado.

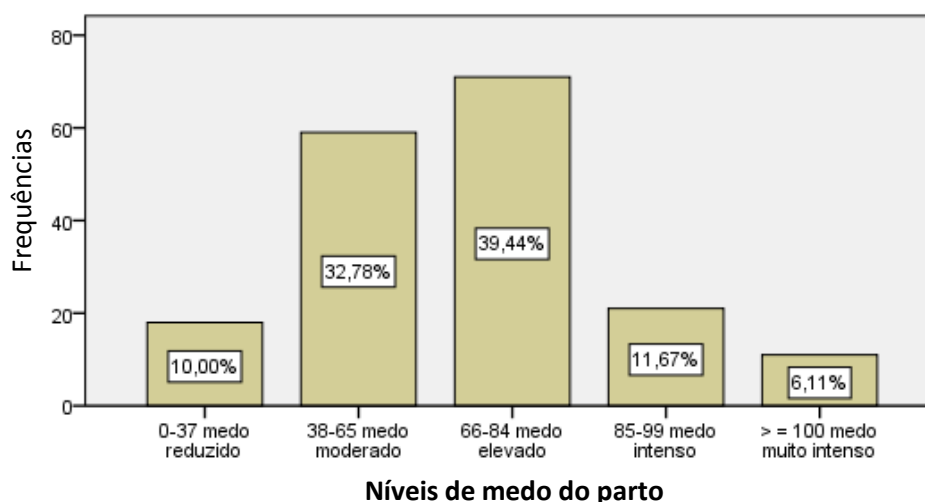


Gráfico 9 – Níveis do medo do parto observados na amostra

Observando o gráfico 9 podemos verificar que apenas 42,78% apresenta medo do parto reduzido a moderado (10% medo reduzido e 32,78% medo moderado), enquanto 57,22%

apresenta medo do parto elevado a muito intenso (39,44% medo elevado, 11,67% medo intenso e 6,11% medo muito intenso).

Observando os domínios do medo do parto obtidos através da análise de componentes principais, verificamos que: o primeiro domínio, denominado “sentimentos de desalento” é composto por nove itens, apresentando assim valores mínimos e máximos de *scores* possíveis de respetivamente 0 e 45; o segundo domínio, “sentimentos de vulnerabilidade” é composto por 13 itens, podendo adotar *scores* entre 0 e 65; o terceiro domínio “sentimentos de falta de controlo” é composto por nove itens, podendo adotar *scores* entre 0 e 45, à semelhança do primeiro domínio; e o quarto e último domínio é composto por apenas dois itens, podendo adotar *scores* entre 0 e 10.

Tendo em conta, não o *score* total do QMPP, mas sim os quatro domínios obtidos, e os valores mínimos e máximos que estes podem adotar, analisámos as medidas de tendência central e de dispersão de cada uma dos domínios, como pode ser observado na tabela abaixo.

	Mínimo	Máximo	Média	DP	Variância
Sentimentos de desalento	0	38	11,51	9,42	88,77
Sentimentos de vulnerabilidade	1	58	32,21	9,78	95,57
Sentimentos de falta de controlo	2	38	19,72	6,74	45,48
Preocupações com o filho	0	10	1,88	2,37	5,63

N =180

Tabela 9 - Medidas de tendência central e de dispersão dos quatro domínios do QMPP

Tendo em conta o número de itens de cada domínio, podemos verificar que os domínios “sentimentos de vulnerabilidade” e “sentimentos de falta de controlo” são os que apresentam média dos *scores* mais elevada.

3.3. Influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no medo do parto

De modo a ir de encontro a um dos objetivos traçados neste estudo, estudamos a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no medo do parto. Nas tabelas seguintes podem ser observadas as análises efetuadas, e as relações encontradas entre as variáveis analisadas e o medo do parto.

Analisando a influência do estado civil no medo do parto, através do teste ANOVA, não verificamos diferenças estatisticamente significativas ($F(2) = 1,92, p = 0,150$). Recodificando em dois grupos: as participantes que vivem com o companheiro (casadas e em união de facto) e as que não coabitam com o pai da criança (solteiras), observamos que apesar de estas últimas apresentarem uma maior média ao nível do medo do parto, continuamos sem obter diferenças estatisticamente significativas ($t(178) = 1,72, p = 0,088$).

Quando analisamos a influência desta variável (recodificada) ao nível dos quatro domínios do QMPP, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes solteiras e as que vivem com o companheiro ao nível das “preocupações com o filho”, ($t(62,35) = -2,07, p = 0,043$), sendo que as solteiras evidenciam mais “preocupações com o filho”, ($M = 2,60, DP = 2,98$) do que as que vivem com o companheiro ($M = 1,62, DP = 2,07$).

Relativamente à escolaridade verificamos que quanto maior a escolaridade menor o medo do parto ($r = -0,19, p = 0,011$). Sendo as participantes com menor escolaridade que apresentam um maior medo do parto.

Analisando a correlação da escolaridade com os quatro domínios do medo do parto, verificamos que existe uma correlação negativa baixa, estatisticamente significativa, entre a escolaridade e os “sentimentos de desalento”, sendo mais evidentes os “sentimentos de desalento” quanto menor for a escolaridade.

		Sentimentos de desalento	Sentimentos de vulnerabilidade	Sentimentos de falta de controlo	Preocupações com o filho
Escolaridade	<i>R</i>	-0,30**	-0,07	-0,03	-0,10

** $p < 0,01$

Tabela 10 – Relação entre os quatro domínios do medo do parto e a variável sociodemográfica escolaridade: resultados do coeficiente de correlação *r* de *Pearson*

No que concerne à profissão, as participantes foram agrupadas em dois grupos, empregadas (ativas) e desempregadas, tendo-se verificado uma diferença estatisticamente significativa, sendo que as desempregadas apresentam um nível de medo do parto significativamente superior às participantes empregadas (ativas) ($t(178) = 2,00, p = 0,048$).

		N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p
Profissão	Desempregada	25	74,48	23,38	2,00	178	0,048
	Empregada	155	65,50	20,46			

Tabela 11 – Relação entre o medo do parto e a variável sociodemográfica profissão: resultados do teste *t-student*

Analisando as diferenças entre o grupo de empregadas (ativas) e o grupo de desempregadas, tendo em conta os quatro domínios do medo do parto, verificamos que, existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes empregadas e as participantes desempregadas ao nível das “preocupações com o filho”, $t(27,79) = 2,08$, $p = 0,047$, sendo estas maiores nas participantes desempregadas do que nas participantes empregadas.

		N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p
Profissão	Desempregada	25	2,20	2,68	2,08	27,79	0,047
	Empregada	155	1,83	2,33			

Tabela 12 – Relação entre o domínio “preocupações com o filho” e a variável sociodemográfica profissão: resultados do teste *t-student*

Analisando as correlações entre o medo do parto (*score* total QMPP) e as variáveis sociodemográficas e obstétricas do tipo escalar, estas não se verificaram estatisticamente significativas, à exceção da escolaridade. Concluimos assim que não existe relação, estatisticamente significativa, entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e obstétricas: idade ($r = 0,001$, $p = 0,99$), semanas de gestação ($r = 0,05$, $p = 0,48$), número de gestações ($r = 0,04$, $p = 0,61$), número de partos anteriores ($r = -0,33$, $p = 0,66$), e número de aulas de preparação para o parto e parentalidade ($r = 0,05$, $p = 0,63$).

Transformando a variável escalar “nº de partos anteriores” em dois grupos, nulíparas e múltiparas, continuamos sem observar diferenças entre os dois grupos no que concerne ao medo do parto ($t(178) = -0,006$, $p = 0,995$).

No que concerne ao tipo de parto anterior não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no nível de medo do parto tendo em conta os diferentes tipos de partos. Transformando a variável “tipo de parto anterior” em dois grupos, eutócico e distócico (sendo agrupados neste último a cesariana, ventosa e fórceps) e realizando o teste *t-student* para averiguar as diferenças ao nível do medo do parto entre os dois grupos, apesar de o grupo de parto distócico apresentar uma média superior à do

grupo de parto eutócico, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($t(52) = -0,44, p = 0,664$).

Analisando a influência das variáveis referidas (variáveis sociodemográficas e obstétricas do tipo escalar: idade, idade gestacional, número de gravidezes, número de partos anteriores) tendo em conta os quatro domínios do medo do parto, verificámos que existe uma correlação positiva baixa, estatisticamente significativa, entre o número de gravidezes e as “preocupações com o filho”, aumentando a média nas “preocupações com o filho” com o aumentar do número de gravidezes ($r = 0,20, p = 0,008$). Com as restantes variáveis não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa, à semelhança do obtido com o *score* total do QMPP.

		Sentimentos de desalento	Sentimentos de vulnerabilidade	Sentimentos de falta de controlo	Preocupações com o filho
Nº gravidezes	<i>r</i>	0,10	0,01	-0,11	0,20**

** $p < 0,01$

Tabela 13 – Relação entre os quatro domínios do medo do parto e a variável Nº de gravidezes: resultados do coeficiente de correlação *r* de *Pearson*

No que concerne à frequência das aulas de preparação para o parto e para a parentalidade (ppp), apesar das participantes que não frequentaram as aulas de ppp apresentarem maior média ao nível do medo do parto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(178) = 1,83, p = 0,069$).

Podemos observar alguma diferença entre as médias do medo do parto de acordo com os diferentes tipos de suporte, mostrando ser mais elevadas nos tipos de suporte amiga e ninguém, embora não se verificassem estatisticamente significativas ($F(4) = 1,26, p = 0,289$).

Ao analisarmos as diferenças entre o tipo de suporte tendo em conta os quatro domínios do medo do parto, observamos diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de suporte relativamente às “preocupações com o filho” ($F(179) = 2,54, p = 0,042$).

	N	Média	DP	F	gl	p
	150	1,90	0,19	2,54	179	0,042
	15	1,60	0,52			
Tipo de Suporte	1	6,00	.			
	6	3,50	3,21			
	8	0,25	0,71			

Tabela 14 – Relação entre o domínio “preocupações com o filho” e a variável tipo de suporte: resultados do teste One-Way ANOVA

Como os teste post-hocs de *Bonferroni* e *Tukey* não identificaram onde se encontravam as diferenças estatisticamente significativas, realizamos teste t entre os tipos de suporte (dois a dois). Analisando os resultados verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre as participantes com o marido/companheiro como suporte e as participantes com outro tipo de suporte ao nível das “preocupações com o filho” ($t(17,67) = 5,21, p < 0,001$), com as participantes com o marido/companheiro como suporte a apresentar uma média mais elevada de “preocupações com o filho” do que as participantes com outro tipo de suporte. Também as participantes que referiram a própria mãe como suporte, e as participantes com outro tipo de suporte, apresentam uma diferença estatisticamente significativa ao nível das “preocupações com o filho” ($t(19,25) = 2,36, p = 0,029$), com as primeiras a apresentar uma média mais elevada de “preocupações com o filho” do que as segundas. Por fim, verificamos uma diferença estatisticamente significativa ao nível das “preocupações com o filho”, entre as participantes que referiram uma amiga como suporte e participantes com outro tipo de suporte, ($t(7) = 7,67, p < 0,001$), sendo a média ao nível das “preocupações com o filho” menor nas últimas.

Associando o tipo de suporte “amiga”, que apenas possui um caso, com “outro tipo de suporte”, deixamos de observar diferenças estatisticamente significativas ao nível das “preocupações com o filho” ($F(179) = 1,54, p = 0,205$).

Na procura de informação acerca do trabalho de parto não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t(178) = 0,13, p = 0,899$) entre as participantes que não procuraram informação e as que procuraram.

3.4. Análise descritiva da ansiedade, depressão e stress da amostra

A EADS 21 foi analisada tendo em conta as subescalas de ansiedade, depressão e stress. Cada subescala pode obter um *score* entre um mínimo de 0 e um máximo de 21, sendo que quanto maior o *score*, maior a tendência para estados afetivos mais negativos.

Cada subescala foi analisada, tendo sido calculadas as medidas de tendência central e de dispersão (tabela 15).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Variância
EADS_Ansiedade	0	20	4,56	3,94	15,54
EADS_Depressão	0	20	2,80	4,00	16,02
EADS_Stress	0	19	7,07	4,83	23,29

N = 180

Tabela 15 – Medidas de tendência central e de dispersão das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS 21)

Como podemos observar, tendo em conta o ponto médio entre o mínimo e máximo que cada subescala pode adotar (10,1), os valores médios obtidos em cada uma das subescalas não são elevados.

Comparando as médias das três subescalas verificámos que a amostra apresenta valores mais elevados de stress, seguindo-se a ansiedade, e por último a depressão.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto do relatório serão discutidos os resultados apresentados no ponto anterior, tendo em conta os objetivos delineados, tomando por referência a literatura existente, o que permitirá comparar resultados.

4.1. Tradução, adaptação linguística e cultural e validação do W-DEQ

Neste estudo, pretendemos analisar os resultados da tradução e adaptação cultural do W-DEQ, numa amostra de grávidas no terceiro trimestre de gestação, com idade igual ou superior a 18 anos, sem complicações obstétricas durante a gravidez, que aceitassem participar no estudo, e que soubessem ler em Português.

Para avaliar a validade da versão traduzida e adaptada tentámos reproduzir os procedimentos estatísticos dos autores originais, aliando outros procedimentos estatísticos para uma melhor validação da mesma. O W-DEQ, por nós designado por Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP) na versão traduzida e adaptada, revelou-se um instrumento de fácil compreensão e preenchimento pela própria participante, considerado não ofensivo, com uma média de 12 minutos de tempo necessário para o seu preenchimento.

No que se refere à validade, para avaliar a validade de conteúdo, ou seja, averiguar se os atributos presentes no instrumento são representativos do que se pretende medir, foi realizada uma análise por um grupo de peritos, grupo este que também realizou a adaptação cultural do instrumento.

O grupo de peritos concluiu que o instrumento mede o medo percebido pela grávida, através dos sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspectiva do parto, tal como se propõe.

Garnett-Nell (1998, p.1714) refere que o medo “(...) *tanto envolve sentimentos expressos subjectivamente como respostas observáveis de “ataque ou fuga”*”. O instrumento não avalia o medo manifestado (não se propondo a tal), podendo este ser avaliado como complemento do questionário em estudos que se considere necessário, através da

avaliação das respostas observáveis como: excitação cardiovascular (resposta simpática), olhos esbugalhados e pupilas dilatadas, e comportamento de ataque ou de fuga, referidas pela mesma autora.

O grupo de peritos considerou ainda, que a avaliação do medo do parto pelo W-DEQ não se realiza na presença da fonte de ameaça identificada (trabalho de parto), mas sim imaginando que esta se encontra presente.

Na análise de componentes principais, com rotação ortogonal pelo método *Varimax*, obtiveram-se inicialmente oito fatores, tendo, à semelhança de Johnson e Slade (2002) e Wiklund, Edman e Adolf (2008), sido forçada a quatro fatores, que explicam 51,53% da variância. Na análise dos resultados, na validade convergente-discriminante dos itens, observamos que todos os itens têm correlações com o fator a que pertencem superior a 0,30, sendo todos discriminativos à exceção dos itens 2, 8, 23, 26, 27 e 31. Analisando a ponderação dos itens não discriminativos, e tendo em conta a relação conceptual com cada fator, alteramos o item 23 do fator 1 para o fator 2, e o item 31 do fator 2 para o fator 3. Os autores originais não realizaram a análise fatorial.

Os quatro fatores obtidos, que consideramos ser domínios do medo do parto, não eram totalmente semelhantes na sua constituição, aos obtidos nos estudos de Johnson e Slade (2002) e Wiklund, Edman e Adolf (2008), à exceção do fator quatro, que compreendia os itens relativos ao filho. Assim, a denominação atribuída a cada um dos domínios, não foi a mesma que nos estudos referidos anteriormente.

Nomeámos os domínios da seguinte forma: domínio 1 “sentimentos de desalento”, domínio 2 – “sentimentos de vulnerabilidade”, domínio 3 – “sentimentos de falta de controlo”, e domínio 4 – “preocupações com o filho”.

O primeiro domínio na sua constituição apresenta itens que se referem a uma falta de sentimentos positivos, ou seja um desânimo, e também uma perda de entusiasmo e de esperança, que caracterizam o termo desalento, segundo a (Dicionário de Língua Portuguesa, 2012), tendo nós, por isso, selecionando a denominação “sentimentos de desalento” para este domínio.

O domínio 2, é composto por itens que refletem a falta de confiança, fraqueza e fragilidade, o que vai de acordo à definição de vulnerabilidade, optando nós, por isso, pela denominação de “sentimentos de vulnerabilidade” (Dicionário de Língua Portuguesa, 2012).

No domínio 3 verificamos que os itens que o constituíram se referiam a sentimentos negativos e a comportamentos de falta de controlo a eles associados. A grávida teme o momento do parto, e sente que não se conseguirá controlar nesse momento, por isso denominámos este domínio como “sentimentos de falta de controlo”.

Para o domínio 4 seleccionamos a denominação “preocupações com o filho”, por entendermos que os itens que compõem este domínio se referem à preocupação da grávida relativamente ao bem-estar do filho durante o trabalho de parto, consistindo numa inquietação/ apreensão, num desassossego, ou mesmo numa ideia fixa, o que vai de acordo à definição do termo preocupação (Dicionário de Língua Portuguesa, 2012).

Assim, na cultura portuguesa, verificamos que o constructo “medo do parto” é composto por quatro dimensões, constituídas por sentimentos de desalento, sentimentos de vulnerabilidade, sentimentos de falta de controlo, e preocupações com o filho, o que vão de acordo à literatura pesquisada, onde o medo do parto é composto por sentimentos negativos relativamente ao parto (Haines et al., 2011; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010), podendo englobar preocupações relativamente à perda de autonomia e controlo, e ao bem-estar da grávida e do recém-nascido (Lyberg & Severinsson, 2010a; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011).

As diferenças encontradas entre os domínios que obtivemos e os de outros estudos, como Jonhson e Slade (2002) e Wiklund, Edman e Adolf (2008), pode dever-se a diferenças culturais, ou mesmo diferenças no sistema de saúde de cada um dos países de origem dos estudos.

Na avaliação da validade de constructo através do método dos grupos conhecidos não foram encontradas diferenças significativas no *medo do parto* entre o grupo das nulíparas e o grupo das múltiparas (entre primigestas e multigestas, e entre grávidas com partos distócicos anteriores e partos eutócicos anteriores), ao contrário dos resultados obtidos por Korückü, Kululu e Firat (2012). No estudo destes autores, na versão turca, em um quarto dos itens o grupo de nulíparas obteve médias mais baixas, estatisticamente significativas, nos scores do W-DEQ.

Contudo, analisando as diferenças ao nível do medo do parto tendo em conta os quatro domínios encontrados, verificámos que as multigestas evidenciavam mais “preocupações com o filho” do que as participantes primigestas, ao contrário do que se esperava. Esta diferença encontrada será aprofundada no ponto seguinte – relação entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

O QMPP correlacionou-se positivamente com as Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS 21), apresentando uma correlação baixa com a escala de ansiedade e a escala de stress (r entre 0.20 e 0.39), e uma correlação moderada com a escala de depressão (r entre 0.4 e 0.69), o que indica que estes constructos são próximos variando no mesmo sentido (convergindo), mas diferentes, pois se o QMPP e a EADS-21 medissem o mesmo constructo seria de esperar uma correlação mais elevada.

Na avaliação da validade de constructo os autores originais correlacionaram o W-DEQ com vários instrumentos, tendo obtido correlações com o *Beck Depression Inventory* (BDI) ($r = 0.26$ nulíparas, $r = 0.47$ múltiparas) da mesma magnitude das que obtiveram com escalas de ansiedade (SRI: $r = 0.52$ nulíparas, $r = 0.65$ múltiparas; STAY: $r = 0.54$ nulíparas, $r = 0.55$ múltiparas; KSP: $r = 0.43$ nulíparas, $r = 0.47$ múltiparas). Korückü, Kululu e Firat (2012) numa tradução e adaptação do W-DEQ para turco, obtiveram correlações do W-DEQ versão turca com o *Depression Anxiety Stress Scale* (versão original do EADS) de $r = 0,439$, valores próximos dos obtidos nos resultados do estudo atual.

Na avaliação da correlação dos quatros domínios do medo do parto com as subescalas EADS -21, os resultados obtidos são idênticos, com uma correlação positiva significativa baixa entre os quatro domínios do medo do parto e a ansiedade (sendo muito baixa entre os “*sentimentos de vulnerabilidade*” e a ansiedade), e os quatro domínios do medo do parto e o stress. A correlação mais baixa entre a ansiedade e o domínio “*sentimentos de vulnerabilidade*” tem coerência, uma vez que a ansiedade compreende a excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, e o pânico, ao passo que os “*sentimentos de vulnerabilidade*” englobam sentimentos de desânimo.

Na correlação dos quatro domínios do medo do parto com a depressão, que apresentava uma correlação moderada com o QMPP total, verificamos que apenas existe uma correlação positiva significativa moderada com o domínio “*sentimentos de desalento*”, apresentando uma correlação positiva significativa baixa com os restantes domínios. Esta correlação mais elevada da depressão com o domínio “*sentimentos de desalento*” é compreensível, uma vez que ambos compreendem sentimentos de desânimo, desvalorização, autodepreciação e falta de entusiasmo.

O nosso estudo suporta assim as conclusões dos autores originais e da versão turca ao demonstrar que pessoas com nível elevado de medo do parto apresentam níveis elevados de ansiedade e de depressão.

O medo e a ansiedade são constructos próximos, e a sua relação tem vindo a ser estudada em várias populações, incluindo em grávidas. Muitos estudos corroboram os resultados que obtivemos, em que se verifica uma associação entre o medo do parto e a ansiedade, aumentando estes no mesmo sentido (correlação positiva), em que níveis elevados de medo do parto estão associados a níveis elevados de ansiedade (Wijma, Wijma & Zar, 1998; Johnson & Slade, 2002; Costa, 2006; Spice et. al, 2009; Hall et. al., 2009; Korükcü, Firat e Kululu, 2010; Otley, 2011; Storksen et. al, 2012).

Johnson e Slade (2002) referiam que no seu estudo, o W-DEQ e o STAY encontravam-se correlacionados, e que o W-DEQ media dentro do domínio da ansiedade, com variância suficiente deixada para medir outra dimensão.

Para além da ansiedade, também a depressão se encontra significativamente associada ao medo do parto, sendo que quanto mais elevada for a depressão, mais elevado é o medo do parto. Estes resultados são confirmados por Laursen, Hedegaard e Johansen (2008), Korükcü, Kululu e Firat (2012), Otley (2011) e por Wijma, Wijma e Zar (1998).

Storksen e colaboradores (2012), no estudo que realizaram referiram que os resultados que obtiveram sugeriam que a ansiedade se encontrava menos ligada ao medo do parto do que a depressão, e que talvez isso pudesse ser explicado pelo facto do W-DEQ apresentar mais itens com sintomas de depressão do que de ansiedade. No nosso estudo também obtivemos uma menor correlação do QMPP (W-DEQ) com a ansiedade do que com a depressão, mesmo tendo em conta os domínios do medo do parto, o que pode ser explicado pelo referido anteriormente.

O parto é um momento esperado pela grávida, sendo que a espera desse momento cria ansiedade nela, que por um lado pretende ter o seu filho nos braços, e por outro receia o momento do parto. O facto de também ser um momento desconhecido, no caso das nulíparas, ou um momento influenciado por experiências anteriores, no caso das múltiparas, faz com que as grávidas desenvolvam algum nível de medo do parto, o que se tem verificado em vários estudos, em que medo e ansiedade se têm correlacionado (Wijma, Wijma & Zar, 1998; Johnson & Slade, 2002; Costa, 2006; Spice et. al, 2009; Hall et. al., 2009; Korükcü, Firat e Kululu, 2010; Otley, 2011; Storksen et. al, 2012).

Apesar de na literatura, não ser tão frequentemente associado o medo com a depressão, é possível compreender que uma grávida com níveis elevados de medo do parto manifeste alguns sintomas de depressão. Se a grávida teme o parto, ela não vai encará-lo de uma forma positiva, vai, antes, desenvolver pensamentos em que o parto não decorre da melhor forma, sentindo-se deprimida quando pensa no processo que vai ter

de atravessar, evidenciando mais sintomas de desalento e de impotência, sentindo que não é capaz.

O QMPP revelou uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0,91 próximo da versão original de 0,93, um valor do coeficiente de *Sperman-Brown* elevado através da técnica das duas metades, revelando uma correlação positiva muito alta, sendo de 1,00 na versão original (Ribeiro, 2010). Apresentou também uma estabilidade temporal alta (Pestana & Gajairo, 2008), com uma correlação positiva alta estatisticamente significativa, entre a primeira e a segunda aplicação (teste-reteste), sendo necessário ter em conta o número elevado de itens.

Analisando o alfa de *Cronbach* dos domínios obtidos, “sentimentos de desalento”, “sentimentos de vulnerabilidade”, “sentimentos de falta de controlo”, e “preocupações com o filho”, verificamos que todos os domínios apresentam uma boa consistência interna.

4.2. Nível de medo do parto das mulheres grávidas

O medo do parto é um conceito que tem vindo a ser estudado em vários países, havendo, no entanto, escassa literatura produzida acerca deste constructo em Portugal, não existindo até à altura um instrumento validado que permitisse avaliar o medo do parto das grávidas.

O medo do parto tem influência na vivência da maternidade e na experiência do trabalho de parto, podendo afetar as atividades do dia-a-dia da mulher grávida (Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009).

Neste estudo, constatámos que a nossa amostra apresenta um nível elevado de medo do parto ($M = 66,75$), com 57,22% da amostra situada neste nível, dos quais 17,78% apresentando medo intenso (≥ 85) e 6,11% medo do parto muito intenso (≥ 100), tendo em conta a classificação de Zar, Wijma e Wijma (2001) e Niemen, Stephansson e Ryding (2009).

Analisando outros estudos, que utilizaram o W-DEQ para medir o medo do parto verificámos que obtivemos níveis mais elevados de medo do parto.

Num estudo realizado na Noruega, por Storksen e colaboradores (2012), com o intuito de estudar a associação entre a ansiedade e a depressão com o medo do parto, utilizando o

W-DEQ, numa amostra de grávidas (N = 1642), verificaram que estas apresentavam um nível moderado de medo do parto, com uma média de 56,80, e com 8% da amostra a apresentar valores de medo do parto ≥ 85 .

Por seu turno, Fenwick e colaboradores (2009) estudaram o nível de medo do parto e a sua relação com o desenlace do parto (*birth outcomes*), tendo obtido uma média de 57,81 no W-DEQ. Num outro estudo, cujo objetivo foi explorar o nível de medo do parto, privação do sono, ansiedade e fadiga e a sua relação no terceiro trimestre de gravidez, Hall e colaboradores (2009) obtiveram uma amostra (N = 650) com uma média de medo do parto de 52,87, situada, à semelhança dos estudos anteriores, num nível moderado de medo do parto, com apenas 25% a apresentar níveis elevados de medo do parto (≥ 66), não tendo sido distinguido níveis de medo intenso do parto. Spice e colaboradores (2009) constataram, no seu estudo, que teve como intuito examinar a relação entre o medo do parto e a ansiedade (*anxiety sensivity*), que 9,1% da amostra (N = 110) apresentava medo intenso do parto.

Kjaergaard e colaboradores (2008) procuraram comparar o medo do parto entre mulheres nulíparas suecas e mulheres nulíparas dinamarquesas, tendo obtido, numa amostra de 165 grávidas (55 suecas e 110 dinamarquesas), uma mediana de medo do parto de 59,0 representando um nível moderado de medo do parto, 11% apresentava medo intenso do parto (≥ 85).

Também Nieminem, Stephansson e Ryding (2009) obtiveram um nível de medo do parto semelhante, com uma média de 62,8 no W-DEQ, num estudo que pretendia investigar o nível de medo do parto antenatal, numa amostra de grávidas suecas (N = 1635), com várias idades gestacionais e com os fatores associados a medo intenso e com preferência pela cesariana. Neste estudo, 15,8% apresentou medo intenso do parto, e 5,7% medo muito intenso, valores aproximados aos obtidos no estudo atual.

Körükcü, Firat e Kululu (2010), ao contrário dos estudos anteriores, no estudo que realizaram com o objetivo de determinar a relação entre os níveis de medo do parto e de ansiedade, encontraram níveis mais elevados de medo do parto na amostra (N = 660), com 43,48% da amostra a apresentar nível elevado de medo do parto e 41,06% a apresentar medo intenso do parto (≥ 85).

Wiklund, Edman e Adolf (2008) ao estudar as expectativas e as experiências de mulheres submetidas a cesariana a pedido e compará-las com mulheres com cesariana devido a apresentação pélvica e a mulheres com intenção de parto vaginal como grupo controlo, avaliaram o medo do parto durante a gestação com recurso ao W-DEQ (N = 496).

Realizando um ponto de corte em 85,8 para averiguar o medo intenso do parto verificou que 43,2% das grávidas do grupo da cesariana a pedido, 13,2% das grávidas do grupo de parto vaginal e 9,6% das grávidas do grupo de cesariana por apresentação pélvica, apresentavam medo intenso do parto. Mudando o ponto de corte para 100, observaram que 28% das grávidas do grupo da cesariana a pedido, 3% das grávidas do grupo de parto vaginal e 5% das grávidas do grupo de cesariana por apresentação pélvica, apresentavam medo muito intenso do parto. Os resultados deste estudo parecem indicar que muitas das mulheres que requerem cesariana apresentam valores elevados de medo do parto.

Nieminem, Stephansson e Ryding (2009) corroboram os resultados anteriores referindo que o medo do parto parece ser o fator mais importante que influencia uma grávida nulípara a requerer cesariana, o que também é validado por Handelzalts e colaboradores (2011).

Nilsson, Bondas e Lundgren (2010) referem que um nível elevado de medo do parto pode interferir na experiência do parto, levando a mulher a sentir que não teve uma participação ativa nele.

A partir destes resultados inferimos que níveis mais elevados de medo do parto estão associados a consequências que vão influenciar a vivência da gestação e do trabalho de parto pela mulher grávida.

Os níveis elevados de medo do parto encontrados na amostra do estudo podem dever-se à utilização de uma abordagem biomédica, que se centra nas pessoas como seres físicos, compostos por um conjunto de funções, levando a práticas mais centradas nas necessidades físicas, com o propósito de curar ou controlar a doença. Com esta abordagem, segundo Pearson e Vaughan (1992), surgiu uma assistência mais sistematizada e uma diminuição da mortalidade e morbidade peri-natal. Todavia, houve a transformação da visão do parto de um acontecimento natural e fisiológico para algo comparado a uma “doença”, e do papel da grávida num papel cada vez mais passivo, estando esta de momento habituada a delegar nas mãos dos profissionais as decisões no que concerne ao seu trabalho de parto e ao nascimento do seu filho (Couto, 2002).

Deste modo, também as mulheres grávidas deixaram de ver o parto como algo natural, e passaram a considerá-lo como algo mais medicalizado, o que poderá gerar maior nível de medo. Por isso, uma das intervenções aconselhadas para a diminuição do medo do parto é a visita com antecedência à sala de partos, para que a mulher se possa ir familiarizando com o ambiente “hospitalar”, que contrasta com o ambiente familiar do

domicílio. Assim, se a mulher grávida adquiriu um papel menos ativo com o passar do tempo, o medo ainda a fará participar de forma menos ativa no seu parto.

Analisando os quatro domínios do medo do parto, obtidos através da análise em componentes principais, tendo em conta o número de itens, e o valor mínimo e máximo que cada domínio pode adotar pudemos verificar que os domínios “sentimentos de vulnerabilidade” e “sentimentos de falta de controlo” eram os que apresentavam uma média dos scores mais elevada. Assim dentro do medo do parto, as grávidas deste estudo, apresentavam maiores sentimentos de vulnerabilidade e de falta de controlo. Mais uma vez reforça o referido anteriormente, em que a mulher receia sentir-se vulnerável, e não conseguir autocontrolar-se durante o trabalho de parto, o que poderá levar a um papel menos ativo no mesmo.

Como os domínios do medo do parto obtidos neste estudo, não são similares ao de outros estudos, não poderemos realizar comparações. A exceção diz respeito a um estudo realizado por Garthus-Niegel e colaboradores, na Noruega, utilizando o W-DEQ, em que foram obtidos seis fatores, sendo que o fator “*concerns about the child*” corresponde ao domínio “*preocupações com o filho*”, sendo composto pelos mesmos itens, tendo obtido uma média neste fator ($M = 0,83$) inferior à deste estudo ($M = 1,88$), revelando as grávidas do nosso estudo maiores preocupações com o filho.

Tendo em conta o nível elevado de medo do parto obtido no nosso estudo, que é superior à maioria dos estudos referidos, torna-se pertinente que os enfermeiros, durante o período pré-natal, focalizem a sua atenção em fatores capazes de influenciar o medo do parto.

O enfermeiro, ao ajudar a grávida a controlar o nível de medo do parto, vai contribuir para que esta participe mais ativamente no parto, e a melhorar a vivência do mesmo.

4.3. Relação entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e obstétricas

Como foi referido na revisão bibliográfica, alguns fatores têm vindo a ser identificados como prováveis causas de aumento do risco de medo do parto. Assim neste estudo averiguamos a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no medo do parto e comparamos os resultados obtidos com outros estudos publicados.

No que concerne à influência das variáveis sociodemográficas no medo do parto, a escolaridade revelou influenciar significativamente o medo do parto, sendo que quanto maior fosse a escolaridade menor seria o medo do parto, o que é corroborado por Otley (2011) e Laursen, Hedegaard e Johansen (2008). Este resultado pode ser explicado pelo facto de um maior grau de escolaridade envolver um maior conhecimento e competências cognitivas para interpretar a informação, e uma maior procura de informação acerca da gestação e do trabalho de parto, de forma mais fidedigna e realista, o que pode levar a uma diminuição do medo do parto, tal como sugere Costa (2006).

A escolaridade quando correlacionada com os quatro domínios do medo do parto, apresentou uma correlação negativa baixa, estatisticamente significativa, entre a escolaridade e os “sentimentos de desalento”, sendo tanto maior os sentimentos de desalento quanto menor for a escolaridade.

Ao analisarmos a escolaridade da população em estudo verificámos que a escolaridade se encontrava correlacionada com a idade, sendo que a menor idade da grávida se encontrava associada a uma menor escolaridade. Assim, é natural que uma menor maturidade por idade mais jovem, associada a uma menor escolaridade, levem a uma menor procura de informação acerca do trabalho de parto, e a desenvolver estratégias de coping menos efetivas para lidar com os sentimentos de desalento que surgem durante a gravidez quando a grávida imagina o parto. Neste estudo uma maior escolaridade também se encontra associada a um menor número de partos anteriores, o que pode ser explicado pelo facto de as mulheres que atingem maior grau de escolaridade serem mães mais tarde, enquanto mulheres que terminam o seu percurso académico mais cedo, tendem a ser mães mais cedo. Assim a menor procura de informação, associada a experiências anteriores que podem ter sido negativas pode ser também uma justificação para a menor escolaridade estar associada a maiores sentimentos de desalento.

Laursen, Hedegaard e Johansen (2008) realizaram um estudo com o intuito de descrever a associação entre o medo do parto e os fatores sociais, demográficos e psicológicos numa coorte de 30480 nulíparas, saudáveis, grávidas de feto único e sem complicações associadas. Os autores referem fatores que, no seu estudo, revelaram ter influência no medo do parto como: idade jovem, desemprego e falta de suporte social. A falta de suporte social também é referida Nilsson, Bondas e Lundgren (2010) e Otley (2011). No nosso estudo não foi encontrada influência significativa entre as variáveis idade e o suporte durante o trabalho de parto, no medo do parto (*score total*).

No entanto, analisando a influência do suporte durante o trabalho de parto, tendo em conta os quatro domínios do medo do parto, verificamos diferenças estatisticamente significativas ao nível das “preocupações com o filho”, entre as grávidas que referiram outro tipo de suporte e as grávidas que referiram marido/companheiro, mãe, amiga ou ninguém, sendo as “preocupações com o filho” maiores nas últimas. Associando o tipo de suporte “amiga” a “outro tipo de suporte” deixamos de observar diferenças estatisticamente significativas.

Apesar de não se obter mais diferenças estatisticamente significativas pudemos observar que a seguir a outro tipo de suporte, são o suporte do marido/companheiro, e o suporte da mãe que apresentam menores “preocupações com o filho”. Isto pode dever-se ao facto de a grávida se sentir apoiada, com alguém específico e significativo que escolheu, como se sucede noutros tipo de suporte, ou com as pessoas que geralmente se encontram mais próximas, a mãe e o companheiro. O suporte do companheiro, da nossa experiência profissional, é importante para a grávida não sentir que está na gravidez e no parto sozinha, e para se concentrar no seu papel no trabalho de parto, tendo em conta a equipa que forma com o seu companheiro, o que é corroborado por Storti (2004).

Relativamente ao desemprego, os dados obtidos neste estudo apontam no mesmo sentido dos autores anteriores, havendo uma diferença significativa do medo do parto entre as participantes ativas/empregadas e as participantes desempregadas, apresentando estas últimas valores de medo do parto mais elevados. Isto pode dever-se ao facto de a mulher desempregada se sentir menos estável e mais insegura, podendo pensar mais acerca do momento do parto e desenvolver mais medos a ele associados.

Tendo em conta os domínios do medo do parto também se verificou, neste estudo, que as participantes desempregadas apresentavam mais “preocupações com o filho” do que as participantes empregadas, talvez pelo mesmo motivo referido anteriormente.

Vários artigos têm referido a nuliparidade como um fator que influencia o medo do parto. Fenwick e colaboradores (2009) num estudo cujo objetivo foi investigar o nível de medo do parto, pré e pós-parto, utilizando o W-DEQ, obtiveram uma diferença significativa entre a média do medo do parto, às 36 semanas de gestação, das nulíparas (62,43) e a média das múltiparas (53,56) ($t = -4,62, p < 0.001$). Também Spice e colaboradores (2009) no seu estudo confirmaram que a nuliparidade está associada a níveis mais elevados de medo do parto.

Fenwick e colaboradores (2009) referem que para as nulíparas o parto é um momento desconhecido, podendo ser gerador de medos e de ansiedade. Apesar de, à semelhança

dos resultados do estudo desenvolvido na Turquia (Körückü, Kululu & Firat, 2012), que utilizou os valores de medo do parto das nulíparas e múltiparas para a validação do W-DEQ pelo método dos grupos conhecidos, e do estudo de Fenwick e colaboradores (2009), também esperávamos obter uma diferença significativa entre o medo do parto entre as nulíparas e as múltiparas, no entanto tal não foi observado. Contudo, Hall e colaboradores (2009), no estudo que desenvolveram, também não verificaram diferenças significativas ao nível do medo do parto, entre nulíparas e múltiparas, à semelhança deste estudo.

Este resultado pode ser explicado pelo facto de, apesar de as nulíparas apresentarem geralmente valores de medo do parto superiores por se defrontarem com algo que para elas é desconhecido, também é referido na literatura que as experiências negativas em partos anteriores têm o potencial de aumentar o risco de medo do parto (Nilsson & Lundgren, 2009; Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010; Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010; Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011).

Assim, encontramos médias de medo do parto idênticas entre os dois grupos, o que pode dever-se ao facto de as múltiparas terem experiências negativas dos partos anteriores, o que não implica apenas partos distócicos, mas toda a experiência envolvida (tempo de parto, dor, suporte, intervenções como a episiotomia, entre outros).

Tendo em conta o tipo de parto anterior, observou-se que as participantes com partos distócicos anteriores ($M = 68,87$) apresentam uma média de medo do parto superior à das participantes com partos eutócicos anteriores ($M = 65,94$), apesar desta diferença não se ter revelado estatisticamente significativa. Não avaliamos contudo, no nosso estudo, se as experiências de partos anteriores foram negativas, de forma a podermos comparar resultados.

Ao analisar a influência das variáveis obstétricas com os quatro domínios do medo do parto, verificamos que existe uma correlação positiva baixa, estatisticamente significativa, entre o número de gravidezes e as “preocupações com o filho”, aumentando a média dos *scores* das “preocupações com o filho” com o aumentar do número de gravidezes.

As preocupações e receios com o filho podem aumentar com o número de gestações por, por um lado, a mulher já ter passado pela experiência do parto e esta ter sido uma experiência negativa influenciando assim a formação de preocupações e receios com o filho, por outro lado como verificamos no nosso estudo a percentagem de nulíparas era superior à de primigestas, e a de grávidas pela segunda vez superior à de primíparas

revelando que muitas das grávidas já passaram pela situação de aborto, o que pode levar ao aumento das preocupações com filho. Num estudo desenvolvido por Garthus-Niegel e colaboradores (2011), em que um dos fatores obtidos no W-DEQ, corresponde ao domínio “preocupações com o filho”, também se observou que a média deste domínio foi superior nas múltiparas, mas não se observou uma diferença estatisticamente significativa.

Pereira, Franco e Baldin (2011) referem ainda a falta de informação como um fator que influencia o medo do parto. Os resultados que obtivemos não demonstraram contudo diferenças significativas no medo do parto entre as participantes que referiram procurar informação acerca do trabalho de parto e as que referiram não o fazer.

Nas grávidas que procuraram informação acerca do trabalho de parto seria de esperar que apresentassem níveis inferiores de medo do parto. No entanto, o facto de, nas fontes de informação, constarem os amigos e familiares pode ser uma das justificativas para tal não se observar, pois vários estudos referem que as histórias relativas ao trabalho de parto relatadas por familiares e amigos tendem a levar a níveis mais elevados de medo do parto, talvez por as pessoas enfatizarem os aspetos negativos das suas experiências e não os positivos. Fontes de informação como os profissionais de saúde (enfermeiro e médico) e os livros deveriam encontrar-se associados a níveis de medo do parto mais baixos por esclarecerem as dúvidas das grávidas e providenciarem uma informação completa e real acerca do momento do parto. A internet e as revistas tendem a apresentar uma mistura de conteúdo científico com relatos de experiências de algumas grávidas e familiares, sendo importante que a grávida saiba selecionar a informação adequada para se informar relativamente ao trabalho de parto, o que nem sempre se revela fácil.

Também no que concerne ao preenchimento de instrumentos existem fatores que influenciam o mesmo, um deles é a deseabilidade social, em que os participantes tendem a selecionar ou concordar com as respostas que pensam ser as mais adequadas socialmente. Assim, poderá ter havido participantes que assinalaram que procuraram informação por acreditarem que essa seria a resposta pretendida ou esperada pela investigadora e pela sociedade, constituindo a resposta “politicamente correta” (Ribeiro, 2010).

No que concerne às aulas de preparação para o parto e para a parentalidade (ppp), apesar das grávidas que não frequentaram as aulas de ppp apresentarem uma média

mais elevada de medo do parto, não verificamos diferenças estatisticamente significativas.

Ao contrário do nosso estudo, Costa (2006), num estudo que desenvolveu com o intuito de investigar as diferenças no nível de medo do parto e de ansiedade entre as grávidas que frequentavam as aulas de ppp e as grávidas que não frequentavam, utilizando uma versão traduzida para português do W-DEQ (não aferida para a população portuguesa, mas revelando boas propriedades psicométricas), verificou que existia uma diferença estatisticamente significativa entre as grávidas que frequentavam a ppp e as grávidas que não frequentavam, sendo o medo do parto maior nas últimas.

A preparação para o parto visa “(...) *por um lado, consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo para o trabalho de parto e treinar o acompanhante para estratégias e apoio à parturiente; por outro lado, treinar exercícios músculo-articulares promotores da flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal; exercícios respiratórios e métodos de relaxamento*” enquanto que a preparação para a parentalidade visa desenvolver nas mães e nos pais competências para o exercício do papel parental (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.14)

Vários são os estudos que têm revelado os benefícios da preparação para o parto e para a parentalidade. Num estudo desenvolvido por Morgado e colaboradores (2010), com o intuito de analisar a *antecipação da experiência de parto* das grávidas e comparar o efeito da variável *preparação para o parto* na *antecipação da experiência de parto* dessas grávidas, com uma amostra de 69 grávidas primíparas, verificou que a preparação para o parto influencia a antecipação da experiência do parto. As mulheres que realizaram a preparação para o parto (no mínimo quatro sessões) apresentavam um melhor planeamento e preparação para o parto, esperavam sentir menos dor durante o mesmo, possuíam maior nível de conhecimentos sobre a anestesia epidural, treinavam mais métodos de respiração e de relaxamento, esperavam demorar menos tempo a tocar no bebé e preparavam o enxoval antes, do que as grávidas que não realizaram ppp.

Com o intuito de compreender a importância da preparação para o parto no controlo da dor do trabalho de parto, Frias (2011a) desenvolveu um estudo tendo apurado que as mulheres que realizaram a preparação para o parto apresentaram uma menor utilização de analgésicos e menos evidências de situação de cansaço, dor insuportável ou de pânico.

Frias (2011b), num outro estudo que realizou, este agora com o objetivo de conhecer a percepção da experiência do nascimento em parturientes com aulas de ppp comparando

com parturientes sem aulas de ppp, verificou que as aulas de ppp influenciavam positivamente a percepção da experiência do nascimento, apresentando as mulheres com aulas de ppp expectativas mais realistas, maior controlo, e maior participação durante o trabalho de parto. Isto vai de encontro aos resultados obtidos por Couto (2006), num estudo desenvolvido com enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, acerca da conceitualização da preparação para o parto. Nestes estudos aquelas profissionais referiram, tendo em conta a sua experiência, que as mulheres grávidas que realizam preparação para o parto apresentam algumas diferenças de comportamentos e de atitudes relativamente às mulheres que não realizam a preparação para o parto, tais como: controlo, motivação; conhecimentos acerca dos procedimentos, posicionamentos a adotar, técnicas de respiração e de relaxamento; melhor colaboração e relação com os profissionais de saúde, e uma melhor vivência do parto e da maternidade.

O facto de as grávidas que frequentam a ppp apresentarem uma melhor preparação, maior controlo e relaxamento, como referido nos estudos anteriores, pode ser a justificativa para apresentarem um menor medo do parto. Assim como o facto de a preparação para o parto fornecer informação acerca do momento do parto, esclarecendo dúvidas e propiciando provavelmente a formação de expectativas mais realistas.

As diferenças que obtivemos podem não ter sido estatisticamente significativas pois as grávidas foram convidadas a participar no estudo a partir das 28 semanas de gestação (sendo a moda de 28 semanas de gestação e a mediana de 32), altura em que iniciaram as aulas de preparação para o parto e para a parentalidade, podendo as aulas que frequentaram não terem sido ainda suficientes para aumentar a informação relativamente ao parto e para dissipar o medo relativo a este.

Relativamente à influência do estado civil no medo do parto das grávidas são poucos os estudos que o abordam. Neste estudo, apesar de as grávidas solteiras apresentarem uma maior média de medo do parto do que as grávidas que vivem com o companheiro (casadas ou em união de facto), não verificámos diferenças estatisticamente significativas.

No entanto, tendo em conta os quatro domínios do medo do parto, verificámos que as grávidas solteiras apresentam mais “preocupações com filho” do que as grávidas que vivem em união de facto, ou mesmo do que as grávidas que vivem com o companheiro (união de facto e casadas).

Otley (2011) refere como um dos fatores de risco para o aumento do medo do parto o descontentamento com o companheiro. Apesar de não termos estudado o descontentamento com o companheiro, pode-se prever que as grávidas que não vivem

com o companheiro apresentarão provavelmente um maior descontentamento com este, não sentindo suporte por parte do mesmo, podendo ser esta uma justificativa para a tendência de apresentarem um maior medo do parto, e preocupações e receios com o filho.

Na discussão dos resultados obtidos no estudo convém refletirmos acerca das limitações do mesmo.

Uma das limitações deste estudo consiste na escolha de uma amostragem não probabilística, não tendo todos os participantes a mesma probabilidade de fazer parte do estudo, como acontece numa amostragem probabilística.

O número de participantes (N = 180) também poderá ter sido uma limitação, uma vez que uma amostra maior, com 10 participantes por cada variável (N = 330), poderia permitir resultados mais generalizáveis. O facto de os dados terem sido recolhidos apenas numa cidade da região norte do país poderá condicionar também a generalização dos resultados a outras populações de grávidas.

Na discussão dos resultados torna-se também importante refletirmos acerca das implicações do estudo para a prática e a investigação em enfermagem.

Uma das contribuições deste estudo resultou na compreensão de alguns fatores capazes de influenciar o medo do parto, e a vivência do momento do parto.

Os enfermeiros ao estarem mais despertos para reconhecer e diagnosticar o medo do parto, vão implementar intervenções capazes de reduzi-lo, promovendo uma vivência da gravidez e do parto mais satisfatória por parte da grávida, promotora da transição saudável para a maternidade, levando a experiências do parto mais positivas.

O QMPP, por ser de fácil compreensão e preenchimento pela própria grávida, possibilitará a sua utilização em ambiente clínico, de modo a auxiliar no diagnóstico inicial do medo do parto, permitindo uma intervenção precoce nas grávidas com elevado medo do parto, que por isso têm maior risco de uma experiência de parto negativa. Também poderá ser usado para avaliar a efetividade das intervenções implementadas face ao diagnóstico do medo inicialmente.

Outra implicação deste estudo corresponde à transposição para a cultura portuguesa de um instrumento fiável e válido, capaz de avaliar o medo do parto nas grávidas, que permitirá promover um aumento da pesquisa em enfermagem na área do medo do parto.

CONCLUSÃO

O medo do parto é um fenómeno importante que influencia a vivência da maternidade, afastando a mulher de ter um papel ativo e consciente no seu trabalho de parto, influenciando negativamente a sua experiência e, conseqüentemente, constituindo um fator inibidor da transição para a maternidade.

Assim, a existência de um instrumento capaz de medir este constructo permitirá aos enfermeiros a identificação precoce das mulheres com níveis elevados de medo do parto, permitindo intervir antecipadamente junto destas, adequar as intervenções de enfermagem aos medos de cada grávida, e a sua sinalização a enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, ou psicólogos nos casos em que se revele necessário.

Neste estudo, pretendeu-se validar um instrumento específico para medir o constructo de medo do parto, de forma a melhorar o conhecimento acerca do medo do parto nas grávidas e a avaliar o medo do parto durante a gestação. Tivemos como objetivos: traduzir, adaptar culturalmente para a população portuguesa, e contribuir para a validação do questionário – *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*; determinar os níveis de medo do parto nas participantes; e relacionar o medo do parto com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

O Questionário sobre o Medo Percebido do Parto, título dado à adaptação portuguesa do W-DEQ, mostrou ser de fácil compreensão e preenchimento pelas grávidas no terceiro trimestre de gestação, constituindo um instrumento independente e específico, com boas características psicométricas que permitem assegurar, com algum grau de certeza, a sua fidelidade e validade.

A versão portuguesa do W-DEQ revelou uma boa consistência interna, uma fidelidade elevada através da técnica de duas metades, e uma estabilidade temporal alta.

A validade de constructo foi avaliada com recurso às Escalas de Ansiedade Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21), tendo-se obtido uma correlação positiva com cada uma das escalas, apresentando uma correlação baixa com a escala de ansiedade e a escala de stress, e uma correlação moderada com a escala de depressão, valores próximos aos obtidos pelos autores originais do W-DEQ.

Todas as mulheres revelaram algum medo do parto, variando os scores do QMPP entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 122, apresentando uma média considerada como nível elevado de medo do parto, segundo a classificação de Zar, Wijma e Wijma (2001).

A falta de emprego e um menor nível de escolaridade parecem assumir-se como fatores de risco para o medo do parto. De facto, observou-se que a amostra possui um nível de medo do parto mais elevado nas participantes desempregadas e com menor escolaridade. Todas as outras variáveis sociodemográficas e obstétricas não revelaram diferenças significativas no medo do parto.

Os resultados do estudo trouxeram contributos para o aumento de conhecimentos na área do medo do parto durante a gravidez, importantes para a disciplina e para a profissão, mais concretamente na área da Enfermagem de saúde materna e obstetrícia, para uma prestação de cuidados cada vez com maior qualidade.

Apesar de o QMPP ter revelado boas características psicométricas seria importante desenvolver mais estudos, em amostras de outras áreas geográficas, com um maior número de participantes para que se possam generalizar resultados, e para que mais tarde se possa utilizar como um instrumento clínico.

No futuro seria importante realizar um estudo que, além da avaliação dos sentimentos subjetivos do medo do parto, avaliasse também as respostas observáveis (como a excitação cardiovascular, pupilas dilatadas, entre outras), na presença da fonte percebida como perigosa, o parto.

O desenvolvimento no futuro de um estudo longitudinal poderá permitir perceber de que modo o constructo medo do parto evolui ao longo do tempo, à semelhança do desenvolvido pelos autores originais do W-DEQ, que estudaram o medo do parto relacionado com as expectativas antes do parto e com as experiências após o parto (versão B) (Wijma, Wijma & Zar, 1998).

A existência deste instrumento pode, ainda, assumir-se como uma mais-valia para desenvolver estudos experimentais na tentativa de definir as melhores intervenções para diminuir ou eliminar o medo do parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alipour, A., Lamyian, M., Hajizadeh, E., & Vafaei, M. (2011) The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research* 16(2) pp. 169–173

Ayres de Campos, D., Furtado, J., Crisóstomo, M.; Carrapato, R., Cunha, E., & Conceição, M. (2010) *Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal*. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, IP. Administração Regional de Saúde do Norte.

Barreto, A. & Oliveira, Z. (2010) O ser mãe: Expectativas de primigestas. *Rev. Saúde.Com*; 6 (1) pp. 9-23

Basso, J. & Monticelli, M. (2010) Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in Humanized Births. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (3), pp.390-397

Bay, E. & Algase, D. (1999) Fear and Anxiety: A simultaneous concept analysis. *Nursing Diagnosis*, 10 (3) pp. 103-111

Bryman, A. & Cramer, D. (2003) *Análise de dados em ciências sociais - Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Tradução de Lopes, D. 3ª edição. Oeiras: Celta Editora

Canavarro, M. (2006) Gravidez e maternidade - Representações e tarefas de desenvolvimento. in Canavarro, M. - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2ª Edição. Quarteto, pp. 17-49

Carpenito-Moyet, L. (2012) *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª Edição. Porto Alegre: Artmed

Christiaens, W., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2011) Pregnant women's fear of childbirth in Midwife- and Obstetrician-Led Care in Belgium and the Netherlands: Test of the Medicalization Hypothesis, *Women & Health*, 51, pp. 220-239

Christiaens, W., Verhaeghe, M, & Brake, P. (2008) Childbirth expectations and experiences in Belgian and Dutch models of maternity care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (4), pp.309-322

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) *CIPE® Versão 2: Classificação internacional para a prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros;

Costa, H. (2006) A ansiedade e o medo do parto em grávidas com e sem preparação para o parto. *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. Psiquilíbrios Edições, pp.517-527

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003) Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4 (1), pp. 47-67

Couto, G. (2002) – *Preparação para o parto – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Dissertação de Mestrado, Porto: universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Couto, G. (2006) - Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; 14(2), pp.190-198.

Dicionário da Língua Portuguesa - com Acordo Ortográfico (2012) Infopédia: Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. online <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/> acedido em 25-06-2012

Donelli, T. (2003) *O Parto no processo de transição para a maternidade*. Dissertação de mestrado, Porto Alegre (Brasil): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia.

Fenaroli, V. & Saita, E. (2013) Fear of childbirth: a contribution to the validation of the italian version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ). Abstract. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*; 20 (2), p131-154. doi: 10.4473/TPM20.2.3

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bays, S. & Hauck, Y. (2009) Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinic Nursing*, 18, pp.667-677

Fortin, M. F. (2009a.) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. F. (2009b) *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª edição. Loures: Lusociência.

Frias, A. (2011a) - A Dor do trabalho de parto...um desafio a ultrapassar. *III Jornadas de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*, Fevereiro 2011

Frias, A. (2011b) - A preparação psicoprofiláctica para o parto e a percepção da experiência do Nascimento. *Internacional journal of development and educational psychology*, 1 (1), pp. 409-416

Garnett-Nell, S. (1998) Enfermagem peri-operatória In: Sorensen & Luckman: *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta. pp. 1693-1741

Garthus-Niegel, S., Storksen, H., Torgersen, L., Soest, T., & Eberhard-Gran, M, (2011) The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire – a factor analytic study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), pp.160-163

Gomes, V., Fonseca, A., & Roballo, E. (2011) Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. *Esc Anna Nery (impr)* abr-jun; 15 (2) pp.300-305

Graça, L., Figueiredo, M., & Carreira, M. (2011) Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista Referência III série*, (4), pp.27-35

Guerra, M. (2010) *O parto desejado: expectativas de um grupo de grávidas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa /Porto, Instituto de Ciências da Saúde. p. 72

Haines, H., Pallant, J., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011) Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27, pp.560-567

Hall, W, Hauck, Y., Carty, E., Hutton, E., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009) Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women, *JOGNN*, 38, pp.567-576

Handelzalts, J., Fisher, S., Lurie, S., Shalev, A., Golan, A., & Sadan, O. (2011) Personality, fear of childbirth and cesarean on demand. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 91, pp.16-21

Helk, A., Spilling, H., & Smeby, N. (2008) Psychosocial support by midwives of women with a fear of childbirth. *Vard I Norden n°88*, 28 (2), pp. 47-49

Johnson, R. & Slade, P. (2002) Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG*, 109, pp.1213-1221

Kjaergaard, H., Wijma, K., Dykes, A. & Alehagen, S. (2008) Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (4), pp. 340-350

Körükcü, O., Firat, M., & Kululu, K. (2010) Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, pp.467-470

Körükcü, O., Kululu, K, & Firat, M. (2012) The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 193–202

Kralik, D, Visentin, K., & Van Loon, A. (2006) Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), pp.320-329

Lally, J., Murtagh, M., Macphail, S., & Thomson, R. (2008) More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6 (7), pp.1-10

Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008) Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort, *BJOG* 115, pp. 354-360

Laursen, M., Johansen, C., & Hedegaard, M. (2009) Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 116, pp.1350-1355

Lopes, R., Donelli, T., Lima, C., & Piccinini, C. (2005) O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), pp. 247-254

Lowdermilk, D. (2008) Trabalho de parto e nascimento. In Lowdermilk, D.; Perry, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Lusodidacta, pp. 333-354

Lyberg, A. & Severinsson, E. (2010a) Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 18, pp.383-390

- Lyberg, A. & Severinsson, E. (2010b) Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 391-399
- Marin, A., Donelli, T., Lopes, R., & Piccinini, C. (2009) Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia*, (29), pp.57-72
- Martins, C. (2011) *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer interpretar e redigir*. 1ª Edição. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Meleis, A (2010) *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Mercer, R. (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. *Nursing Scholarship*, 36 (3), pp.226-232
- Monteiro, B., Marinho, I., & Cruz, L. (2008) 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*, (9), pp. 43-47
- Moreira, J. (2004) *Questionários: Teoria e prática*. 1ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina
- Morgado, C., Pacheco, C., Belém, C., & Nogueira, M. (2010) Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*, II série, nº12, pp.17-27
- NANDA internacional (2013) *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*, tradução Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Artmed
- Nieminen, K, Stephansson, O, & Ryding, E. (2009) Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88, pp.807-813
- Nilsson, C. & Lundgren, I. (2009) Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25, pp. e1-e9
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010) Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *JOGNN*, 39, pp.298-309

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011.

Otley, H. (2011) Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment. *British Journal of Midwifery*, 19 (4), pp.215-220

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R & Pais, A. (2005) Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), pp. 7-41

Pearson, A. & Vaughan, B. (1992) *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS

Pereira, A. (2011) *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pereira, R; Franco, S., & Baldin, N. (2011) A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61 (3), pp.376-388

Pestana, M. & Gageiro, J. (2008) *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Peterson, G. (2008) Childbirth: the ordinary miracle: Effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *International Journal of Childbirth Education*; 23 (1): 35-7

Pocinho, M. (2009) *Estatística - Volume I: Teoria e exercícios passo-a-passo*. Manual de estatística do Instituto Superior de Miguel Torga. Disponível online: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf, acedido em 24.8.2013

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed. reimpressão). Porto Alegre: Artmed.

Polit, D. & Beck, C. (2011) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed tradução Denise Sales

PORTUGAL (2006). Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. - Lisboa: DGS, 46 p.

PORTUGAL. (2012) Instituto Nacional de Estatística – Online: <http://www.ine.pt>, atualizado em 30.05.2012, acessado em 10.06.2012.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004) Contribuição para o estudo das escalas de ansiedade depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5 (1), 229-239

Ribeiro, J. (2007) *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto

Ribeiro, J. (2010) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª edição. Porto: Legis Editora/ Livpsic

Ryding, E., Wijma, K., & Wijma, B. (1998) Postpartum counselling after an emergency cesarean. *Clin. Psychol. Psychother.* 5, 231-237

Salomonsson, B, Wijma, K , & Alehagen, S. (2010) Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26, pp.327-337

Spice, K., Jones, S., Hadjistavropoulos, H, Kowalyk, K., & Stewart, S. (2009) Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30 (3), pp. 168-174

Storksén, H., Eberhard-Gran, M, Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012) Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, pp. 237-242

Storti, J. P. L. (2004). *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Tanglakmankhong, K., Perrin, N., & Lowe, N. (2011) Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. *Journal of advanced nursing*, 67(1), pp.193-203.

VandeBos, G. (org) (2010) Dicionário de Psicologia da APA – American Psychological Association. Traduzido por Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed

Walker, L. & Avant, K. (2005) *Strategies for theory construction in nursing*. 4ed. Appleton & Lange: Norwalk

Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19, 84-97

Wijma K, Alehagen S., & Wijma B. (2002). Development of the Delivery Fear Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23 (2), 97-107

Wiklund, I. , Edman, G., & Andolf, E. (2008) Expectation and experiences of Childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG*, 115, pp.324-331

Zar, M., Wijma, K, & Wijma, B. (2001) Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30 (2), pp.75–84

Anexos

Anexo I

Artigos selecionados na análise do conceito *medo do parto*

segundo a metodologia de Walker e Avant

Análise do conceito *medo do parto* segundo a metodologia de Walker e Avant

Artigos Selecionados
Carvalho, F. [et al.] (2009) Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. <i>Acta Paul Enferm</i> , 22 (6), pp. 767-772
Christiaens, W.; Van de Velde, S.; Bracke, P. (2011) Pregnant women's fear of childbirth in Midwife- and Obstetrician-Led Care in Belgium and the Netherlands: Test of the Medicalization Hypothesis, <i>Women & Health</i> , 51, pp. 220-239
Fenwick, J. [et al.] (2009) Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. <i>Journal of Clinic Nursing</i> , 18, pp.667-677
Haines, H. [et al.] (2011) Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in Australian and Swedish sample. <i>Midwifery</i> , 27, pp.560-567
Higson, A. (2010) The Fear of Childbirth. <i>Midwives – The official magazine of the RCM</i> . February/March p.17
Laursen, M.; Johansen, C.; Hedegaard, M. (2009) Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. <i>BJOG</i> , 116, pp.1350-1355
Lukasse, M [et al.] (2010) Childhood Abuse and Fear of Childbirth – A population based study. <i>Birth</i> , 37 (4), p.267-274
Lyberg, A.; Severinsson, E. (2010a) Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. <i>Journal of Nursing Management</i> , 18, pp.383-390
Nieminen, K; Stephansson, O; Ryding, E. (2009) Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. <i>Acta Obstetrica et Gynecologica</i> , 88, pp.807-813
Nilsson, C.; Lundgren, I. (2009) Women's lived experience of fear of childbirth. <i>Midwifery</i> , 25, pp. e1-e9
Nilsson, C.; Bondas, T.; Lundgren, I. (2010) Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. <i>JOGNN</i> , 39, pp.298-309
Otley, H. (2011) Fear of childbirth: understanding the causes, impact and treatment. <i>British Journal of Midwifery</i> , 19 (4), pp.215-220
Pereira, R.; Franco, S.; Baldin, N. (2011) A dor e o protagonismo da mulher na parturição. <i>Revista Brasileira de Anestesiologia</i> , 61 (3), pp.382-388
Salomonsson, B; Wijma, K; Alehagen, S. (2010) Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. <i>Midwifery</i> , 26, pp.327-337
Spice, K. [et al.] (2009) Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i> , 30 (3), pp. 168-174

Anexo II

Instrumento de colheita de dados

Questionário sobre o medo do parto

O presente estudo desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, por Soraia Loureiro, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na UCC Baixa do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Alexandrina Cardoso e da Professora Doutora Célia Santos.

Os objetivos deste estudo são: traduzir, adaptar culturalmente para a população portuguesa, e validar o questionário –*Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ); determinar os níveis de medo do parto num grupo de grávidas portuguesas; e descrever a relação entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

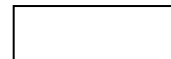
Este questionário é composto por três partes:

- I – Questionário de caracterização sociodemográfica;
- II – Questionário sobre o medo do parto, com base no W-DEQ versão A
- III – Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21)

Para o preenchimento siga as instruções que constam no cabeçalho de cada uma das partes.

Os dados colhidos serão confidenciais, e para uso exclusivo do presente estudo.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.



I - Questionário Sociodemográfico

Responda às seguintes questões preenchendo o círculo que corresponde à sua resposta

Idade: _____			
Estado Civil			
<input type="radio"/> Solteira	<input type="radio"/> Casada	<input type="radio"/> Viúva	<input type="radio"/> União de facto

Escolaridade: _____ (nº de anos completos)
Profissão:

Data da última menstruação: ___/___/___	Nº de semanas de gestação: _____		
Nº de gravidezes: _____ (incluindo a atual)			
Nº de partos anteriores: _____			
Se teve partos anteriores, de que tipo foi o último?			
<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> ventosa	<input type="radio"/> forceps	<input type="radio"/> cesariana

Frequenta as aulas de preparação para o parto e parentalidade?						
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim - Quantas frequentou até ao momento? _____ - Abordou o trabalho de parto e parto? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
Quem pensa que será o seu suporte no trabalho de parto?						
<input type="radio"/> Marido/ companheiro	<input type="radio"/> Mãe	<input type="radio"/> Amiga	<input type="radio"/> Ninguém	<input type="radio"/> Outro _____		
Tem procurado informação acerca do parto?						
<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim					
Se sim, que fontes de informação tem utilizado? (pode seleccionar mais do que uma)						
<input type="radio"/> Enfermeiro	<input type="radio"/> Médico	<input type="radio"/> Familiares	<input type="radio"/> Amigos	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> Livros	<input type="radio"/> Outro _____

II - Questionário sobre medo do parto
Com base no W-DEQ versão A 2005

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspectiva do trabalho de parto e do parto.

As respostas a cada questão aparecem como uma escala de 0 a 5. As respostas extremas (0 e 5 respetivamente) correspondem aos extremos opostos de um certo sentimento ou pensamento.

Por favor preencha cada questão desenhando um círculo à volta do número que representa a resposta que melhor corresponde a como **imagina** que o seu trabalho de parto e parto serão.

Por favor responda como **imagina** que o seu trabalho de parto e parto serão – *não da forma como espera que sejam*.

I De uma forma geral, como pensa que irá ser o seu trabalho de parto e parto?

- | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|----------|---|---|---|---|---|-----------------|
| 1 | Extremamente fantástico | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada fantástico |
| 2 | Extremamente assustador | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada assustador |

II De uma forma geral, como acha que se vai sentir durante o trabalho de parto e parto?

- | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------|----------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 3 | Extremamente só | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada só |
| 4 | Extremamente forte | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada forte |
| 5 | Extremamente confiante | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada confiante |
| 6 | Extremamente amedrontada | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada amedrontada |
| 7 | Extremamente isolada | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada isolada |
| 8 | Extremamente fraca | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada fraca |
| 9 | Extremamente segura | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada segura |
| 10 | Independente | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Dependente |
| 11 | Extremamente desolada | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada desolada |
| 12 | Extremamente tensa | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada tensa |
| 13 | Extremamente contente | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada contente |
| 14 | Extremamente orgulhosa | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada orgulhosa |
| 15 | Extremamente abandonada | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada abandonada |
| 16 | Extremamente calma e serena | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada Calma e serena |
| 17 | Extremamente relaxada | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada relaxada |
| 18 | Extremamente feliz | <u>0</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Nada feliz |

III O que pensa que vai sentir durante o trabalho de parto e parto?

19	Extremo pânico	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nenhum pânico
20	Extrema falta de esperança	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nenhuma falta de esperança
21	Extremo desejo de ter a criança	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nenhum desejo de ter a criança
22	Extrema autoconfiança	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nenhuma autoconfiança
23	Muita confiança nos outros	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nenhuma confiança nos outros
24	Extrema dor	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nenhuma dor

IV O que pensa que vai acontecer quando o trabalho de parto for mais intenso?

25	Comportar-me-ei Extremamente mal	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Não me comportarei nada mal
26	Permitirei que o meu corpo assuma o controlo total	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Não permitirei que o meu corpo assuma o controlo
27	Perderei totalmente o controlo de mim mesma	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Não perderei de todo o controlo de mim mesma

V Como imagina que vai sentir o momento exato do parto?

28	Extremamente agradável	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nada agradável
29	Extremamente natural	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nada natural
30	Exatamente como deveria ser	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nada como deveria ser
31	Extremamente perigoso	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Nada perigoso

VI Durante o último mês, imaginou sobre o trabalho de parto e parto, como por exemplo...

32	... imaginou que o seu bebé vai morrer durante o trabalho de parto ou parto?							
	Nunca	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Muito frequentemente
33	... imaginou que o seu bebé vai ficar ferido durante o trabalho de parto ou parto?							
	Nunca	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	Muito frequentemente

Agora poderia, por favor, verificar se não se esqueceu de responder a nenhuma questão?

III– Escalas de Ansiedade Depressão e Stress

EADS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1– aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Anexo III

Autorização para a tradução, adaptação cultural e validação do W-DEQ



Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>

Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

Klaas Wijma <klaas.wijma@liu.se>
Para Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>

6 de Fevereiro de 2013 à 13:39

Dear Colleague,

Here comes the permission:

“Herewith I offer you permission to use the following questionnaire(s):

W-DEQ vers. A: Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire, measuring

Fear of Childbirth before delivery

W-DEQ vers. B: Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire, measuring

Fear of Childbirth after delivery

TES vers. A: Traumatic Event Scale, measuring trauma anxiety before delivery

TES vers. B: Traumatic Event Scale, measuring trauma anxiety after delivery

DFS: Delivery Fear Scale, measuring fear of childbirth during delivery

in your project as described in this E-mail letter below.

Conditions are (1) that you refer to the scale(s) in your publications whenever you mention data based on it(them), (2) that you send me copies of such publications, (3) that, in case of a translation, you send me a copy such publications, (4) that, in case of a translation, you send me a copy (by mail and a paper version) of the translation of the questionnaire(s).

Both W-DEQ and DFS measure “fear of childbirth” and its measurement SHOULD be referred to as that and NOT, as some unacquainted researchers have done, as “childbirth experience”. The term “childbirth experience” is psychometrically nonsense when you use these instruments, validated for the field of anxiety and fear.

The W-DEQ references are:

Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19, 84-97.”

It would be interesting to keep up with information about the progress of your research.

Please don't hesitate to contact me in case of any questions.

Anexo IV

Autorização para a utilização do EADS-21



Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>

Pedido de permissão para a utilização EADS 21

3 mensagens

Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>
Para jlpr@fpce.up.pt

10 de Fevereiro de 2013 à 16:12

Exmo. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

Venho por este meio pedir-lhe permissão para a utilização das Escalas de Ansiedade Depressão e Stress de 21 itens (EADS 21), para a validação do Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), inserido no estudo de tradução, adaptação cultural e validação do W-DEQ versão A, para a população portuguesa, no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS).

Os objetivos deste estudo são :

- o Traduzir e adaptar culturalmente para a população portuguesa o questionário –Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ);
- o Validar o questionário –Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ);
- o Determinar os níveis de medo do parto num grupo de mulheres grávidas portuguesas
- o Descrever a relação entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e clínicas;

Com os melhores cumprimentos

Soraia Loureiro

Aluna do Mestrado em Ciências de Enfermagem, ICBAS, Universidade do Porto

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Para Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>

10 de Fevereiro de 2013 à 16:19

Autorizo a utilização da EADS 21

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Soraia Loureiro [soraialoureiro@gmail.com]

Enviado: domingo, 10 de Fevereiro de 2013 16:12

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de permissão para a utilização EADS 21

[Citação ocultada]

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>
Para José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

10 de Fevereiro de 2013 à 16:26

Exmo. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

Grata pela brevidade da resposta e pela permissão de utilização EADS 21.

Com os melhores cumprimentos
Soraia Loureiro

No dia 10 de Fevereiro de 2013 à 16:19, José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt> escreveu:
[Citação ocultada]

Anexo V

Autorização para a realização do estudo no ACeS Porto Ocidental e ACeS Porto Oriental



Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>

projeto de investigação

Conselho Clínico ACES Porto Ocidental <cc.acesportoocidental@gmail.com> 11 de Março de 2013 às 15:12
Para etica <etica@arsnorte.min-saude.pt>
Cc: soraialoureiro@gmail.com

Ex.mos Colegas da comissão de Ética da ARS norte,

Venho por este meio pedir o parecer da comissão de ética da ARS Norte para o trabalho de investigação em anexo, para o qual temos um parecer positivo pelos conhecimentos que pode produzir e utilidade para a prática clínica.

No entanto, e como é habitual, a autorização está dependente do vosso inestimável parecer.

(Em cc para a autora do projecto)

Ao dispor,
Maria José Ribas
Presidente Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Ocidental
cc.acesportoocidental@gmail.com

Por favor, confirmar recepção desta mensagem. Obrigada.





Antes de imprimir este e-mail pense bem se tem mesmo que o fazer.
Proteja o ambiente e contribua para o esforço comum de contenção de custos.

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Soraia Loureiro** <soraialoureiro@gmail.com>
Data: 27 de Fevereiro de 2013 à 15:48
Assunto: projeto de investigação
Para: cc.acesportoocidental@gmail.com

[Citação ocultada]

4 anexos

-  **Projeto investigação Soraia Loureiro.pdf**
4804K
-  **Dec orientadoras.pdf**
267K
-  **CvEuropass Soraia 01_2013.pdf**
168K
-  **Comissão ética.pdf**
286K



Soraia Loureiro <soraialoureiro@gmail.com>

Parecer sobre trabalho de investigação

Enf. Cândida Maciel_ACES Porto Oriental <candidam@csparanhos.min-saude.pt>

23 de Abril de 2013 às 18:41

Para soraialoureiro@gmail.com

Cc: Cândida Maciel <maciel.candida@gmail.com>, Dr Julio Rêgo <pcc@csparanhos.min-saude.pt>, Isabel Moita <isabel.moita@csparanhos.min-saude.pt>, Isabel Paiva <ipaiva@csparanhos.min-saude.pt>

Exma. Investigadora, Soraia Andreia Miranda Loureiro,

O Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Oriental pronuncia-se **favoravelmente** à realização do trabalho de investigação "**O medo do parto nas grávidas: tradução, adaptação cultural e validação da W-DEQ**".

A realização do trabalho nas unidades funcionais do ACES Porto Oriental só se iniciará após:

1. A aprovação da Comissão de Ética e de Saúde da ARSN, I.P.
2. A autorização de cada coordenador das unidades funcionais onde pretende desenvolver o estudo.

Devendo dar nota dos referidos pareceres ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Oriental.

Com os melhores cumprimentos,

Cândida Maciel

Enfermeira Chefe

Vogal do Conselho Clínico e de Saúde



Rua Vale Formoso, 466

4200-510 Porto

Tel: 228347355/927810772

candidam@csparanhos.min-saude.pt

acesporto-oriental@csparanhos.min-saude.pt

Já efectuou o seu registo no Portal do Utente?

Para efetuar o seu registo aceda diretamente a este link: <https://servicos.min-saude.pt/acesso/autoregisto/>

Anexo VI

Aprovação da comissão de ética



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 23
REUNIÃO DE 7.16.2013

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 51 DATA: 05 Jun 13

DELIBERADO AUTORIZAR
7.16.13

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer N.º 45/2013

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer n.º 45/2013 (sobre o estudo: “O medo do parto nas grávidas: tradução, adaptação cultural e validação do W-DEQ para português”), aprovado na reunião do dia 28 de Maio de 2013, por unanimidade.

C. Neves
2013/6/17

Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.

J. C. Pedro
José Carlos Pedro
Vogal C. D.

P. Oliveira

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

À Consideração Superior

D. Neves

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Alexandra

M

**Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

PARECER Nº 45/2013

Sobre o estudo T/175 – Estudo sobre “O medo do parto nas grávidas: tradução, adaptação cultural e validação do W- DEQ para Português”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo n.º T175, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão em março de 2013, referente ao estudo “O medo do parto nas grávidas: tradução, adaptação cultural e validação do W- DEQ para Português”, cuja investigadora é Soraia Andreia Miranda Loureiro, mestranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar sob orientação da Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos Cardoso e Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos. Estudo a ser implementado nos ACES Porto Oriental e Porto Ocidental.

1. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, curriculum do investigador, consentimento informado, Pedidos de autorização para realização do estudo aos ACES Porto Oriental e Ocidental, declaração de entrega de relatório final à CES, autorização para a utilização do instrumento de recolha de dados, declaração dos orientadores do referido estudo, e Questionário.
2. Trata-se de um estudo que se insere no paradigma de investigação quantitativo, estudo metodológico, descritivo, correlacional e transversal, cuja população inclui mulheres grávidas, no terceiro trimestre de gravidez, acompanhadas no Sistema Nacional de Saúde, sendo a amostra constituída pelas mulheres grávidas no terceiro trimestre da gestação da cidade do Porto (ACES Porto Oriental e Ocidental) segundo critérios de inclusão definidos. O tipo de amostragem será a amostragem não probabilística acidental. O instrumento de recolha de dados é um questionário de autopreenchimento (caracterização sócio demográfica, W-DEQ, escala de ansiedade, depressão e stress) já autorizado pelo autor do



Allegria
Lu

mesmo. O procedimento de recolha de dados prevê que o questionário seja entregue à grávida quando esta tiver um contacto com a enfermeira na consulta entre as 28 e 40 semanas. Será pedida a colaboração dos enfermeiros das unidades para entrega do questionário e esclarecimento de potenciais dúvidas, sendo dada informação sobre os objetivos do estudo e esclarecimentos que poderão dar aos participantes através de uma formação/preparação. Todos os participantes no estudo deverão dar o consentimento informado. A análise estatística será efetuada com recurso ao Programa Statistic (Program for Social Sciences – SPSS).

3. Os objetivos deste estudo são: Traduzir e adaptar culturalmente para a população portuguesa o questionário Wjma DeliverY Expectancy/Experience Questionnaire (W – DEQ); Validar o questionário Wjma DeliverY Expectancy/Experience Questionnaire (W – DEQ); Determinar os níveis de medo do parto num grupo de grávidas portuguesas; Descrever a relação entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a profissão de Enfermagem;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pelo investigador.
3. Considera-se que a identificação dos participantes no estudo não trará implicações éticas, dado que os participantes serão identificados pelos enfermeiros das unidades onde se realiza o estudo, após obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido para participar. A sua participação não terá qualquer tipo de incentivo / recompensa ou punição, podendo em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo ou dano relativamente aos cuidados que lhe são prestados.
4. Todos os custos serão suportados pelo investigador.
5. O instrumento de recolha de dados a utilizar está devidamente autorizado pelo autor do mesmo.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado.



2. O investigador tem que obter autorização para a realização do estudo de todos os ACES que participam no mesmo.

O relator

Maria Assunção Gomes Magalhães

Maria Assunção Gomes Magalhães

Aprovado em reunião do dia 28/05/2013, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

Alberto Pinto Hespanhol

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Anexo VII

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: O medo do parto nas grávidas: Tradução, adaptação cultural e validação do W-DEQ para português

Enquadramento: O presente estudo desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, pela Investigadora Soraia Loureiro, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na UCC Baixa do Porto, e pelas orientadoras Professora Doutora Alexandrina Cardoso e Professora Doutora Célia Santos. Os Objetivos deste estudo são: traduzir, adaptar culturalmente para a população portuguesa, e validar o questionário –Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ); determinar os níveis de medo do parto num grupo de mulheres grávidas portuguesas; e descrever a relação entre o medo do parto e as variáveis sociodemográficas e clínicas;

Explicação do estudo: Será solicitado o preenchimento de um questionário que inclui dados sociodemográficos, uma escala de avaliação do medo do parto (W-DEQ) e uma escala de avaliação de stress, ansiedade e depressão (EADS 21). O questionário será entregue à grávida aquando o contacto desta com o enfermeiro que a acompanha na sua unidade de saúde.

Condições e financiamento: O estudo será efetuado aquando do contacto já programado da grávida com o enfermeiro que a acompanha (ou espontâneo por iniciativa da grávida), não implicando assim custos financeiros de deslocações. O estudo será financiado pelo próprio investigador. A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo o participante recusar ou cancelar a sua participação na investigação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência prestada. Este estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

Confidencialidade e anonimato: Os dados colhidos serão confidenciais, e para uso exclusivo do presente estudo. Os contactos para recolha de dados serão realizados em ambiente de privacidade.

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE