

1 – INTRODUÇÃO

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

A partir da década de 40 do século XX, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto (TP) e parto, principalmente, para as gestantes de baixo risco, o que tem contribuído para o aumento de procedimentos invasivos e intervencionistas, muitas vezes de forma desnecessária e sem participação da mulher e da família (MOURA et al., 2007; LOBO et al., 2010). A utilização inadequada da tecnologia e o uso rotineiro de intervenções altera o curso fisiológico do parto, em que uma intervenção condiciona a outra de maneira sucessiva (SCHNECK, RIESCO, 2006). LOBO [et al.] (2010) referem que os procedimentos desnecessários proporcionam maiores custos ao cuidado e têm efeitos potencialmente adversos.

Desta forma, o parto como um processo natural, privativo, familiar e feminino, passou a ser vivenciado em instituições de saúde com a presença de vários profissionais a conduzir este processo. Este facto favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser a protagonista do parto (VELHO, OLIVEIRA e SANTOS, 2010). LOBO [et al.] (2010) afirmam que a assistência intervencionista na atenção ao parto tem sido uma fonte de insatisfação para as mulheres. Nos últimos anos, diversos estudos sobre o emprego mínimo de intervenção no parto em mulheres de baixo risco, em comparação ao cuidado tradicional (intervencionista), verificaram resultados maternos e perinatais favoráveis (SCHNECK, RIESCO, 2006).

Perante esta problemática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas com o parto normal, preconizando como objectivo da assistência ao parto, que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário (PATAH e MALIK, 2011). Apesar dessa recomendação, a incidência das cesarianas está a aumentar em diversos países, onde Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesarianas, estimando-se que em 2009 tenham ocorrido na região norte mais de 36% de nascimentos por cesariana (ARS NORTE, 2010).

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

Numa revisão da literatura realizada por HATEM [et al.] (2009) verificou-se que o atendimento realizado por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica (EESMOG) oferece benefícios e não mostra resultados adversos. Esta situação deveria ser a norma de actuação para as mulheres classificadas como baixo e médio risco. Estes autores concluem que a todas as mulheres se deve oferecer modelos de atendimento realizados por EESMOG e que é necessário incentivar as mulheres a tomar esta opção.

Por outro lado, não podemos esquecer que para o bom desenvolvimento do trabalho de parto (TP), parto e pós-parto (PP), é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher. Portanto, conhecer o que a mulher espera dos cuidados de saúde, o que encontra, o que considera importante e o que sente, permite-nos adequar a assistência proporcionada às necessidades da mulher, melhorando o nível de satisfação e a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo HESPANHOL (2008) a satisfação pode ser entendida como o resultado da avaliação que uma pessoa faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja, é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter. A identificação das necessidades e das expectativas das parturientes é fundamental para alcançar a sua satisfação (ROMAN OLIVER, ESPINACO GARRIDO, 2008). Consequentemente, a satisfação da parturiente é essencial para incrementar a competitividade nas instituições de saúde.

É neste contexto que surge a pertinência do estudo “Práticas Obstétricas segundo a OMS: Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher”, realizado nos serviços de Obstetrícia/Puerpério de diferentes hospitais, nomeadamente no Hospital de São Teotónio, E.P.E. (Viseu); no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), E.P.E. – Unidade de Santa Maria da Feira e no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. (Maternidade Bissaya Barreto).

A motivação para este estudo surge, então, como resultado das nossas inquietações

personais, perante um tema actual ainda pouco desenvolvido no contexto português. O mesmo é objectivado no enunciado das nossas questões de investigação:

- Qual é a expectativa, a percepção e a satisfação da mulher com as práticas obstétricas durante o TP, parto e PP?
- Que relação existe entre a importância e a percepção das mulheres perante as práticas obstétricas, a nível de “Cuidados prestados”, “Actuação perante a dor”, “Apoio sócio-familiar”, “Atenção ao bem-estar” e “Atenção ao pós-parto/alta”?
- Qual é a influencia das variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, estatuto ocupacional e agregado familiar) sobre a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas?
- Que relação existe entre as variáveis obstétricas (vigilância da gravidez, gravidez desejada, preparação para o parto, paridade, parto induzido, duração do TP, tipo de parto actual e deambulação) e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas?
- Será que as expectativas e a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP influenciam a sua percepção relativamente às práticas obstétricas?

Para facilitar a exequibilidade do estudo, dada a vasta complexidade e amplitude do tema, definimos os seguintes objectivos específicos: – Avaliar a percepção, as expectativas e a satisfação da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o TP, parto e PP; – Determinar a influência de factores sócio-demográficos e obstétricos nessa percepção; – Analisar a relação entre a percepção e a importância dos cuidados recebidos durante o TP, parto e PP pela mulher, a nível de “Cuidados prestados”, Actuação perante a dor”, “Apoio sócio-familiar”, Atenção ao bem-estar” e “Atenção ao PP/alta”; – Determinar se as expectativas e satisfação da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o TP, parto e PP influenciam a sua percepção.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes fundamentais: a primeira parte corresponde à fundamentação teórica, cuja finalidade consistiu na familiaridade com o conhecimento actualizado da bibliografia existente, tendo sempre em atenção a procura de fontes primárias. Deste modo consideramos pertinente reflectir no capítulo 1, sobre as Recomendações da OMS nas práticas obstétricas para o parto normal atendendo a quatro categorias propostas: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, práticas claramente prejudiciais que devem ser eliminadas, práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e práticas frequentemente usadas de modo inadequado. De seguida, no segundo capítulo é feita uma análise sobre a Enfermagem Obstétrica, dando ênfase às competências dos EESMOG. Ainda na fundamentação teórica centrada na população considerada neste estudo analisamos no capítulo 3, as expectativas, a percepção e a satisfação da mulher com os cuidados

recebidos, onde se faz referência aos diversos factores que podem influenciar estes três conceitos e a relação que existe entre eles. Ao longo destes três capítulos foi realizada uma revisão de estudos.

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

Finalmente, serão apresentadas as referências bibliográficas consultadas, assim como os apêndices que incluem o instrumento de colheita de dados utilizado na investigação e as autorizações das instituições hospitalares necessárias à sua aplicação.

PARTE I – Fundamentação Teórica

Capítulo 2 – Recomendações da OMS
nas Práticas Obstétricas

Capítulo 3 – Enfermagem de Saúde
Materna, Obstétrica e Ginecológica –
Um Estado de Arte

Capítulo 4 – Expectativas, Percepção e
Satisfação da mulher com os cuidados
recebidos

2 – RECOMENDAÇÕES DA OMS NAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

Um grupo de especialistas de diversos países, com base nas melhores evidências científicas apresentadas em trabalhos publicados em todo o mundo, elaborou um relatório intitulado “Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático” da autoria da OMS. Este guia de atenção ao parto normal, elaborada em 1996, foi uma iniciativa para fazer frente às elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, e é a única existente até ao momento.

O referido documento identifica as práticas mais comuns utilizadas durante o TP e tenta estabelecer normas de boas práticas para a conduta do TP e parto sem complicações, baseando-se na evidência científica.

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

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

Apesar da existência destas recomendações, observamos actualmente nas maternidades do país que determinadas práticas realizadas de forma sistemática são desnecessárias e inclusive desaconselháveis, mas ao mesmo tempo muito difíceis de desenraizar. O propósito deste capítulo é fazer uma revisão e reflexão das diferentes práticas obstétricas realizadas de forma rotineira na assistência ao parto em Portugal e reafirmar assim as recomendações para a prática clínica preconizadas pela OMS. Tendo em atenção que o documento criado pela OMS data de 1996, existem diversos estudos científicos mais recentes, realizados com o intuito de melhorar a assistência proporcionada às mulheres e que mostram evidências científicas suficientes que justificam a erradicação de práticas inadequadas.

Uma adequada evolução do TP, como defende a OMS (1996), passa por um adequado diagnóstico da fase do TP em que se encontra a parturiente; um diagnóstico incorrecto do TP pode conduzir a estados de ansiedade e intervenções desnecessárias. Registrar a evolução do TP, a dinâmica uterina, a frequência cardíaca (FC) fetal, os sinais vitais

maternos, o estado da bolsa amniótica e a cor do líquido no partograma (prática incluída na categoria A) é essencial e permitirá uma avaliação objectiva sobre o desenvolvimento deste, onde a tomada de decisões baseada em dados objectivos será mais eficaz (ROCHA, 2005; APEO, 2009). Uma revisão da literatura realizada por LAVENTER, HART e SMYTH (2008) publicada na *Cochrane Library*, recomenda que as informações obtidas através do uso do partograma sejam utilizadas como base na análise da evolução do TP entre profissionais e utentes.

Em muitas ocasiões, não se permite que o processo fisiológico do parto se inicie e realiza-se um diagnóstico precoce da fase activa do parto, o que origina uma cascata de intervenções que podem complicar a sua evolução e o resultado obstétrico. Assim, estimular com ocitocina a dinâmica uterina ou realizar uma amniotomia (práticas incluídas na categoria C), são duas práticas que acarretam mais intervenções, sendo que em algumas ocasiões aceleram a dilatação, e em outras, desenvolvem alterações da FC fetal que necessitam de outros procedimentos como a monitorização fetal contínua e a epidural (SCHECK, RIESCO, 2006; WEI et al, 2009; SMYTH, ALLDRED, MARKHAM, 2009). SCHECK e RIESCO (2006) afirmam que quando se permite e favorece o processo fisiológico, o parto segue o seu próprio ritmo e diminui de forma evidente as complicações derivadas do intervencionismo e da medicalização. Um estudo de metanálise realizado por BROWN [et al.] (2008) afirma que o uso de uma política intervencionista nas instituições de saúde (tratamento activo do TP) pode dar lugar a reduções moderadas da taxa de cesarianas. Os benefícios destas reduções devem-se equilibrar com o risco aumentado de intervenções no tratamento de gravidezes de baixo risco. Os supracitados autores referem ainda que são necessários estudos adicionais para determinar o grau de aceitação e satisfação das mulheres perante tais políticas.

No que se refere à restrição de líquidos e alimentos durante o TP (prática incluída na categoria D), esta proibição parece não ter justificação na gravidez de baixo risco. Para a APEO (2009, p. 53) “não existe evidência científica que justifique o jejum das mulheres em TP pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico”. O Síndrome de Mendelson (risco de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral) ainda que exista, não está demonstrado que o jejum garanta o completo esvaziamento gástrico (CARAVACA et al., 2009; SINGATA, TRANMER, GYTE, 2010). Em termos anestésicos uma grávida é considerada “um estômago cheio” e com as actuais técnicas anestésicas, são poucas as anestésias gerais realizadas em caso de cesariana, conseqüentemente a incidência do síndrome de Mendelson é muito baixa como referem GYTE e RICHENS (2008). Por outro lado, uma mulher em TP refere não sentir muita necessidade de comer, mas sim de ingestão de líquidos (OMS, 1996). No entanto a restrição de alimentos e/ou bebida durante o TP pode

derivar em desidratação ou cetose (CARAVACA et al., 2009). Resumindo, existe suficiente evidência científica (as referidas metanálises publicadas na *Cochrane Library* por GYTE e RICHENS em 2008; e por SINGATA, TRANMER e GYTE em 2010) para afirmar que a mulher, deseje ou não um parto normal, queira ou não analgesia epidural, pode e deve ser incentivada a manter uma boa hidratação e/ou nutrição durante o TP sem riscos aumentados, sempre e quando se trate de uma gravidez de baixo risco (CARAVACA et al., 2009; SINGATA, TRANMER, GYTE, 2010).

Inerente a esta restrição de alimentos e líquidos durante o TP, está a necessidade de uma infusão intravenosa de rotina (prática incluída na categoria B), a qual não tem benefícios comprovados, como refere a *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* (CORREIA, 2010). Pelo contrário, com o aumento dos níveis médios de glicemia, aumentam os níveis maternos de insulina, elevando os níveis séricos de glicose no feto, podendo provocar uma diminuição do pH do sangue da artéria umbilical. Por outro lado, o uso excessivo de soluções intravenosas sem sódio pode conduzir à hiponatremia materna e consequentemente do recém-nascido (RN) (OMS, 1996).

Relativamente ao uso rotineiro de enemas e de tricotomia (práticas incluídas na categoria B), uma revisão *Cochrane* traduzida intitulada “*enemas durante el trabajo de parto*”, realizada por REVEIZ, GAITÁN e CUERVO (2008) com o objectivo de determinar os efeitos dos enemas utilizados durante a primeira fase do TP nas taxas de infecção materna e neonatal; na duração do TP; na deiscência da episiotomia; na dor da região perineal; na frequência da contaminação fecal e nos custos da assistência sanitária; permite-nos confirmar que não existem evidências científicas que demonstrem que o uso habitual do enema em grávidas em TP esteja justificado. Do mesmo modo, uma revisão *Cochrane* realizada por BASEVI e LAVENDER (2008) que tenta avaliar os efeitos da tricotomia perineal sistemática no momento do internamento na sala de partos nos resultados maternos e neonatais, permite-nos concluir que as provas existentes são insuficientes para recomendar a tricotomia; sendo que a sua realização representa um acto incómodo para a gestante e que implica um aumento do risco de infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e hepatite (OMS, 1996). Tanto o enema como a tricotomia são dois procedimentos que só deveriam utilizar-se a pedido da parturiente.

Referente à caracterização da bexiga (prática incluída na categoria D), a APEO (2009) afirma que a parturiente deverá ter a possibilidade de deambular e urinar espontaneamente no quarto de banho quando necessite. Conclui também que a caracterização vesical aumenta o risco de infecção, de lesão da uretra e representa uma prática dolorosa.

Por outra parte, o uso da monitorização fetal contínua – MFC (prática incluída na

categoria D) tem condenado as gestantes a permanecer durante horas numa posição rígida na cama, até ao ponto que se tem transmitido culturalmente que as gestantes devem estar deitadas durante a dilatação. Pelo contrário, é bem sabido que este facto oferece inconvenientes. Diversos estudos observacionais indicam que uma posição supina durante o TP pode ter efeitos fisiológicos adversos para a mãe e o RN (LAWRENCE et al., 2009). JIMÉNEZ e PEREZ (2008) afirmam que a MFC não se deve utilizar em partos de baixo risco porque aumenta a percentagem de partos instrumentados e cesarianas. Resultados similares aos encontrados por ALFIREVIC, DEVANE e GYTE (2008) numa revisão bibliográfica realizada com o objectivo de avaliar a efectividade da cardiocotografia continua durante o TP, onde se verificou que a MFC está associada a um aumento de cesarianas e partos vaginais instrumentados. Também, JIMÉNEZ e PEREZ (2008) referem que a MFC não melhora a morbilidade e mortalidade perinatal e neonatal. Em contrapartida, ALFIREVIC, DEVANE e GYTE (2008) afirmam que a MFC associa-se a uma redução das crises epilépticas neonatais, não existindo diferenças significativas na paralisia cerebral, mortalidade infantil ou noutras medidas de avaliação do bem-estar neonatal. Para ALFIREVIC, DEVANE e GYTE (2008), o real desafio é como transmitir esta incerteza às mulheres permitindo-lhes realizar uma eleição fundamentada, sem comprometer a normalidade do TP.

Perante esta temática, A OMS (1986) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia defendem que para o controlo e seguimento do estado fetal em dilatações e em expulsivos de baixo e médio risco, pode-se realizar uma monitorização intermitente (prática incluída na categoria A). Isto permite à gestante uma livre deambulação e a possibilidade de adoptar diferentes posturas, melhorando a dinâmica uterina; reduzindo o período de dilatação e expulsivo; diminuindo os registos patológicos; aumentando o controlo da mãe, atenuando a percepção dolorosa e conseqüentemente, a menor utilização de analgesia epidural (LOWDERMILK e PERRY, 2008; JIMÉNEZ e PEREZ, 2008).

Atendendo ao alívio da dor no parto, se bem que a analgesia epidural representa o método por excelência e que como toda a técnica tem as suas indicações, vantagens e inconvenientes, nos casos onde a parturiente não pretenda este tipo de analgesia ou esteja contra-indicada, existem métodos alternativos que lhe devem ser oferecidos (práticas incluídas na categoria A e C). Estes métodos que não têm demonstrado a mesma eficácia para o alívio da dor como a epidural (ANIM-SOMUAH, SMYTH, HOWELL, 2008), mas que permitem efeitos analgésicos sem necessidade de uma técnica invasiva, sendo inócuos para a gestante e para o feto, permitem à parturiente sentir-se mais protagonista do acontecimento que vivencia, participando de uma forma mais activa (OMS, 1996). Entre estes métodos destacamos as técnicas de relaxamento, de distração, de respiração; a

musicoterapia; a aromaterapia; a hidroterapia; o feedback biológico; a estimulação nervosa transcutânea, as massagens, a *effleurage*, a hipnoterapia, as posturas corporais, o uso da bola Suíça, a aplicação de calor na zona lombar-sagrada, a administração de gases anestésicos inalados (Entonox®), entre outros (SMITH et al, 2008; CLUETT e BURNS, 2009; DOWSWELL et al, 2009; DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ et al, 2009; ROMEU (2009); ROCHA e MONTEIRO, 2009). A APEO (2009) afirma que na assistência ao parto normal é necessária a presença de pessoal sensibilizado e com formação sobre as terapias complementares que se utilizam no alívio da dor.

Diversos ensaios controlados aleatórios que comparam a analgesia epidural com alguns destes métodos mencionados, referem que o uso da analgesia epidural pode incrementar o número de partos instrumentados, o tempo da segunda etapa do TP, a necessidade de estimulação das contrações e a limitação dos movimentos (ANIM-SOMUAH, SMYTH, HOWELL, 2008). No entanto, não se observaram diferenças nas taxas de cesarianas, lombalgias a longo prazo e efeitos adversos no RN pouco tempo depois do nascimento (ANIM-SOMUAH, SMYTH, HOWELL, 2008; LEAL, 2009). Nos últimos anos, temos assistido ao uso de técnicas analgésicas inovadoras. Um estudo controlado aleatorizado de analgesia epidural de dose elevada comparativamente à epidural móvel afirma que estas últimas são ligeiramente melhores que as epidurais tradicionais de dose elevada, mas são necessários mais estudos nesta área para determinar os possíveis benefícios (WILSON et al., 2010).

Por outro lado, não podemos esquecer que a informação fornecida pelos profissionais de saúde, a expressão e o apoio verbal demonstrado são muito importantes no alívio da dor (FRÓIS, FIGUEIREDO, 2004). A este respeito, a OMS (1996) refere que o fornecimento de informações tranquilizadoras e quanto mais informada estiver a parturiente e o seu acompanhante, menor será o medo ao desconhecido e melhor será a sua preparação psicológica. Tudo isto permitirá diminuir a sua percepção da dor.

Como já foi referido, a limitação para o movimento ou postura da parturiente durante a fase de dilatação, de igual modo que na fase do expulsivo é inadequado (práticas incluídas na categoria B). A posição de litotímia está enormemente estendida na nossa cultura do parto, mas ao mesmo tempo é a posição mais desfavorável para a evolução do parto normal. As posições verticais com ou sem ajuda de uma cadeira de parto ou do acompanhante, implicam menores alterações no padrão da FC fetal; encurtam o tempo da primeira fase do TP e da duração do período expulsivo; são mais favoráveis para a descida da apresentação fetal; facilitam os esforços expulsivos espontâneos; diminuem o cansaço da parturiente que ao mesmo tempo sente menos dor e necessita menos da analgesia epidural; reduzem o uso de episiotomias e permitem uma ligeira diminuição de partos instrumentados (GUPTA, HOFMEYR, 2008; APEO, 2009; LAWRENCE et al., 2009). Em

contrapartida, é mais incómoda para a pessoa que assiste o parto, associa-se a um aumento da perda sanguínea (maior a 500 ml); dificulta a protecção do períneo e parecem ser mais frequentes as lacerações perineais de segundo grau (GUPTA, HOFMEYR, 2008). Para a APEO (2009), a posição em decúbito lateral permite mais períneos intactos, melhores resultados perineais e previne a compressão da veia cava. Em suma, existe a possibilidade de adoptar diversas posições, cada uma delas com vantagens e inconvenientes, o mais importante e adequado é encorajar a parturiente para escolher a posição mais cómoda para ela, permitindo-lhe tomar uma decisão informada, conhecendo as implicações de cada uma das posições.

Continuando a reflectir no período expulsivo, observamos que na maioria das situações se alenta as mulheres a realizar puxos de uma forma contínua e mantida (Valsalva) durante a segunda fase do trabalho de parto (prática incluída na categoria B). Outra alternativa consiste em deixar a mulher puxar livremente quando o necessite. Estas duas práticas têm sido avaliadas em diferentes estudos. Uma revisão da literatura realizada por ÁLVAREZ-BURÓN e ARNEDILLO-SÁNCHEZ (2010) demonstra que o puxo dirigido com a manobra de Valsalva diminui a duração da segunda etapa do parto, mas ao mesmo tempo compromete o intercâmbio gasoso materno-fetal, com descidas do pH médio da artéria umbilical e índices de Apgar mais baixos ao primeiro e quinto minuto de vida. Estes autores referem também que a prática rotineira do puxo dirigido pode ter efeitos prejudiciais na integridade do pavilhão pélvico já que se relaciona com a aparição de incontinência urinária e fecal aos três meses após o parto. Por estes motivos, os puxos espontâneos e livres parecem ser melhores (ÁLVAREZ-BURÓN e ARNEDILLO-SÁNCHEZ, 2010).

No que se refere ao uso sistemático de episiotomia (prática incluída na categoria D), esta não demonstra proteger o períneo perante lacerações graves (III e IV grado), não previne a incontinência urinária, pelo contrário, aumenta a dor, dificulta as relações sexuais e representa um factor de risco para lacerações perineais espontâneas no segundo parto. No entanto, com o uso selectivo da episiotomia, existe um maior risco de trauma perineal anterior (BERRAL GUTIÉRREZ, BURGOS SÁNCHEZ, 2006; JUSTE-PINA et al, 2007; CARROLI e BELIZÁN, 2008). Diversos estudos demonstram que esta prática não está justificada de forma rotineira, sendo necessária uma política selectiva na realização da episiotomia (JUSTE-PINA et al, 2007; CARROLI e BELIZÁN, 2008). Este facto implica que os profissionais vençam os seus receios, tenham uma maior aprendizagem e uma maior confiança no corpo da mulher.

Para finalizar este capítulo abordaremos a problemática derivada da seguinte pergunta: Qual é o momento idóneo para clampar o cordão umbilical? Esta decisão poderá afectar o contacto pele a pele precoce, que ao mesmo tempo favorece a vinculação afectiva, a

estabilidade cardiorespiratória do recém-nascido (RN) e conseqüentemente, o início do aleitamento materno precoce, sem apresentar efeitos negativos aparentes a curto ou a longo prazo (MOORE, ANDERSON, BERGMAN, 2008). O cortar o cordão umbilical imediatamente no momento do nascimento implica levar o RN para um berço aquecido e aplicar-lhe uma série de cuidados, que só se justificam se o RN se encontra em sofrimento. A clampagem precoce do cordão umbilical (prática incluída na categoria C) actua em contra da própria fisiologia, uma vez que o cordão aporta oxigénio ao mesmo tempo que o RN se adapta à vida extra uterina (OMS, 1996). Em situações normais deveria existir uma boa justificação para interferir neste processo fisiológico (ORTEGA et al, 2009). Segundo ORTEGA [et al.] (2009) a única vantagem documentada é a diminuição do tempo da dequitação e da hemorragia PP, dados contraditórios se temos em conta uma revisão *Cochrane* traduzida, realizada por McDONALD e MIDDLETON no mesmo ano, onde não se verificaram diferenças significativas nas taxas de hemorragia PP ao comparar a clampagem precoce e tardia do cordão umbilical.

Por sua vez, existem diversos estudos que referem que a clampagem tardia do cordão umbilical aumenta os depósitos de ferro; melhora a oxigenação cerebral; diminui a necessidade de transfusão, de hemorragias intraventriculares e de sépsis. No entanto, está contra-indicado nos casos de restrição do crescimento intrauterino e, ainda que sendo uma prática segura no caso de prematuros, existe um aumento da morbidade neonatal por excesso de volume sanguíneo (RABE, REYNOLDS e DIAZ-ROSELLO, 2008; ORTEGA et al., 2009). Para ARANGO GÓMEZ e MEJIA LONDOÑO (2004) a clampagem tardia do cordão umbilical não produz hiperbilirrubinemia, policitemia, hiperviscosidade ou taquipneia transitória. Já McDONALD e MIDDLETON (2008) afirmam que com a clampagem tardia do cordão umbilical existe um risco adicional de icterícia que pode requerer de fototerapia.

A ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD (2007) ao falar da clampagem tardia afirma que o momento óptimo para cortar o cordão umbilical é quando a circulação deste tenha cessado, está aplanado e sem pulso (aproximadamente três minutos após o parto). Ainda refere que o RN colocado aproximadamente a dez centímetros acima ou abaixo do nível da placenta, a transfusão placentária completa ocorre em três minutos.

Perante esta temática bastante controversa, ORTEGA [et al.] (2009) através de uma revisão sistemática da bibliografia concluem que a prática mais adequada deve ser a mais fisiológica, já que não existem evidências científicas que demonstrem que os benefícios da clampagem precoce superem o camplo tardio, nem o contrário.

3 – ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA – UM ESTADO DE ARTE

Durante muitos anos as parteiras foram as responsáveis por exercer a “arte de partejar”, conheciam a gravidez e o puerpério como experiência própria e através da informação transmitida de geração em geração. Ao longo do tempo, o percurso de formação da parteira sofreu múltiplas alterações. Foi em 1967 que os cursos de parteiras foram integrados nas Escolas de Enfermagem, com a designação de Cursos de Especialização Obstétrica para Enfermeiras. Posteriormente, em 1983, em substituição do anterior, foi criado o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ROCHA, MONTEIRO, 2009). A partir de 2004, assiste-se à adequação ao Processo de Bolonha com o intuito de criar no espaço europeu um sistema de graus comparável e facilmente compreensível, através de um sistema de créditos europeus (SILVESTRE, 2009).

Longe vão os tempos do “saber fazer” tradicional, onde o percurso da Enfermagem Obstétrica percorreu sem dúvida um longo e diferenciado percurso não só em termos académicos, mas também, ao nível da prática clínica e da regulamentação profissional (ROCHA, MONTEIRO, 2009). PRATES [et al.] (2007) afirmam que as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) são matéria de debate nacional, sendo que daí advém maioritariamente a sua autonomia profissional, responsabilidades e actividades atribuídas, pela legitimidade que a Ordem dos Enfermeiros (OE) lhes confere através do título profissional.

Recentemente, a 18 de Fevereiro de 2011, foi publicado no Diário da República, 2.^a série. N.º 35; o regulamento n.º 127/2011 que define as Competências Específicas do EESMOG, aprovado a 11 de Setembro de 2010 em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No referido regulamento, cada competência é apresentada com o respectivo descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. Destaca-se o facto de que até ao momento, não era englobado o termo Ginecológica na definição do EESMO.

Tendo em conta este documento, as competências específicas do EESMOG são:

1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.
2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.
3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP.
4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período de climatério.
6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.
7. Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

O supracitado regulamento expõe que:

“O EESMOG, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos da vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos da vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (DR, 2011).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) referido pela OE (2007, p.5) explicita que o enfermeiro especialista é o indivíduo “ (...) habilitado com um curso (...) ”, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana, para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Segundo SARDO (2005) a condução do TP, parto e cuidados ao RN, são da inteira responsabilidade da enfermeira especialista. Esta, para além de ter competências técnico-profissionais, deve ser detentora de competências relacionais que são de igual modo imprescindíveis no que concerne à “arte” do cuidar em Obstetrícia.

Na mesma linha de pensamento, LOPES [et al.] (2009) afirmam que para a prática de um cuidado humanizado, o EESMOG deve prestar um cuidado integral á mulher considerando todos os aspectos envolvidos nesse processo: os físicos, sociais, culturais, económicos, espirituais e os emocionais. O enfermeiro ao centrar-se no cuidar holístico da parturiente é levado a distanciar-se do imediatismo da execução do parto e do cuidar biomédico (SÁ, 2001). Perante uma assistência que tenha por base o modelo biomédico, a parturiente sente-se insegura, submete-se muitas vezes por não se sentir capacitada para escolher e fazer valer os seus desejos, frente às questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde (MOURA et al., 2007; VELHO, OLIVEIRA e SANTOS, 2010).

O parto e o nascimento são momentos em que o EESMOG pode desempenhar uma actuação determinante através do apoio emocional e a capacidade de comunicação, o que favorece a interacção efectiva entre a parturiente e o enfermeiro (LOPES et al., 2009). PHANEUF (2001) considera como capacidades de comunicação, o contacto visual, a expressão facial, a entoação da voz, a postura e a distância ou a proximidade.

Através de uma adequada comunicação terapêutica, normalmente é possível gerar autoestima, conforto, confiança, resultando em segurança e satisfação no processo de parturição (LOPES et al, 2009). CAVALCANTE [et al.] (2007) afirmam que o encorajamento e a confiança transmitida pela EESMOG pode ter uma influência marcante na redução da

tensão emocional no TP, principalmente quando se dá à mulher a oportunidade de discutir os seus sentimentos; fazer indagações e expressar os seus medos, dúvidas e incertezas.

O EESMOG é o responsável por estabelecer uma relação de ajuda eficaz com a parturiente e acompanhante através de uma ligação sincera e sem preconceitos (DUARTE et al., 2008). SARAIVA (2008) afirma que a ajuda do enfermeiro deve basear-se em três aspectos: a verdadeira escuta; a empatia e a congruência; e para o seu cumprimento é necessário que o enfermeiro demonstre a sua presença e disponibilidade. Inerente a esta relação, encontramos o tipo de comunicação estabelecida (verbal o não verbal), o acolhimento realizado, o toque terapêutico proporcionado, a informação fornecida e a empatia demonstrada (DUARTE et al., 2008). Como elemento da equipa multidisciplinar, o EESMOG é o elemento fundamental no processo de acolhimento da utente e da sua família, onde a primeira impressão e a imagem que se transmite vão condicionar o decurso do internamento. Um adequado acolhimento vai proporcionar conforto, tranquilidade e segurança, sendo este um cuidado facilitador da adaptação ao meio hospitalar (ROCHA, MONTEIRO, 2009).

Em todo este processo, não podemos esquecer que o reconhecimento de competências por parte dos utentes decorre da visibilidade que cada profissional de saúde dá dos cuidados que presta. Assim, a identificação do EESMOG é o primeiro passo para que o utilizador dos serviços de saúde reconheça o profissional, criando expectativas e identificando neste a sua área de actuação (DUARTE et al., 2008).

Actualmente, a humanização do parto tem sido um assunto bastante debatido. Diversos estudos têm evidenciado a importância desta temática (CAVALCANTE et al., 2007; ROCHA e MONTEIRO, 2009; NASCIMENTO et al., 2010). De acordo com SILVA e SANTOS (2009) humanizar o parto é resgatar o papel activo da mulher, a autonomia sobre o seu corpo, o respeito à sua privacidade e às suas escolhas. Para Hotimsky e Schraiber (2005, apud NASCIMENTO et al., 2010), a humanização tem como foco a qualificação da atenção, envolvendo o respeito e a promoção dos direitos humanos, e por outro lado, a formação de profissionais que implantem práticas baseadas nas evidências científicas.

A procura da excelência na qualidade dos cuidados prestados à mulher no TP, parto e PP imediato é um trabalho essencial e intrínseco do EESMOG. É indispensável conhecer as opiniões das mães, o que consideram importante e o que sentem relativamente aos cuidados recebidos. Sem dúvida alguma, conhecer as expectativas e a percepção das parturientes servirá para melhorar a qualidade da assistência ao parto. Estes assuntos serão o ponto de partida para o seguinte capítulo deste estudo.

4 – EXPECTATIVAS, PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DA MULHER COM OS CUIDADOS RECIBIDOS

O parto é um evento que traz muitas expectativas desde o início da gravidez e a sua vivência representa um momento singular e uma experiência significativa na vida de uma mulher. A percepção deste momento marca profundamente a vida dela, seja por sentimentos positivos ou negativos (LOPES et al., 2009; RONCONI et al., 2010).

Ao abordar o termo expectativa deparamo-nos com uma enorme complexidade, que poderá afectar a percepção realizada da experiência vivenciada e a satisfação percebida face aos cuidados recebidos. Segundo VIVANCO MONTES (2009), as expectativas surgem das crenças prévias desenvolvidas e mantidas através de processos cognitivos. Estas crenças podem ser definidas como normas quando a mãe considera que se trata de factos que deveriam ou que necessariamente têm que ocorrer; ou podem ser caracterizadas como probabilidades quando derivam de experiências transmitidas ou de informação recolhida de diferentes meios através da qual se configuram ditas convicções. Apesar das expectativas construídas em torno do parto influenciarem, pelo menos em parte, o modo como ele é vivenciado, a forma como a experiência de parto é efectivamente percebida assume um carácter único e, muitas vezes, inesperado (COSTA et al., 2003b).

Sendo assim, a experiência do parto pode ser influenciada por um amplo e diverso conjunto de factores individuais, socioculturais e situacionais (COSTA et al., 2003a). Diversos estudos identificaram como variáveis que influenciam a experiência do parto, a idade, os procedimentos obstétricos, os cursos de preparação para o parto, a história obstétrica anterior, o tipo de parto, a utilização ou não de métodos analgésicos, bem como o desfecho de uma gravidez prévia (COSTA, 2004; PACHECO, 2005; CONDE et al., 2007; ROMAN OLIVER, ESPINACO GARRIDO, 2008; MARIN et al., 2009).

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

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

Desta forma, constata-se que a experiência do parto é um fenómeno multifacetado, onde a qualidade desta experiência interfere no ajustamento emocional da mulher após o parto, no estabelecimento de uma adequada relação com o seu bebé e na interacção com a família (CASQUILLO, 2008).

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

PEDRO e PEIXOTO (2006) definem o conceito de satisfação como um conjunto de sentimentos positivos ou negativos que o indivíduo manifesta, resultante da comparação do esperado de uma situação e o que se conseguiu obter dela; salientando o importante papel que a realização/concretização das expectativas assume na satisfação. Assim, alguém com expectativas relativamente baixas pode estar “satisfeito” com uma experiência de cuidado para que uma pessoa com expectativas altas acharia totalmente inaceitável (SOUSA, 2009). Este autor refere ainda que os utentes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços de saúde e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos mesmos, de uma ausência de opinião e/ou da aceitação do paternalismo médico. O contrário também pode acontecer, ou seja, uma avaliação mais baixa pode ser feita por utentes com alto grau de exigência.

Por outro lado, temos que ter em consideração, que as mulheres podem não ter como se sentir insatisfeitas com o cuidado recebido, se não souberem que outro tipo de atendimento poderia receber (TOVAR, 2004). São os profissionais de saúde os responsáveis por oferecer as diversas alternativas, através da informação adequada e necessária para que a mulher/casal possa realizar uma escolha fundamentada. Por estes motivos, avaliar a satisfação com o parto como um todo pode não trazer respostas úteis para melhorar a assistência prestada (TOVAR, 2004).

Diversos estudos tanto no âmbito nacional como internacional, têm tentado avaliar a satisfação das mulheres com a experiência do parto. ROCHA e NOVÃES (2010) com o objectivo de fazer uma reflexão da situação obstétrica e perinatal brasileira, 23 anos após a publicação das recomendações da OMS, para atenção ao parto de baixo risco, realizaram uma revisão sistemática da literatura, onde concluem que é necessário permitir às mulheres em TP viverem integralmente as suas experiências enquanto seres humanos, apoiando e amparando-as. Afirmam ainda que o enfoque da atenção aos partos deve ser voltado primariamente para a parturiente e para seu bebé. Os profissionais, instituições e normas devem estar ao serviço destes. Consequentemente, haverá respeito ao desejo da gestante, cuidado com sua privacidade e prestígio para as suas escolhas.

Em Espanha, GOBERNA TRICAS [et al.] (2008) com o intuito de conhecer a opinião das mulheres perante a tecnologia utilizada na assistência ao parto, assim como as vivências e sentimentos relativamente à qualidade humana da relação assistencial tendo em conta as suas expectativas, constataram que a maioria das mulheres aceita as tecnologias disponibilizadas, mas um sector minoritário prefere uma atenção menos medicalizada durante a assistência ao parto. Todas as mulheres querem sentir-se protagonistas do seu parto, confiando plenamente na competência dos profissionais, sentindo-se mais seguras com a presença dos mesmos, mas apelam a uma maior presença de qualidades pessoais como o afecto e um trato diferente.

A nível nacional, LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008) com o objectivo de identificar a satisfação apresentada pela mulher com a experiência de parto hospitalar, verificaram que o tipo de parto influencia a satisfação com o parto hospitalar sendo que são as utentes com parto normal as mais satisfeitas com os cuidados e condições físicas e humanas, referem maior experiência positiva do parto, maior suporte durante este e menores preocupações. Resultados similares aos encontrados por SOUSA (2009) que realizou um estudo intitulado “Percepção das parturientes sobre a qualidade do bloco de partos do HSA, Leiria”, onde conferiu que as parturientes que tiveram partos normais evidenciam maior satisfação nas dimensões “processo de alta” e “reclamações”.

Ao finalizar esta revisão da literatura, concluímos que o entendimento do tema investigado é de fundamental importância para a Enfermagem e as Instituições de Saúde, uma vez que conhecer as expectativas da parturiente, a experiência do parto e as variáveis que mais contribuem para a qualidade dessa experiência, possibilitam melhorar a satisfação das parturientes e consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados. Como refere CONDE [et al.] (2007), promover o desenvolvimento de programas de educação para o parto permite à mulher adquirir um conhecimento mais realista, diminuir as incongruências entre as expectativas que têm relativamente ao acontecimento e ao modo como realmente o vivenciam. Isto deverá ser um desafio para todos os profissionais de saúde.

PARTE II – Investigação Empírica

Capítulo 5 - Métodos

Capítulo 6 - Resultados

Capítulo 7 - Discussão

Capítulo 8 - Conclusão/Sugestões

5 – MÉTODOS

Este capítulo pretende descrever objectiva e pormenorizadamente a forma e os meios utilizados no desenrolar do estudo, respondendo assim à questão a investigar, tendo em conta os recursos disponíveis: recursos temporais, humanos, económicos e materiais.

Apresentamos de seguida os objectivos e a conceptualização do estudo, bem como as questões de investigação, os participantes, os instrumentos e os procedimentos utilizados. Por último a análise dos dados.

5.1 – OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Desde há muitos anos, na abordagem dos partos, a mulher não tem sido o sujeito de atenção, este papel, o de sujeito, tem sido ocupado pelos profissionais, pelas instituições e pelos seus interesses (ROCHA e NOVÃES, 2010). As relevantes inovações técnicas, tecnológicas na área obstétrica e ginecológica; a escassez de recursos humanos, em concreto de EESMOG, durante muitos anos; a forte hierarquização do sistema de saúde português; e outros factores têm sido responsáveis de que a assistência obstétrica referente ao parto normal se tenha mantido imóvel nos últimos anos, mantendo práticas injustificadas tendo em conta a evidência científica. O que se esperava dos avanços tecnológicos era que auxiliassem no trabalho dos profissionais, contribuindo para que os cuidadores tivessem mais condições para ser e estar junto ao ser humano por eles cuidado (CARRARO et al., 2006). Ao falar de cuidadores, referimo-nos de forma especial ao EESMOG, já que é este o profissional habilitado de competências técnicas e relacionais reconhecidas a nível mundial para cuidar da grávida/parturiente/puérpera. Quem melhor para identificar as necessidades da mulher e família que a pessoa que está mais tempo ao seu lado, que a cuida. O Cuidar em Enfermagem tem a sua expressão na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, sendo esta interacção a responsável pela compreensão do outro na sua singularidade (Moniz, 2003, citado por FERREIRA, PONTES, FERREIRA, 2009). Quando o cuidador e utilizador dos cuidados se compreendem mutuamente há uma efectiva preocupação em satisfazer as necessidades reais de cada utente (ROCHA, MONTEIRO, 2009).

Nos últimos anos, diversos estudos têm mostrado a relevância desta temática. NASCIMENTO [et al.] (2010) com o objectivo de identificar as atitudes e práticas de enfermeiras obstétricas e discutir os seus efeitos durante o TP na percepção da mulher,

evidenciaram que a atitude das enfermeiras e o uso de tecnologia não invasiva, como a livre movimentação corporal, contribuem para uma maior percepção das mulheres sobre o seu processo de parto. Similarmente, CAVALCANTE [et al.] (2007) ao estudar os sentimentos vivenciados por mulheres durante o TP e parto constatou a importância da assistência humanizada para a redução de sentimentos negativos da parturiente.

Seguindo esta linha de pensamento, surge este estudo de investigação intitulado “Práticas Obstétricas segundo a OMS: Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher” que pretende dar a conhecer o que a mulher espera dos cuidados de saúde (expectativas), o que encontra (percepção) e o que ela considera importante, tendo em conta diversos factores que podem influenciar a percepção relativamente às práticas obstétricas recebidas durante o TP, parto e PP. Desta forma, se conhecermos o que a mulher espera encontrar e o que encontrou permite-nos ir de encontro às suas necessidades reais; se avaliarmos o seu grau de satisfação saberemos se as conseguimos colmatar; se identificarmos determinados factores que influenciam de forma negativa a percepção das mulheres perante a assistência recebida, podemos tentar minimizá-los; e conseqüentemente ao determinar aqueles que permitem influenciar de forma positiva a qualidade desta percepção, podemos tentar potenciá-los.

Por outro lado, o facto de trabalhar de uma forma estabelecida durante muitos anos tem propiciado que determinadas práticas sistemáticas sejam muito difíceis de desenraizar nas diferentes maternidades do país. Por este motivo, pretendemos ainda com este estudo, criar um momento de reflexão atendendo às práticas obstétricas realizadas á luz das recomendações da OMS e á revisão sistemática da literatura. Isto permite-nos evidenciar e justificar a necessidade da mudança e alteração de comportamentos por parte dos profissionais de saúde, que nos direccionem à satisfação da mulher e da sua família, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Para uma melhor compreensão do problema em estudo, vimo-nos na necessidade de levantar várias questões de investigação. Á medida que vamos enunciando as questões de investigação formuladas, realizamos uma breve explicação de cada uma delas.

- Qual é a expectativa, a percepção e a satisfação da mulher com as práticas obstétricas durante o TP, parto e PP?

Inúmeros estudos (COSTA, 2004; CARRARO et al., 2006; CAVALVANTE et al., 2007; CONDE et al., 2007; CASQUILLO, 2008; DUARTE et al, 2008; ROCHA e MONTEIRO, 2009) tanto a nível nacional como internacional, têm abordado estas temáticas pelo contributo que proporcionam para a melhoria dos cuidados oferecidos às utentes em procura da excelência e da qualidade dos serviços prestados.

- Que relação existe entre a importância e a percepção das mulheres perante as práticas obstétricas, a nível de “Cuidados prestados”, “Actuação perante a dor”, “Apoio sócio-familiar”, “Atenção ao bem-estar” e “Atenção ao pós-parto/alta”?

Num estudo realizado por ROCHA e MONTEIRO (2009) verificou-se que a importância que as mulheres atribuem aos cuidados recebidos influencia altamente a percepção dos mesmos. Sendo que a importância conferida aos cuidados é superior que a percepção vivida pelas utentes.

- Qual é a influencia das variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, estatuto ocupacional e agregado familiar) sobre a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas?

De acordo com a bibliografia consultada, espera-se que a experiência do parto esteja relacionada com determinados factores como a idade, o estado civil e a escolaridade (COSTA, 2004). Segundo Rizk [et al.] (2001), referido por CONDE [et al.] (2007), as mulheres com mais idade experienciam o parto na sua globalidade de forma mais negativa. Para COSTA (2004) as mulheres com menor nível educacional experienciam maiores preocupações durante toda a experiência; apesar disso, vivenciam o PP de forma significativamente mais positiva.

- Que relação existe entre as variáveis obstétricas (vigilância da gravidez, gravidez desejada, preparação para o parto, paridade, parto induzido, duração do TP, tipo de parto actual e deambulação) e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas?

A elaboração desta questão tem por base o facto da percepção da mulher se tratar de uma entidade complexa e multidimensional, que pode ser influenciada por múltiplos factores. Num estudo realizado por ROCHA e MONTEIRO (2009) constatou-se que a vigilância da gravidez influencia a percepção da mulher relativamente aos cuidados recebidos e à actuação perante a dor. Diversos estudos identificaram como variáveis que influenciam a experiência do parto, os procedimentos obstétricos, os cursos de preparação para o parto, a história obstétrica anterior, o tipo de parto, a utilização ou não de métodos analgésicos, bem como o desfecho de uma gravidez prévia (COSTA, 2004; PACHECO et al., 2005; CONDE et al., 2007; ROMAN OLIVER, ESPINACO GARRIDO, 2008; MARIN et al., 2009).

- Será que as expectativas e a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP influenciam a sua percepção relativamente às práticas obstétricas?

Da revisão da literatura efectuada, diversos estudos (COSTA et al., 2003a; MONTEIRO, MARINHO e CRUZ, 2008; ROCHA e MONTEIRO, 2009) estabelecem uma relação entre as expectativas e a percepção da mulher perante os cuidados recebidos. No entanto, para alguns autores como COSTA [et al.] (2003a) afirmam que a maior parte das mulheres durante o TP, parto e PP não vêem confirmadas muitas das suas expectativas prévias. Em contrapartida, MONTEIRO, MARINHO e CRUZ (2008) constataram que as experiências relativamente aos cuidados que foram prestados às mulheres pela EESMOG vão de encontro às suas expectativas, havendo mesmo algumas mulheres que consideram que estes superaram as suas expectativas. No que se refere à satisfação, após uma revisão sistemática da literatura verificamos que a maior parte das investigações consultadas, estudam esta relação em sentido contrário, isto é, a percepção das práticas obstétricas pode influenciar a sua satisfação (COSTA, 2004; ROMAN OLIVER e ESPINACO GARRIDO, 2008; LOPES et al., 2009). No entanto, muitas das mulheres que percebem de forma negativa o seu parto, poderão sentir-se satisfeitas, mas tudo dependerá do grau de exigência das utentes e das expectativas previamente geradas.

De forma a dar resposta a estas questões e a toda a problemática que as envolve traçamos os seguintes objectivos:

- Avaliar a percepção, as expectativas e a satisfação da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o TP, parto e PP;
- Analisar a relação entre a percepção das mulheres face às práticas obstétricas e a importância das mesmas, a nível de “Cuidados prestados”, Actuação perante a dor”, “Apoio sócio-familiar”, Atenção ao bem-estar” e “Atenção ao PP/alta”;
- Determinar se os factores sócio-demográficos influenciam a percepção da mulher relativamente as práticas obstétricas;
- Identificar a influência de factores obstétricos nessa percepção;
- Determinar se as expectativas e satisfação da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o TP, parto e PP influenciam a sua percepção.

5.2 – PARTICIPANTES

Para o desenvolvimento deste estudo optámos pelo método de pesquisa quantitativo, efectuando uma pesquisa do tipo descritiva, analítica e correlacional já que visa não só descrever e examinar, como também analisar relações entre as variáveis; ou seja, conhecer alguns factores que influenciam na percepção da mulher perante as práticas obstétricas.

O estudo em causa define-se também como não experimental (segundo o grau de

controle das variáveis e a forma de selecção dos sujeitos) e transversal porque os dados são colhidos num determinado momento, concretamente no período compreendido entre 15 de Dezembro de 2010 e 15 de Março de 2011.

A seguinte figura (figura 1) pretende esquematizar a relação das variáveis independentes (sócio-demográficas, obstétricas, expectativa e satisfação) com as subescalas da variável dependente percepção (“cuidados prestados”, actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, atenção ao bem-estar” e “atenção ao PP/alta”). Ao mesmo tempo, pretendemos analisar a relação existente entre a importância e a percepção das práticas obstétricas a nível dos “cuidados prestados”, actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, atenção ao bem-estar” e “atenção ao PP/alta”.

FIGURA 1 – Esquema de investigação



Legenda: —————> Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente

Neste estudo, a população em causa são as mulheres internadas nos serviços de

Internamento (Puerpério) dos hospitais de São Teotónio, E.P.E. (Viseu); no CHEDV, E.P.E. – Unidade de Santa Maria da Feira e no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. (Maternidade Bissaya Barreto).

Da população alvo, definimos como amostra para o nosso trabalho as mulheres que tenham parido na Sala de Partos das supracitadas instituições e que estejam acessíveis nas semanas de aplicação do instrumento de colheita de dados (período compreendido entre 15 de Dezembro de 2010 e 15 de Março de 2011), voluntariando-se para colaborar e responder ao questionário. Foram excluídas do estudo todas as mulheres que foram submetidas a cesariana electiva ou que por outros motivos não entraram em TP.

Sendo assim, constituímos uma amostra não probabilística, intencional por conveniência, no sentido de dar resposta ao critério de selecção da mesma, num total de 405 mulheres (Tabela 1).

Tabela 1 – Amostra segundo a Região

| Região | Amostra | % |
|---------|---------|-------|
| Coimbra | 108 | 26,67 |
| Aveiro | 166 | 40,98 |
| Viseu | 131 | 32,35 |
| TOTAL | 405 | 100 |

5.2.1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra

Idade

Salientamos um mínimo de 15 anos e um máximo de 44 anos, a média centra-se nos 30,52 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,96. Atendendo à análise do enviesamento (Sk) e do achatamento (K), podemos referir que a distribuição da idade é simétrica e mesocúrtica.

Com as idades agrupadas em três grupos etários atendendo às definições de O'REILLY, BOTTOMLEY, RYMER [et al.] (2008) que consideram como grupo de risco as grávidas com menos de 19 anos. Para BOBAK, JENSEN e LOWDERMILK (1999), as grávidas com 35 anos ou mais constituem outro grupo de risco. Assim, foram constituídos três grupos, as grávidas com menos de 19 anos, as grávidas de 19 a 34 anos e as grávidas com 35 anos ou mais. Verificamos, na tabela 5, que a maioria da amostra se encontra no escalão etário dos 19 aos 34 anos, representados por 77,0%. O grupo etário de maior idade (> 34) constitui 22,2%, sendo que o grupo etário de mulheres com menos de 19 anos é o menos representativo, com 0,7% da amostra.

Estado civil

Verificamos, na tabela 2, que qualquer que seja a região considerada, a maior percentagem de mulheres é casada (76,3%), seguindo-se as que estão em regime de coabitação (10,4%) e de seguida as solteiras com 9,9%. Nos distritos de Aveiro e Coimbra a percentagem de mulheres solteiras é superior às que estão em regime de coabitação, sendo que no distrito de Viseu se verifica o contrário. Nos três distritos, as mulheres divorciadas representam o quarto grupo mais representativo (3,2%) e por último uma viúva (0,2%) que pertence ao distrito de Aveiro.

Agregado familiar

Os dados estatísticos referentes ao agregado familiar (tabela 2) demonstram que nos três distritos, a maioria das mulheres pertencentes ao estudo vivem com o companheiro (95,3%), sendo que 50,4% destas vivem com o companheiro e os filhos; por sua vez 44,9% delas vivem só com o companheiro. Somente quatro mulheres (1,0%) vivem sem o companheiro e situam-se nomeadamente duas no distrito de Aveiro e duas no distrito de Viseu. Uma percentagem de 3,7% da amostra vive noutra situação não especificada.

Habilitações literárias

No que diz respeito às habilitações literárias, verificámos (na tabela 2) que a maioria das mulheres possui como habilitações literárias o ensino secundário (33,6%), seguidas das que possuem uma licenciatura (30,6%). Estas percentagens diferem se temos em consideração os distritos em estudo. Nos distritos de Aveiro e Viseu, das mulheres inquiridas, 33,1% e 35,1%, respectivamente, frequentaram o ensino secundário e uma percentagem menos representativa concluiu uma licenciatura (19,9% em Aveiro e 32,1% em Viseu). No distrito de Coimbra, verificamos o contrário, das mulheres inquiridas uma percentagem maior (45,4%) é detentora de uma licenciatura e 32,4% possui o ensino secundário. Também observamos que é no distrito de Coimbra onde existe a maior percentagem de mulheres com ensino superior (49,1%), seguida pelas de Viseu (36,7%) e por último as de Aveiro (24,1%). Nos três distritos constatamos que o grupo menos representativo diz respeito às mulheres detentoras de um Doutoramento (0,3%).

Estatuto ocupacional

Ao analisar o estatuto ocupacional, na tabela 2, observamos que nos três distritos, a maioria das mulheres inquiridas têm uma actividade laboral (73,4%), sendo que 45,2% referem estar empregadas a gozar a licença de maternidade e as restantes (28,2%) não

usufruem desta licença. As desempregadas representam 18,5% da amostra, seguidas das domésticas (5,9%), das estudantes (1,5%), sendo o grupo menos representativo o grupo das mulheres com rendimento social de inserção (0,5%). Se fizermos a análise em função do distrito, verificamos que a percentagem de mulheres com actividade laboral é superior no distrito de Coimbra (84,4%), seguido de Viseu (69,4%) e por último, o de Aveiro (69,3%). Em contrapartida, é no distrito de Aveiro onde se encontram o maior número de mulheres desempregadas (22,9%), seguidas das de Viseu (18,3%) e finalmente as de Coimbra (12,0%).

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo as variáveis sócio-demográficas em função da região

| Variáveis | Coimbra | | Aveiro | | Viseu | | Total | |
|--------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| | N (108) | % (26,7) | N (166) | % (40,9) | N (131) | % (32,4) | N (405) | % 100,0 |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Solteira | 13 | 12,0 | 19 | 11,5 | 8 | 6,1 | 40 | 9,9 |
| Casada | 79 | 73,2 | 124 | 74,7 | 106 | 80,9 | 309 | 76,3 |
| Divorciada | 4 | 3,7 | 6 | 3,6 | 3 | 2,3 | 13 | 3,2 |
| Regime de coabitação | 12 | 11,1 | 16 | 9,6 | 14 | 10,7 | 42 | 10,4 |
| Viúva | - | 0,0 | 1 | 0,6 | - | 0,0 | 1 | 0,2 |
| Habilitações Literárias | | | | | | | | |
| 1º Ciclo | 1 | 0,9 | 7 | 4,2 | 7 | 5,3 | 15 | 3,7 |
| 2º Ciclo | 6 | 5,6 | 29 | 17,5 | 10 | 7,6 | 45 | 11,1 |
| 3º Ciclo | 12 | 11,1 | 35 | 21,1 | 20 | 15,3 | 67 | 16,5 |
| Ensino Secundário | 35 | 32,4 | 55 | 33,1 | 46 | 35,1 | 136 | 33,6 |
| Bacharelato | 1 | 0,9 | 2 | 1,2 | 2 | 1,5 | 5 | 1,2 |
| Licenciatura | 49 | 45,4 | 33 | 19,9 | 42 | 32,1 | 124 | 30,6 |
| Mestrado | 2 | 1,9 | 5 | 3,0 | 4 | 3,1 | 11 | 2,7 |
| Doutoramento | 1 | 0,9 | - | 0,0 | - | 0,0 | 1 | 0,3 |
| NS/NR | 1 | 0,9 | - | 0,0 | - | 0,0 | 1 | 0,3 |
| Estatuto Ocupacional | | | | | | | | |
| Empregada | 31 | 28,7 | 46 | 27,7 | 37 | 28,2 | 114 | 28,2 |
| Empregada com licença | 60 | 55,7 | 69 | 41,6 | 54 | 41,2 | 183 | 45,2 |
| Doméstica | 1 | 0,9 | 9 | 5,4 | 14 | 10,7 | 24 | 5,9 |
| Estudante | 1 | 0,9 | 4 | 2,4 | 1 | 0,8 | 6 | 1,5 |
| Desempregada | 13 | 12,0 | 38 | 22,9 | 24 | 18,3 | 75 | 18,5 |
| Rendimento Social | 1 | 0,9 | - | 0,0 | 1 | 0,8 | 2 | 0,5 |
| NS/NR | 1 | 0,9 | - | 0,0 | - | 0,0 | 1 | 0,2 |
| Agregado Familiar | | | | | | | | |
| Só com o companheiro | 63 | 58,3 | 66 | 39,8 | 53 | 40,5 | 182 | 44,9 |
| Sem o companheiro | - | 0,0 | 2 | 1,2 | 2 | 1,5 | 4 | 1,0 |
| Com o companheiro e filhos | 43 | 39,8 | 92 | 55,4 | 69 | 52,7 | 204 | 50,4 |
| Outros | 2 | 1,9 | 6 | 3,6 | 7 | 5,3 | 15 | 3,7 |

5.3 – INSTRUMENTOS

Uma das etapas de um trabalho de investigação consiste na recolha de dados, para isso é necessária a elaboração e aplicação de um instrumento que nos permita obtê-los, indo de encontro aos objectivos do estudo e às características da população.

Para a realização do nosso estudo, utilizámos como instrumento de colheita de dados, um questionário (Apêndice 1). Este pode ser aplicado a um grande número de pessoas ao mesmo tempo e com os mesmos recursos, garantindo o anonimato e a confidencialidade do informante.

Sendo assim, para avaliar as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados consta de três partes: caracterização sócio-demográfica e obstétrica; a escala de Importância e Percepção das Práticas Obstétricas e o Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP).

Parte I – Caracterização sócio-demográfica e obstétrica

Esta parte é constituída por variáveis que permitem fazer uma caracterização sócio-demográfica e obstétrica da amostra. É composta por nove questões, e tem como finalidade recolher informação acerca da idade, do estado civil, das habilitações literárias, da actividade laboral, do agregado familiar, da vigilância da gravidez, da gravidez desejada, da preparação para o parto, da paridade, do parto actual, do parto induzido, da duração do TP e da deambulação.

Parte II – Importância e Percepção das Práticas Obstétricas

Nesta segunda parte, incluímos a escala Importância e Percepção das Práticas Obstétricas desenvolvida por ROMAN OLIVER e ESPINACO GARRIDO (2008) que permite diferenciar os cuidados mais importantes para a mulher e analisar a percepção das mulheres relativamente às práticas obstétricas durante o TP, parto e PP. Esta escala consta de sete módulos, os cinco primeiros módulos representam as cinco subescalas que permitem a medição da variável dependente. O sexto módulo faz referência a uma série de intervenções realizadas de forma rotineira e que consta de 8 perguntas dicotómicas, de resposta “sim” ou “não”. O último módulo permite à mulher expressar a sua opinião pessoal relativamente à assistência recebida. Neste estudo foi eliminado este sétimo módulo por não o considerarmos pertinente.

A escala Importância e Percepção das Práticas Obstétricas permite avaliar a importância e a percepção das práticas obstétricas através de 5 subescalas: Cuidados prestados, Actuação perante a dor, Apoio sócio-familiar, Atenção ao bem-estar e Atenção ao pós-

parto/alta (Quadro 1). Cada subescala é constituída por perguntas que medem a importância e a percepção das práticas obstétricas através de uma escala tipo Likert de 5 valores. Cada pergunta é constituída por duas partes, a primeira relacionada com a importância atribuída e que é classificada desde (1) nada importante, (2) pouca importante, (3) algo importante, (4) importante, até (5) muito importante; a segunda parte avalia a atenção percebida, a qual foi caracterizada como: (1) nunca, (2) poucas vezes, (3) algumas vezes, (4) muita vezes e (5) sempre.

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

Quadro 1 – Identificação das subescalas da escala Importância e Percepção das Práticas Obstétricas com os respectivos itens

| SUBESCALAS | ITENS |
|-------------------------------|------------------------|
| I – Cuidados prestados | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 |
| II – Actuação perante a dor | 9, 10, 11 |
| III – Apoio sócio-familiar | 12, 13 |
| IV – Atenção ao bem-estar | 14, 15, 16, 17 |
| V – Atenção ao pós-parto/alta | 18, 19, 20, 21 |

Para verificar a homogeneidade e consistência interna procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alfa* de Cronbach para cada um dos itens e para a escala total (Tabela 3). Para a escala total foi obtido um *alfa* de Cronbach de 0,820. PESTANA e GAGEIRO (2005) apresentam a seguinte classificação:

Alfa de Cronbach < 0,60 → inadmissível

0,60 < *alfa* de Cronbach < 0,70 → fraca

0,70 < *alfa* de Cronbach < 0,80 → razoável

0,80 < *alfa* de Cronbach < 0,90 → boa

0,90 > *alfa* de Cronbach → muito boa

**Tabela 3 – Importância e Percepção das Práticas Obstétricas: consistência interna
(estudo dos itens)**

| Subescala | Itens | M | DP | R item- total (s/item) | Alfa de Cronbach (s/item) | |
|---|---|---|-------|------------------------------|---------------------------------|-------|
| Cuidados prestados | Que importância têm os cuidados que recebeu durante o parto? | 4,80 | 0,514 | 0,351 | 0,816 | |
| | Sentiu-se tratada adequadamente? | 4,43 | 0,799 | 0,510 | 0,811 | |
| | É importante para si não se sentir abandonada? | 4,86 | 0,440 | 0,153 | 0,819 | |
| | Sentiu-se abandonada? | 4,55 | 0,684 | 0,426 | 0,814 | |
| | É importante que a ajudem logo quando necessita? | 4,61 | 0,614 | 0,205 | 0,819 | |
| | No geral, foi logo atendida quando solicitou? | 4,32 | 0,837 | 0,463 | 0,812 | |
| | Que importância tem para si ser informada suficientemente e ao seu acompanhante durante o parto? | 4,85 | 0,397 | 0,230 | 0,819 | |
| | Informaram-na a si e ao seu acompanhante adequadamente? | 4,20 | 0,942 | 0,529 | 0,809 | |
| | É importante para si ter intimidade durante o parto? | 4,36 | 0,915 | 0,251 | 0,817 | |
| | Acha que respeitaram a sua intimidade? | 4,40 | 0,876 | 0,486 | 0,811 | |
| | É importante poder compreender o que lhe dizem? | 4,87 | 0,348 | 0,200 | 0,819 | |
| | Foi questionada normalmente de forma compreensível? | 4,47 | 0,763 | 0,440 | 0,813 | |
| | Considera importante que os profissionais se identifiquem e se apresentem pelo seu nome? | 4,45 | 0,773 | 0,230 | 0,818 | |
| | Os profissionais identificaram-se e apresentaram-se pelo seu nome? | 3,47 | 1,432 | 0,540 | 0,806 | |
| Actuação perante a dor | As manifestações de apoio não verbal como dar a mão, tocá-la, limpar o suor, posicioná-la, etc., que importância têm para si? | 4,56 | 0,699 | 0,327 | 0,816 | |
| | Ajudaram-na através deste contacto físico? | 3,57 | 1,224 | 0,520 | 0,808 | |
| | Considera importante que lhe tentem diminuir ou fazer desaparecer a dor? | 4,84 | 0,413 | 0,245 | 0,818 | |
| | Se teve dor, tentaram diminuí-la ou fazê-la desaparecer? | 4,18 | 1,044 | 0,426 | 0,812 | |
| | É importante dispor de massagens, técnicas de relaxamento, banho de água quente, etc., para tentar acalmar a dor? | 4,21 | 0,997 | 0,268 | 0,817 | |
| | Foi-lhe oferecida a oportunidade de usufruir de alguns destes métodos? | 2,04 | 1,456 | 0,298 | 0,817 | |
| | É importante dispor de analgésicos, anestésicos, relaxantes, etc., que não seja a analgesia epidural, para acalmar a dor? | 4,38 | 0,966 | 0,242 | 0,818 | |
| | Ofereceram-lhe a possibilidade de usufruir destes medicamentos? | 3,32 | 1,676 | 0,380 | 0,814 | |
| | Apoio sócio-familiar | Que importância tem para si estar sempre acompanhada? | 4,86 | 0,388 | 0,285 | 0,818 |
| | | Esteve acompanhada continuamente? | 4,39 | 0,868 | 0,299 | 0,816 |
| | | Qual a importância do incentivo à participação do acompanhante? | 4,74 | 0,620 | 0,274 | 0,817 |
| | | Incentivaram esta participação? | 4,01 | 1,324 | 0,429 | 0,811 |
| | Atenção ao bem-estar | É importante para si a explicação dos horários, procedimentos, formas de pedir ajuda, quem são os diferentes profissionais, etc.? | 4,67 | 0,649 | 0,252 | 0,818 |
| | | Foi-lhe facilitada a adaptação ao meio hospitalar? | 4,02 | 1,113 | 0,502 | 0,809 |
| É importante, se possível, poder parir numa posição cómoda? | | 4,74 | 0,629 | 0,187 | 0,819 | |
| Foi-lhe oferecida a possibilidade de adoptar outra posição diferente da tradicional (deitada na marquês de período expulsivo com a cabeça elevada)? | | 2,08 | 1,508 | 0,211 | 0,822 | |
| É importante ser ensinada a puxar para facilitar a saída do bebé? | | 4,89 | 0,348 | 0,193 | 0,819 | |
| Foi ensinada e motivada a puxar? | | 4,46 | 1,044 | 0,356 | 0,814 | |
| Acha importante que se possa beber e/ou comer durante o parto? | | 2,54 | 1,449 | -0,123 | 0,835 | |
| Ofereceram-lhe de comer e/ou de beber? | | 1,30 | 0,829 | 0,100 | 0,821 | |
| Atenção ao pós-parto/alta | Considera importante que lhe ponham em contacto (pele a pele) o seu bebé o mais cedo possível? | 4,87 | 0,494 | 0,029 | 0,821 | |
| | Foi-lhe permitido este contacto de imediato? | 4,16 | 1,487 | 0,267 | 0,819 | |
| | Considera importante dar a mama ao seu bebé? | 4,98 | 0,126 | 0,115 | 0,820 | |
| | Foi ajudada e ensinada a iniciar o aleitamento materno? | 4,49 | 1,017 | 0,264 | 0,817 | |
| | Considera importante que o aleitamento materno seja o mais precoce possível (nas 1 ^{as} 2 horas)? | 4,89 | 0,413 | 0,132 | 0,820 | |
| | Foi-lhe facilitada a colocação do bebé à mama nesse período? | 4,38 | 1,283 | 0,264 | 0,818 | |
| | Que importância tem obter informação sobre os cuidados a ter consigo e com o recém-nascido? | 4,92 | 0,317 | 0,193 | 0,819 | |
| | Foi-lhe dada informação suficiente sobre os mesmos, bem como sobre a alta hospitalar? | 4,20 | 0,986 | 0,413 | 0,813 | |

Parte III – Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP)

O QESP foi construído e validado para a população portuguesa por COSTA [et al.] (2004) com o objectivo de avaliar o modo como as mulheres percebem a sua experiência de parto. Este questionário de auto preenchimento consta de 104 perguntas referentes às expectativas, à experiência, à satisfação e à dor relativa ao TP, parto e PP imediato, numa escala tipo Lickert. As perguntas respeitantes à experiência, satisfação e dor são do tipo Lickert numa escala que varia de 1 a 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”), as questões que se reportam às expectativas também são do tipo Lickert numa escala que varia entre 1 a 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor”), enquanto as questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo Lickert, variam numa escala que varia entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”). O estudo psicométrico mostra que o QESP tem uma boa consistência interna (*Alfa* de Cronbach = 0,90). A cotação nas subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala.

Neste estudo utilizamos uma versão reduzida de 24 itens que avalia as expectativas e a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP. Os dezassete primeiros itens avaliam as expectativas da mulher relativamente ao TP, parto e PP. Os dezassete restantes avaliam a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP. A pontuação da escala total será obtida através da soma das pontuações obtidas nas subescalas. Quanto mais elevada for a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva será a expectativa e a satisfação da mulher na dimensão avaliada pela subescala.

Para verificar a homogeneidade e consistência dos itens procedeu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach para cada um dos itens. Para a escala total foi obtido um alfa de 0,923 (Tabela 4).

Tabela 4 – QESP: consistência interna (estudo dos itens)

| Subescalas | Itens | M | DP | R item- total (s/item) | Alfa de Cronbach (s/item) |
|--------------|--|------|-------|------------------------------|---------------------------------|
| Expectativas | O TP decorreu de encontro com as suas expectativas | 2,70 | 0,911 | 0,650 | 0,919 |
| | O parto decorreu de encontro com as suas expectativas | 2,75 | 0,906 | 0,655 | 0,919 |
| | O PP decorreu de encontro com as suas expectativas | 2,93 | 0,739 | 0,438 | 0,922 |
| | As condições físicas da maternidade no TP foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das intalações) | 3,10 | 0,567 | 0,443 | 0,922 |
| | As condições físicas da maternidade no parto foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das intalações) | 3,11 | 0,564 | 0,432 | 0,922 |
| | As condições físicas da maternidade no PP foram de encontro com as suas expectativas (qualidade das intalações) | 3,00 | 0,618 | 0,349 | 0,923 |
| | A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expectativas | 3,33 | 0,659 | 0,507 | 0,921 |
| | A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no parto foi de acordo com as suas expectativas | 3,38 | 0,652 | 0,525 | 0,921 |
| | A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP foi de acordo com as suas expectativas | 3,31 | 0,603 | 0,418 | 0,922 |
| | A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas | 2,15 | 0,913 | 0,414 | 0,922 |
| | A dor que sentiu no parto foi de acordo com as suas expectativas | 2,42 | 1,041 | 0,434 | 0,922 |
| | A dor que sentiu no PP foi de acordo com as suas expectativas | 2,45 | 0,877 | 0,397 | 0,922 |
| | O tempo que demorou o TP foi de encontro com as suas expectativas | 2,39 | 1,033 | 0,415 | 0,922 |
| | O tempo que demorou o parto foi de encontro com as suas expectativas | 2,71 | 0,985 | 0,453 | 0,922 |
| | O tempo que demorou o PP foi de encontro com as suas expectativas | 2,50 | 0,856 | 0,375 | 0,923 |
| | O tempo que demorou a tocar no bebé, após o parto, foi de encontro com as suas expectativas | 2,47 | 1,137 | 0,254 | 0,925 |
| | O tempo que demorou a pegar no bebé, após o parto, foi de encontro com as suas expectativas | 2,45 | 1,116 | 0,262 | 0,925 |
| Satisfação | Está satisfeita com a forma como decorreu o TP | 2,83 | 0,925 | 0,691 | 0,918 |
| | Está satisfeita com a forma como decorreu o parto | 3,03 | 0,908 | 0,722 | 0,918 |
| | Está satisfeita com a forma como decorreu o PP | 2,99 | 0,805 | 0,612 | 0,920 |
| | Está satisfeita com o tempo que demorou o TP | 2,62 | 0,993 | 0,613 | 0,919 |
| | Está satisfeita com o tempo que demorou o parto | 2,98 | 0,933 | 0,649 | 0,919 |
| | Está satisfeita com o tempo que demorou o PP | 2,83 | 0,827 | 0,587 | 0,920 |
| | Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no TP | 3,06 | 0,755 | 0,580 | 0,920 |
| | Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no parto | 3,14 | 0,724 | 0,577 | 0,920 |
| | Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no PP | 3,03 | 0,758 | 0,487 | 0,921 |
| | Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP | 3,29 | 0,750 | 0,561 | 0,920 |
| | Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no parto | 3,39 | 0,726 | 0,558 | 0,921 |
| | Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP | 3,34 | 0,692 | 0,445 | 0,922 |
| | Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no TP | 2,26 | 0,981 | 0,574 | 0,920 |
| | Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no parto | 2,56 | 1,013 | 0,541 | 0,921 |
| | Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no PP | 2,56 | 0,915 | 0,543 | 0,920 |
| | Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebé, após o parto | 3,20 | 0,889 | 0,433 | 0,922 |
| | Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé, após o parto | 3,17 | 0,911 | 0,436 | 0,922 |

5.4 – PROCEDIMENTOS

Relativamente aos procedimentos formais e éticos para a colheita de dados, deve ter-se sempre em consideração a necessidade do consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização aos Conselhos de Administração dos diferentes hospitais (Apêndice 2) onde foi implementado o estudo. No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras. Em duas das instituições foi entregue um exemplar de consentimento informado às puérperas (Apêndice 3), por exigência das instituições.

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

Os questionários foram entregues às puérperas com a colaboração dos alunos de enfermagem e dos enfermeiros do Serviço no Hospital São Teotónio, E.P.E. (Viseu). Tanto no CHEDV, E.P.E. – Unidade de Santa Maria da Feira, como no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. (Maternidade Bissaya Barreto), os questionários foram entregues pessoalmente e colocados pelas puérperas em urnas acondicionadas para o efeito no CHEDV e entregues aos enfermeiros do Serviço na Maternidade Bissaya Barreto.

5.5 – ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados. Será realizado informaticamente através do programa SPSS 19.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

Relativamente à estatística descritiva, como medidas estatísticas usaremos:

- Frequências: Absolutas (n); Percentuais (%).
- Medidas de tendência central: Média (\bar{x}).
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (DP).
- Medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (K – Kurtosis). Segundo PESTANA e GAGEIRO (2005) para $p = 0,005$ uma distribuição é:

- Simétrica – quando “ $|\text{skewness}/\text{std}_{\text{erro}}| < 1,96$ e $> -1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- Assimétrica – quando “ $|\text{Skewness}/\text{std}_{\text{error}}| > 1,96$ ou $< -1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do valor máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- Mesocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| < 1,96$;
- Platicúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| < -1,96$;
- Leptocúrtica quando $|\text{Kurtosis}/\text{std}_{\text{error}}| > 1,96$.

Em relação à estatística inferencial, utilizaremos para testar as hipóteses formuladas as técnicas paramétricas e não paramétricas. As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos aceitar a probabilidade de engano 5 vezes em cada 100 ao rejeitar a hipótese estatística.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor. Foi utilizada a estatística inferencial com os seguintes níveis de significância:

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

No que diz respeito à estatística analítica utilizaram-se:

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

- $R < 0.2$ – associação linear muito baixa;
- $0.2 < R < 0.39$ – associação linear baixa;
- $0.4 < R < 0.69$ – associação linear moderada;
- $0.7 < R < 0.89$ – associação linear alta;
- $0.9 < R < 1$ – associação linear muito alta.

- Regressões múltiplas para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente. O método de inclusão das variáveis utilizado foi o *Stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditivas da variável dependente.
- Análise de variância a um factor (Anova): teste paramétrico para comparação de médias entre três ou mais variáveis.
- O Teste t para Amostras Emparelhadas: permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas.
- O Teste t para duas amostras independentes: permite inferir sobre a igualdade de médias de dois grupos diferentes de sujeitos.
- O Teste do Qui-Quadrado compara frequências observadas de uma variável nominal que tem duas ou mais categorias.
- Teste de Kruskal-Wallis: teste não paramétrico para comparação de médias em três ou mais grupos diferentes de sujeitos. É a alternativa não paramétrica ao One-Way Anova e permite generalizar o teste de Mann-Whitney a mais dois grupos.
- Teste U de Mann-Whitney (U de M-W): teste não paramétrico utilizado para comparar o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes.

Finalizada a descrição dos procedimentos estatísticos passaremos ao seguinte capítulo, á apresentação e análise dos resultados.

6 – RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida. Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreremos ao uso de tabelas com os respectivos dados estatísticos obtidos, os quais serão antecedidos da respectiva análise. Como todas as tabelas resultaram do processo de pesquisa levado a efeito, não serão mencionadas as fontes das mesmas.

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira consiste na análise descritiva dos dados e a segunda na análise inferencial dos resultados.

6.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo iremos realizar a análise descritiva da caracterização da amostra estudada tendo presente as variáveis obstétricas, intervenções de rotina; percepção, expectativas e satisfação da mulher.

6.1.1 – Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas

Vigilância da gravidez

Tendo em conta a vigilância da gravidez, observamos (na tabela 5) que a maioria das mulheres em estudo, independentemente do distrito onde pertencem, fez a vigilância da gravidez num Centro de Saúde ou Hospital público (47,9%), seguindo-se as mulheres que realizaram vigilância da gravidez num consultório privado (27,4%). As restantes 24,4% das mulheres fizeram a vigilância da gravidez em ambos.

Número de consultas

Atendendo ao número de consultas realizadas durante a gravidez (tabela 5), foram criados dois grupos, tendo por base que a DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2009) preconiza que seis ou mais consultas pré-natais permitem considerar uma gravidez como vigiada e quando inferior a seis se considera mal vigiada. Das mulheres inquiridas verificamos que a maior percentagem (97,0%) fez uma adequada vigilância da gravidez. Apenas 3% das mulheres inquiridas não fez vigilância, sendo a maior percentagem pertencente ao distrito de Aveiro (3,6%), seguida do distrito de Viseu (3,1%) e por último o distrito de Coimbra (1,9%).

Gravidez desejada

Relativamente à gravidez desejada, na tabela 5, estão representadas as estatísticas, de onde salientamos que a maioria das mulheres inquiridas desejou a sua gravidez (87,4%), com valores percentuais bastante similares nos três distritos. Das mulheres em estudo, 12,6% não desejou a gravidez.

Semanas de gestação

No que se refere às semanas de gestação ao nascimento, foram criados três grupos, tendo por base que uma idade gestacional inferior a 37 semanas implica um RN prematuro. No intervalo entre as 37 e as 41 semanas temos os RN de termo. E por último a partir das 41 semanas por tratar-se das induções de parto. A maioria das mulheres (89,2%) apresenta entre 37 e 41 semanas no dia do parto; 9,1% apresenta menos de 37 semanas de gestação e apenas 1,7% tem mais de 41 semanas. Curiosamente, esta última percentagem está somente representada por mulheres que correspondem ao distrito de Aveiro, dados coincidentes com a nova política desta instituição com o intuito de diminuir a taxa de cesarianas, onde a indução do TP deverá realizar-se até às 42 semanas de gestação.

Parto induzido

Ao analisar, na tabela 5, a necessidade de um parto induzido/provocado, constatamos que em 49,6% das mulheres deste estudo, o parto foi induzido e nas restantes 50,4%, isto não aconteceu. Ao fazer a análise por distritos observamos que é em Viseu, onde a percentagem de partos induzidos é superior (54,2%). Em Coimbra é ligeiramente inferior (53,7%) e a percentagem mais baixa (43,4%) ocorre no distrito de Aveiro. Estes resultados obtidos no distrito de Aveiro parecem congruentes se tivermos em consideração que é nesta instituição onde a indução do TP se realiza com mais semanas de gestação, havendo uma maior possibilidade de entrar em TP espontâneo.

Oportunidade de caminhar

No que se refere à oportunidade de caminhar facultada pelos profissionais de saúde durante o TP, constatamos que a maior parte delas (66,7%) não teve essa possibilidade. Somente 33,1% o fez. A maior percentagem (38,9%) de mulheres a quem lhes foi permitido caminhar, são do distrito de Viseu, seguido de 35,2% no distrito de Coimbra e finalmente 27,1% no distrito de Aveiro.

Preparação para o parto

Se fizermos a análise da tabela 5, em função da preparação para o parto, evidenciamos que a maioria das mulheres (68,9%) não assistiu a nenhum tipo de curso de preparação

para o parto. Apenas 31,1% realizou um curso de preparação para o parto. Das mulheres que assistiram à preparação para o parto, 34,3% pertencem ao distrito de Coimbra, 32,5% ao distrito de Aveiro e 26,7% ao distrito de Viseu. Também constatamos que das mulheres que realizaram um curso de preparação para o parto, 78,5% frequentaram-nos sozinhas e as restantes 21,5% foram acompanhadas.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo as variáveis obstétricas em função da região

| Região \ Variáveis | Coimbra | | Aveiro | | Viseu | | Total | |
|----------------------------------|---------|------|--------|------|-------|------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| | 108 | 26,7 | 166 | 40,9 | 131 | 32,4 | 405 | 100,0 |
| Vigilância da gravidez | | | | | | | | |
| Consultório privado | 41 | 38,0 | 30 | 18,1 | 40 | 30,5 | 111 | 27,4 |
| Centro de Saúde/Hospital Público | 51 | 47,2 | 89 | 53,6 | 54 | 41,2 | 194 | 47,9 |
| Ambos | 16 | 14,8 | 46 | 27,7 | 37 | 28,2 | 99 | 24,4 |
| NS/NR | - | 0,0 | 1 | 0,6 | - | 0,0 | 1 | 0,3 |
| Número de consultas | | | | | | | | |
| < 6 consultas | 2 | 1,9 | 6 | 3,6 | 4 | 3,1 | 12 | 3,0 |
| ≥ 6 consultas | 106 | 98,1 | 160 | 96,4 | 127 | 96,9 | 393 | 97,0 |
| Gravidez desejada | | | | | | | | |
| Sim | 97 | 89,8 | 144 | 86,8 | 113 | 86,3 | 354 | 87,4 |
| Não | 11 | 10,2 | 22 | 13,2 | 18 | 13,7 | 51 | 12,6 |
| Gravidez de Risco | | | | | | | | |
| Sim | 53 | 49,1 | 60 | 36,1 | 41 | 31,3 | 154 | 38,0 |
| Não | 55 | 50,9 | 106 | 63,9 | 90 | 68,7 | 251 | 62,0 |
| Preparação para o parto | | | | | | | | |
| Sim | 37 | 34,3 | 54 | 32,5 | 35 | 26,7 | 126 | 31,1 |
| Não | 71 | 65,7 | 112 | 67,5 | 96 | 73,3 | 279 | 68,9 |
| Parto induzido/provocado | | | | | | | | |
| Sim | 58 | 53,7 | 72 | 43,4 | 71 | 54,2 | 202 | 49,6 |
| Não | 50 | 46,3 | 94 | 56,6 | 60 | 45,8 | 204 | 50,4 |
| Semanas de gestação | | | | | | | | |
| < 37 semanas | 18 | 16,7 | 11 | 6,6 | 8 | 6,1 | 37 | 9,1 |
| 37 – 41 semanas | 90 | 83,3 | 148 | 89,2 | 123 | 93,9 | 361 | 89,2 |
| > 41 semanas | - | 0,0 | 7 | 4,2 | - | 0,0 | 7 | 1,7 |
| Oportunidade de caminhar | | | | | | | | |
| Sim | 38 | 35,2 | 45 | 27,1 | 51 | 38,9 | 134 | 33,1 |
| Não | 70 | 64,8 | 121 | 72,9 | 79 | 60,3 | 270 | 66,7 |
| NS/NR | - | 0,0 | - | 0,0 | 1 | 0,8 | 1 | 0,2 |
| cm de dilatação | | | | | | | | |
| 0 cm – 3 cm | 42 | 43,7 | 77 | 53,4 | 96 | 80,0 | 215 | 59,6 |
| 4 cm – 8 cm | 50 | 52,1 | 55 | 38,2 | 21 | 17,5 | 126 | 35,1 |
| 8 cm – 10 cm | 4 | 4,2 | 12 | 8,4 | 3 | 2,5 | 19 | 5,3 |
| Aleitamento | | | | | | | | |
| Materno | 99 | 91,7 | 128 | 77,1 | 117 | 89,3 | 344 | 84,9 |
| Artificial | 5 | 4,6 | 6 | 3,6 | 1 | 0,8 | 12 | 3,0 |
| Misto | 4 | 3,7 | 32 | 19,3 | 13 | 9,9 | 49 | 12,1 |

Dilatação no momento do internamento

No momento do internamento na sala de partos foi perguntado às mulheres quantos centímetros (cm) de dilatação apresentavam (tabela 5). Foram criados três grupos, tendo

em conta as três fases do período de dilatação definidas por diversos autores, atendendo aos cm de dilatação como um dos factores que influenciam na determinação destas fases (BOBAK, JENSEN e LOWDERMILK, 1999). Assim consideramos a fase latente do TP (até 4 cm de dilatação), a fase activa do TP (4 cm – 8 cm) e a fase de transição (8 cm - 10 cm). Cabe destacar que 11,1% das mulheres não responderam a esta pergunta, das quais algumas afirmam não saber com quantos cm ficaram internadas. A percentagem maior (59,6%) de mulheres apresentava menos de 4 cm, sendo o distrito de Viseu o mais representativo (80,0%). O seguinte grupo com a percentagem mais elevada (35,1%) é o intervalo entre os 4 a 8 cm, onde é a região de Coimbra a que apresenta o valor mais alto (52,1%). Em contrapartida, a percentagem menos representativa (5,3%) é o intervalo entre os 8 a 10 cm, presente sobretudo na região de Aveiro (8,4%).

Tipo de aleitamento

Reportando-nos novamente à tabela 5, atendendo ao tipo de aleitamento praticado, observamos que a maioria das mulheres (84,9%) pratica o aleitamento materno (AM), seguindo-se o aleitamento misto com 12,1% e o aleitamento artificial com 3,0%. Se fizermos a análise em função do distrito, deparamo-nos com o facto de ser no distrito de Coimbra onde existe o maior número de puérperas a praticar AM (91,7%). Este resultado vai de encontro ao facto da Maternidade de Coimbra em estudo, estar categorizada como Hospital Amigo dos Bebés. Em Viseu a percentagem de puérperas a praticar AM é de 89,3% e em Aveiro de 77,1%.

Gravidez de risco

Na tabela 5, também observamos que 62% das mulheres não apresenta uma gravidez de risco enquanto 38% apresenta. Por seu lado, no distrito de Coimbra, 49,1% das mulheres refere uma gravidez de risco. Em Aveiro, a percentagem de mulheres com gravidez de risco é ligeiramente mais baixa (36,1%) e por último, em Viseu, 31,3% das mulheres têm uma gravidez de risco.

Neste estudo, quisemos saber se a causa de gravidez de risco era materna ou fetal (tabela 6). Da totalidade da amostra que apresenta uma gravidez de risco, em 130 mulheres o risco é de causa materna (75,6%) e em 42 de causa fetal (24,4%). Ainda 18 mulheres do estudo apresentam causa materna e fetal. Entre as causas maternas mais referenciadas destacamos a idade materna avançada (IMA) associada ou não a outras doenças em 77,6% e a diabetes gestacional (DG) em 6,2%. Por outro lado, a prematuridade aparece como a causa fetal mais representativa (88,1%), seguida da restrição do crescimento intra-uterino - RCIU (9,5%), sendo a anomalia do fémur a menos representativa (2,4%).

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a gravidez de risco por causa materna e fetal

| Causa fetal Causa Materna | Prematuridade | RCIU | Anomalia do fémur | Sem risco fetal | Total |
|------------------------------|---------------|------|-------------------|-----------------|-------|
| | N | N | N | N | N |
| Descolamento de placenta | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Uma artéria umbilical | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| IMA | 0 | 0 | 0 | 1 | 101 |
| Cólica renal | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| DG | 1 | 0 | 0 | 7 | 8 |
| Doença cardiovascular | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| APPT | 2 | 0 | 0 | 5 | 7 |
| HTA | 0 | 1 | 0 | 4 | 5 |
| Toxoplasmose | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Diabetes tipo I | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Placenta Marginal | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Nefrite lúpica | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Artérias protodiastólicas | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| HTA e DG | 1 | 0 | 0 | 3 | 4 |
| Obesidade | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Adolescente | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Sem risco materno | 21 | 2 | 1 | 0 | 24 |
| Total | 37 | 4 | 1 | 130 | 172 |

Paridade

Relativamente à variável paridade verificamos, na tabela 7, que mais de metade da amostra (52,8%) é primípara. Nos três distritos o número de mulheres primípara é superior às múltiparas. As múltiparas representam 47,2% da amostra, das quais 36,3% com dois partos, 8,9% com três partos e apenas 2,0% com mais de três partos.

Tipo de parto anterior

Atendendo ao tipo de parto anterior, verificamos que das mulheres múltiparas, 62,3% tiveram parto eutócico, 14,1% cesariana, 11,5% ventosa, 5,3% fórceps e 6,7% mais de uma experiência. Nos distritos de Aveiro e Viseu esta proporção mantém a mesma proporcionalidade. Na região de Coimbra ainda que o parto eutócico seja o mais representativo, o parto anterior por fórceps, por ventosa e por cesariana atingem o mesmo valor (8,7%).

Parto actual

No que se refere ao parto actual, 61,0% das mulheres tiveram parto eutócico, 17,8% parto por cesariana, 13,1% parto por ventosa, 7,9% parto por fórceps e apenas uma puérpera (0,2%) pertencente à região de Coimbra teve parto por fórceps + ventosa.

Analisando os resultados por distritos, estes mantêm a mesma proporcionalidade nos três distritos, no entanto a percentagem superior de partos eutócicos verifica-se no distrito de Aveiro (69,9%), seguido de Viseu (61,8%) e por último, Coimbra com 46,3% de partos eutócicos. Relativamente às cesarianas, Coimbra apresenta o maior número (22,2%), Aveiro uma percentagem menor (16,3%) e Viseu uma taxa de cesariana mais baixa (16,3%).

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a variável paridade em função da região

| Região \ Paridade | Coimbra | | Aveiro | | Viseu | | Total | |
|-------------------------------|---------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Número de Partos | | | | | | | | |
| 1 Parto | 62 | 57,4 | 81 | 48,8 | 71 | 54,2 | 214 | 52,8 |
| 2 Partos | 36 | 33,3 | 66 | 39,8 | 45 | 34,4 | 147 | 36,3 |
| 3 Partos | 9 | 8,4 | 17 | 10,2 | 10 | 7,6 | 36 | 8,9 |
| > 3 Partos | 1 | 0,9 | 2 | 1,2 | 5 | 3,8 | 8 | 2,0 |
| Total | 108 | 100,0 | 166 | 100,0 | 131 | 100,0 | 405 | 100,0 |
| Tipo de Parto anterior | | | | | | | | |
| Cesariana | 4 | 8,7 | 13 | 15,3 | 10 | 16,6 | 27 | 14,2 |
| Fórceps | 4 | 8,7 | 3 | 3,5 | 3 | 5,0 | 10 | 5,3 |
| Ventosa | 4 | 8,7 | 12 | 14,1 | 6 | 10,0 | 22 | 11,5 |
| Eutócico | 28 | 60,8 | 54 | 63,6 | 37 | 61,6 | 119 | 62,3 |
| Outras experiências | 6 | 13,1 | 3 | 3,5 | 4 | 6,8 | 13 | 6,7 |
| Total | 46 | 100,0 | 85 | 100,0 | 60 | 100,0 | 191 | 100,0 |
| Parto actual | | | | | | | | |
| Cesariana | 24 | 22,2 | 27 | 16,3 | 21 | 16,1 | 72 | 17,8 |
| Fórceps | 16 | 14,8 | 6 | 3,6 | 10 | 7,6 | 32 | 7,9 |
| Ventosa | 17 | 15,8 | 17 | 10,2 | 19 | 14,5 | 53 | 13,1 |
| Eutócico | 50 | 46,3 | 116 | 69,9 | 81 | 61,8 | 247 | 61,0 |
| Fórceps + ventosa | 1 | 0,9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,2 |
| Total | 108 | 100,0 | 166 | 100,0 | 131 | 100,0 | 405 | 100,0 |

Duração do TP

Para finalizar a caracterização das variáveis obstétricas abordaremos a duração do TP. Verificámos que a duração máxima do TP foi de 72 horas e a mínima foi de uma hora, com uma média de 7,38 horas e um desvio padrão de 6,925. A distribuição da duração do TP é assimétrica positiva (enviezada à esquerda) e leptocúrtica (menos achatada que o normal).

Para facilitar a interpretação dos resultados estabeleceram-se três grupos para a duração do TP consoante a amplitude de variação encontrada. O grupo mais representativo corresponde às mulheres que tiveram uma duração de parto inferior ou igual a cinco horas com 47,8%, seguindo-se as que tiveram uma duração do parto de seis a dez horas com 32,3%. O grupo menos representativo é o das mulheres com duração do parto superior ou igual a onze horas com 20,0%.

6.1.2 – Intervenções de rotina na sala de partos

Os resultados relativos às intervenções de rotina na sala de partos são apresentados na tabela 8. Expressamos apenas os dados obtidos, tendo em consideração as mulheres, as quais foi realizada alguma destas intervenções na sala de partos e se foram ou não previamente informadas. Verificamos que a 46,9% das mulheres foi efectuado enema de limpeza e explicada esta intervenção a 73,2%. Porém a 26,8% não foi dada qualquer explicação. Relativamente à intervenção “tricotomia”, esta foi efectuada a 37,0% das mulheres e explicada a 54,7%. Apenas a 12,1% foi efectuada uma ecografia durante a dilatação, sendo informadas deste procedimento 79,6% das mulheres. No que se refere à intervenção “fármaco para aumentar as contracções”, constatamos que a 66,4% das mulheres, este foi administrado e com informação prestada, 73,6%. Durante todo o TP, 85,2% das mulheres estiveram monitorizadas, das quais 66,4% receberam explicação. A 66,9% foi efectuado esvaziamento vesical recebendo explicação 72,0%. A 56,5% foi realizada amniotomia, sendo que apenas 56,8% foram informadas previamente ao procedimento e a 69,7% foi no início do TP. Para finalizar verificamos que à maioria das mulheres (96,0%) foi colocado um soro em perfusão e esse procedimento foi explicado a 62,7%. Cabe destacar, que na totalidade, as intervenções de rotina foram realizadas a um maior número de mulheres (58,40%) e apenas 66,39% foram devidamente esclarecidas e informadas acerca dos cuidados que foram alvo.

Tabela 8 – Dados estatísticos relativos às intervenções de rotina

| Intervenções de Rotina | Informadas | | Não informadas | | Total | % |
|---|------------|------|----------------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | | |
| Fizeram-lhe enema de limpeza? | 139 | 73,2 | 51 | 26,8 | 190 | 46,9 |
| Foi rapada, ainda que pouco, para que pudessem coser o corte (episiotomia) feito ou a laceração ocorrida? | 82 | 54,7 | 68 | 45,3 | 150 | 37,0 |
| Foi-lhe realizada alguma ecografia durante a dilatação? | 39 | 79,6 | 10 | 20,4 | 49 | 12,1 |
| Puseram-lhe algum fármaco para produzir ou aumentar as contracções? | 198 | 73,6 | 71 | 26,4 | 269 | 66,4 |
| Esteve monitorizada durante todo o parto? | 229 | 66,4 | 116 | 33,6 | 345 | 85,2 |
| Puseram-lhe uma sonda para poder urinar? | 195 | 72,0 | 76 | 28,0 | 271 | 66,9 |
| Puseram-lhe uma perfusão contínua (soro)? | 244 | 62,7 | 145 | 37,3 | 389 | 96,0 |
| Romperam-lhe a bolsa de águas? | 130 | 56,8 | 99 | 43,2 | 229 | 56,5 |

6.2 - ANÁLISE INFERÊNCIAL

Após a análise descritiva de dados, com o intuito de credibilizar o nosso estudo apresentamos as questões de investigação formuladas e os testes paramétricos e não paramétricos utilizados para dar resposta a tais questões.

Qual é a expectativa, a percepção e a satisfação da mulher com as práticas obstétricas durante o TP, parto e PP?

Ao analisar a confirmação das expectativas durante o TP, parto e PP, tendo em conta que o autor da escala não apresenta grupos de corte, estes foram criados tendo por base a fórmula preconizada por PESTANA e GAGEIRO (2005), média \pm 0,25 desvio padrão (DP). Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adoptada a seguinte classificação (tabela 9) para cada uma das subescalas e para a escala total.

Tabela 9 – Expectativas e grupos de corte

| Expectativas | Grupos de Corte | Nível |
|---------------------|------------------------|------------------------------|
| Durante o TP | ≤ 13 | Expectativas não confirmadas |
| | 14 | Expectativas confirmadas |
| | ≥ 15 | Expectativas superadas |
| Durante o parto | ≤ 14 | Expectativas não confirmadas |
| | ≥ 15 | Expectativas superadas |
| Durante o PP | ≤ 18 | Expectativas não confirmadas |
| | 19 | Expectativas confirmadas |
| | ≥ 20 | Expectativas superadas |
| Escala total | ≤ 45 | Expectativas não confirmadas |
| | 46-48 | Expectativas confirmadas |
| | ≥ 49 | Expectativas superadas |

Para a confirmação das expectativas durante o TP, verificamos que a maior percentagem das mulheres (47%) assinalam que o TP decorreu pior do que esperavam, 37% afirmam que superaram as suas expectativas e apenas 16% referem que as suas expectativas prévias quanto ao TP foram confirmadas. No que se refere à confirmação de expectativas durante o parto, o número de mulheres que referem que as suas expectativas foram ultrapassadas é ligeiramente superior (50,10%) ao número de mulheres que afirmam que o parto não decorreu de acordo com as suas expectativas (49,9%). Relativamente às expectativas no PP, a maior parte das mulheres (46,2%) consideram que o PP não decorreu de acordo com

as suas expectativas, senão pior, no entanto, 42,5% afirmam ter excedido as suas expectativas e poucas (11,3%) são as mulheres que sentiram as suas expectativas confirmadas no PP. Para finalizar, atendendo à escala total, observamos que poucas são as mulheres que sentem as suas expectativas confirmadas (15,1%). A maior parte delas assinalam que foram abaixo do que esperavam (44,2%), e 40,7% declaram ter sido superadas.

Por outro lado, estudamos a relação existente entre as expectativas durante os três períodos: TP, parto e PP. Para tal, realizamos uma análise de variância para medidas repetidas, através da qual verificamos, na tabela 10, que existem diferenças estatisticamente significativas entre as expectativas dos três períodos entre si ($p=0,000$), sendo que à medida que o internamento transcorre, as expectativas vão melhorando, já que como podemos comprovar o valor médio do período PP é o mais alto e o do TP mais baixo.

Tabela 10 – Expectativas: análise de variância para medidas repetidas

| Expectativas | Média | DP | F | P |
|--------------|--------|-------|---------|--------------|
| TP | 13,679 | 0,132 | | |
| Parto | 14,380 | 0,139 | 543,047 | 0,000 |
| PP | 19,116 | 0,175 | | |

Por outro lado, na análise da satisfação durante o TP, parto e PP, da mesma forma que com as expectativas, foram criados grupos de corte tendo por base a definição de PESTANA e GAGEIRO (2005) já mencionada. Na tabela 11, observamos os diferentes grupos de corte definidos para a satisfação.

Tabela 11 – Satisfação e grupos de corte

| Satisfação | Grupos de Corte | Nível |
|-----------------|-----------------|---------------------|
| Durante o TP | ≤13 | Baixa satisfação |
| | 14 | Moderada satisfação |
| | ≥15 | Alta satisfação |
| Durante o parto | ≤14 | Baixa satisfação |
| | ≥15 | Alta satisfação |
| Durante o PP | ≤20 | Baixa satisfação |
| | 21 | Moderada satisfação |
| | ≥22 | Alta satisfação |
| Escala total | ≤48 | Baixa satisfação |
| | 49-51 | Moderada satisfação |
| | ≥52 | Alta satisfação |

Tendo como referencia estes grupos de corte, observamos que a maior parte das mulheres (47,4%) se encontram bastante satisfeitas relativamente ao TP, no entanto, 39,3% referem estar pouco satisfeitas e apenas 13,3% moderadamente satisfeitas. Durante o parto, a percentagem de mulheres altamente satisfeitas (60,5%) é superior à percentagem de mulheres pouco satisfeitas (39,5%). Relativamente ao período do PP, 44,4% das mulheres mostram-se bastante satisfeitas, seguidas das mulheres que referem pouca satisfação (43,0%) e só 12,6% apresentam uma satisfação moderada. Ao analisar a escala global da satisfação, verificamos que a maior percentagem de mulheres encontra-se bastante satisfeitas (44,2%), mas uma percentagem ligeiramente inferior, refere pouca satisfação (42,2%) e apenas 13,6% apresenta moderada satisfação.

Também realizamos uma análise de variância para medidas repetidas da satisfação no TP, parto e PP, através da qual verificamos, na tabela 12, que existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos três períodos entre si ($p \leq 0,000$). Novamente, constatamos que a mulher se sente mais satisfeita à medida que transcorre o internamento, sendo que no fim de este é quando apresenta o maior valor médio de satisfação.

Tabela 12 – Satisfação: análise de variância para medidas repetidas

| Satisfação | Média | DP | F | P |
|------------|--------|-------|----------|--------------|
| TP | 14,047 | 0,167 | | |
| Parto | 15,101 | 0,163 | 1089,285 | 0,000 |
| PP | 21,119 | 0,193 | | |

Consideramos pertinente estudar a relação existente entre as expectativas e a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP, como também para a escala total. Para o qual realizamos um teste t-student para amostras emparelhadas. De acordo com a tabela 13, verifica-se que existem diferenças altamente significativas ($p=0,000$) para os períodos do TP e parto. Em contrapartida, durante o PP e para a escala global as diferenças não foram estatisticamente significativas. Tendo em atenção que a diferença das médias é negativa, concluímos que a satisfação que às mulheres apresentam durante o TP e parto é superior as suas expectativas. Através dos resultados da variância explicada (VE), observamos que a satisfação com o TP influencia em 37,82% as expectativas da mulher nesse período. Com respeito o parto, a percentagem de influência é de 28,84%.

Tabela 13 – T-student para amostras emparelhadas entre expectativas VS satisfação

| Subescalas | Expectativas | | Satisfação | | ≠ Média | DP | T | P | R | V.E |
|--------------|--------------|------|------------|------|---------|------|--------|--------------|-------|-------|
| | Média | DP | Média | DP | | | | | | |
| TP | 1,90 | 0,91 | 2,08 | 0,93 | -0,18 | 0,81 | -4,489 | 0,000 | 0,615 | 37,82 |
| Parto | 1,50 | 0,50 | 1,60 | 0,49 | -0,10 | 0,48 | -4,382 | 0,000 | 0,537 | 28,84 |
| PP | 1,96 | 0,94 | 2,01 | 0,94 | -0,05 | 1,05 | -0,993 | 0,321 | 0,374 | 13,99 |
| Escala total | 1,97 | 0,92 | 2,02 | 0,93 | -0,05 | 0,90 | -1,212 | 0,226 | 0,526 | 27,67 |

Que relação existe entre a importância e a percepção das mulheres perante as práticas obstétricas, a nível de “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao PP/alta”?

A análise da relação existente entre a importância e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas para cada uma das subescalas foi realizada através do teste t-student para amostras emparelhadas. De acordo com a tabela 14, verifica-se que existem diferenças altamente significativas para todas as subescalas ($p=0,000$), ou seja, a importância que as mulheres referem relativamente às práticas obstétricas influenciam o modo como as mulheres percebem estas práticas. Sendo que a importância manifestada pelas mulheres perante as práticas obstétricas é maior que a sua percepção em todas as subescalas (“cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao PP/alta”), uma vez que a diferença de médias é positiva. Através dos resultados da variância explicada (VE), observamos que as percentagens oscilam entre 0,45% a 13,10%, sendo a subescala de “apoio sócio-familiar” a que apresenta a maior percentagem (13,10%) de influência da importância sobre a percepção. A subescala com a percentagem menor (0,45%) é a da “atenção ao bem-estar”.

Tabela 14 – T-student para amostras emparelhadas entre importância VS percepção

| Subescalas | Importância | | Percepção | | ≠ Média | DP | T | P | R | V.E |
|------------------------|-------------|------|-----------|------|---------|------|--------|-------|-------|-------|
| | Média | DP | Média | DP | | | | | | |
| Cuidados prestados | 4,68 | 0,32 | 4,21 | 0,65 | 0,47 | 0,61 | 15,372 | 0,000 | 0,343 | 11,77 |
| Actuação perante a dor | 4,49 | 0,60 | 3,23 | 1,03 | 1,26 | 1,04 | 24,432 | 0,000 | 0,271 | 7,34 |
| Apoio sócio-familiar | 4,81 | 0,41 | 4,17 | 0,86 | 0,63 | 0,81 | 15,728 | 0,000 | 0,362 | 13,10 |
| Atenção ao bem-estar | 4,22 | 0,46 | 2,95 | 0,69 | 1,27 | 0,81 | 31,506 | 0,000 | 0,067 | 0,45 |
| Atenção ao PP/alta | 4,92 | 0,21 | 4,32 | 0,81 | 0,61 | 0,79 | 15,679 | 0,000 | 0,246 | 6,05 |

Por outro lado, consideramos importante estudar nesta investigação, se há relação entre a importância e a atenção percebida pela mulher perante as práticas obstétricas para cada um dos itens da subescala. Esta análise realizou-se atendendo aos parâmetros ponderados pelos autores da escala. Assim ROMAN OLIVER e ESPINACO GARRIDO (2008) referem que para a valorização da importância das práticas obstétricas é considerado como muito importante, quando a mulher inquirida responde importante ou muito importante; e de pouco importante quando responde como algo importante, pouco importante ou nada importante. No caso da percepção, avalia-se como bem atendida as que respondam muitas vezes e sempre, e como mal atendida quando respondam algumas vezes, poucas vezes ou nunca.

Desta forma, analisamos a interacção entre a importância e a percepção das práticas obstétricas para cada um dos itens de cada subescala através do Teste de Qui-Quadrado (tabela 15).

Tabela 15: Teste de Qui-Quadrado entre a importância e a percepção

| Subescalas | Itens | Importância | | | | Percepção | | | | X ² | P |
|------------------------|-------|------------------|------|------------------|-------|--------------|------|--------------|------|----------------|--------------|
| | | Pouco importante | | Muito importante | | Mal atendido | | Bem atendido | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Cuidados prestados | 1 | 12 | 3,0 | 393 | 97,0 | 53 | 13,1 | 352 | 86,9 | 53,652 | 0,000 |
| | 2 | 7 | 1,7 | 398 | 98,3 | 42 | 10,4 | 363 | 89,6 | 2,539 | 0,111 |
| | 3 | 23 | 5,7 | 382 | 94,3 | 68 | 16,8 | 337 | 83,2 | 0,006 | 0,937 |
| | 4 | 6 | 1,5 | 399 | 98,5 | 81 | 20,0 | 324 | 80,0 | 3,426 | 0,064 |
| | 5 | 58 | 14,3 | 347 | 85,7 | 55 | 13,6 | 350 | 86,4 | 11,315 | 0,001 |
| | 6 | 2 | 0,5 | 403 | 99,5 | 43 | 10,6 | 362 | 89,4 | 3,285 | 0,070 |
| | 7 | 42 | 10,4 | 363 | 89,6 | 180 | 44,4 | 225 | 55,6 | 22,103 | 0,000 |
| | 8 | 36 | 8,9 | 369 | 91,1 | 170 | 42,0 | 235 | 58,0 | 24,147 | 0,000 |
| Actuação perante a dor | 9 | 7 | 1,7 | 398 | 98,3 | 87 | 21,5 | 318 | 78,5 | 0,212 | 0,645 |
| | 10 | 93 | 23,0 | 312 | 77,0 | 329 | 79,0 | 85 | 21,0 | 20,270 | 0,000 |
| | 11 | 61 | 15,1 | 344 | 84,9 | 182 | 44,9 | 223 | 55,1 | 63,747 | 0,000 |
| Apoio sócio-família | 12 | 5 | 1,2 | 400 | 98,8 | 56 | 13,8 | 349 | 86,2 | 9,058 | 0,003 |
| | 13 | 19 | 4,7 | 386 | 95,3 | 116 | 28,6 | 289 | 71,4 | 19,789 | 0,000 |
| Atenção ao bem-estar | 14 | 23 | 5,7 | 382 | 94,3 | 111 | 27,4 | 294 | 72,6 | 10,389 | 0,001 |
| | 15 | 16 | 4,2 | 361 | 95,8 | 286 | 75,9 | 91 | 24,1 | 2,920 | 0,087 |
| | 16 | 4 | 1,0 | 377 | 99,0 | 58 | 15,2 | 323 | 84,8 | 0,299 | 0,584 |
| | 17 | 289 | 71,4 | 116 | 28,6 | 387 | 95,6 | 18 | 4,4 | 13,326 | 0,000 |
| Atenção ao PP/alta | 18 | 14 | 3,5 | 391 | 96,5 | 92 | 22,7 | 313 | 77,3 | 9,790 | 0,002 |
| | 19 | - | - | 403 | 100,0 | 56 | 13,9 | 347 | 86,1 | - | . |
| | 20 | 9 | 2,2 | 393 | 97,8 | 61 | 15,2 | 341 | 84,8 | 28,031 | 0,000 |
| | 21 | 3 | 0,7 | 402 | 99,3 | 95 | 23,5 | 310 | 76,5 | 9,863 | 0,002 |

No que se refere à subescala “cuidados prestados” não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, ao avaliar as interacções entre a importância e a percepção de:

- É importante para si não se sentir abandonada? / Sentiu-se abandonada? ($p=0,111$)
- É importante que a ajudem logo quando necessita? / No geral, foi logo atendida quando solicitou? ($p=0,937$)
- Que importância tem para si ser informada suficientemente e ao seu acompanhante durante o parto? / Informaram-na a si e ao seu acompanhante adequadamente? ($p=0,064$)
- É importante poder compreender o que lhe dizem? / Foi questionada normalmente de forma compreensível? ($p=0,070$).

Em contrapartida, várias das interações estudadas na escala “cuidados prestados” evidenciaram diferenças estatisticamente significativas. Ao estudar a relação entre a importância e a percepção dos cuidados recebidos durante o parto, verificamos diferenças altamente significativas ($p=0,000$), sendo que 97% das mulheres consideram “muito importantes” os cuidados recebidos durante o parto, 89,1% foram “bem atendidas” e 10,9% afirmam ter sido “mal atendidas”. Por outro lado, no estudo da interação entre a importância e a percepção relativamente à identificação e apresentação dos profissionais pelo seu nome, também foram encontradas diferenças altamente significativas ($p=0,000$). De igual forma, verificamos diferenças altamente significativas ($p=0,000$) na relação entre a importância de manifestações de apoio não verbal (dar a mão, limpar o suor, etc.) e a sua percepção. Saliemos o facto de que 89,6% das mulheres que consideram “muito importante” os profissionais identificarem-se e apresentarem-se pelo nome, 40,5% destas mulheres, foram mal atendidas. Já para 10,4% das mulheres é “pouco importante” que os profissionais se identifiquem. Por outro lado, 91,1% das mulheres afirmam que é “muito importante” as manifestações de apoio não verbal, no entanto uma elevada percentagem (38,3%) foram “mal atendidas”. Finalizamos a análise da subescala de “cuidados prestados” com o estudo da interação entre a importância de respeitar a intimidade durante o parto e a sua percepção, onde foram encontradas diferenças altamente significativas ($p=0,001$). Destacamos que 14,3% da amostra consideram como “pouco importante” respeitar a sua intimidade, as restantes 85,7% que referem como “muito importante” respeitar a sua intimidade, 88,8% foram “bem atendidas”.

De seguida, analisamos os itens da subescala “atenção perante a dor”. Das três interações existentes nesta subescala, duas delas apresentam diferenças altamente significativas ($p=0,000$):

- É importante dispor de massagens, técnicas de relaxamento, banho de água quente para tentar acalmar a dor? / foi-lhe oferecida a oportunidade de usufruir de alguns destes métodos?

Perante esta relação altamente significativa, destacamos o seguinte facto, ainda que

uma elevada percentagem de mulheres (77,0%) considerem este cuidado como “muito importante”, apenas 26,0% mulheres foram “bem atendidas” e 74,0% “mal atendidas”. No total, 79,0% das mulheres foram “mal atendidas”.

- É importante dispor de analgésicos, anestésicos, relaxantes que não seja a analgesia epidural, para acalmar a dor? / foi-lhe oferecida a oportunidade de usufruir destes medicamentos?

Observamos ao analisar esta relação altamente significativa que 84,9% das mulheres consideram esta prática como “muito importante”, sendo que 36,6% foram “mal atendidas”.

A interação entre a importância e a percepção de diminuir a dor não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,646$). No entanto, 98,3% considera “muito importante” que lhe tentem diminuir ou fazer desaparecer a dor, das quais 78,6% foram “bem atendidas”. Por outro lado, 94,6% das mulheres considera “muito importante” dispor de analgesia epidural, a qual foi realizada a 85,4% independentemente de considerar importante ou não; mas 13% afirmam que não lhes foi explicada previamente, condicionando o momento de a colocar. Também constatamos que na maior parte das mulheres a analgesia epidural foi aplicada com 4 cm (26,3%), 3 cm (15,0%) e 5 cm de dilatação (13,9%), no entanto a percentagem superior (27,2%) de mulheres afirma não saber com quantos cm lhe foi realizada a analgesia epidural.

No que se refere à subescala “apoio sócio-familiar”, as duas interações que compõem esta subescala revelaram diferenças estatisticamente significativas:

- É importante estar sempre acompanhada? / Esteve acompanhada continuamente?
- É importante o incentivo à participação do acompanhante? / Incentivaram esta participação?

A maior parte das mulheres (98,8%) afirma que é “muito importante” estarem sempre acompanhadas, no entanto 13,3% delas foram “mal atendidas”. As causas referidas pelas mulheres por esta falta de acompanhamento foram por o parto ser uma cesariana, por ser complicado, por estarem a ser observadas ou monitorizadas, mas a causa maioritária é o desconhecimento das mulheres (62,5%) que reconhece não saber porque não estão acompanhadas. Constatamos ainda que de 95,3% das mulheres que acham “muito importante o incentivo à participação do acompanhante”, 26,4% não foram “bem atendidas”.

Tendo em atenção a subescala “atenção ao bem-estar”, das quatro interações que constituem esta subescala, duas das interações apresentaram diferenças altamente significativas:

- É importante para si a explicação dos horários, procedimentos, formas de pedir ajuda,

etc? / Foi-lhe facilitada a adaptação ao meio hospitalar? ($p=0,001$).

Nesta relação observamos que 94,3% das mulheres consideram “muito importante” este aspecto, sendo que 74,3% foram “bem atendidas”.

- Acha importante que se possa beber e/ou comer durante o parto? / Ofereceram-lhe de comer e/ou beber? ($p=0,000$).

Deparamos-nos que a maioria das mulheres (71,4%) refere como “pouco importante” este cuidado e de que entre as que o consideram “muito importante” (28,6%), apenas 10,3% foram bem atendidas. Na totalidade, só 4,4% tiveram oportunidade de beber durante o TP.

Para finalizar esta análise, abordaremos a subescala “atenção ao pós-parto/alta”, sendo que três das interações desta subescala apresentam diferenças estatisticamente significativas e a interação referente à importância/percepção de amamentar o bebé não permitiu realizar este tipo de análise já que todas as mulheres afirmam que é muito importante dar de mamar ao seu bebé. Das restantes três interações deduzimos que das mulheres que consideram “muito importante” o contacto pele a pele (96,5%), 78,5% delas foram “bem atendidas” e as restantes (21,5%) não tiveram oportunidade de realizar este contacto. Ao analisar a importância/percepção ($p=0,000$) do aleitamento materno ser o mais precoce possível, a maioria das mulheres (97,8%) refere que é “muito importante” iniciar o aleitamento materno nas duas primeiras horas de vida, sendo que 86,3% das mulheres amamentaram o seu bebé nessas duas primeiras horas e 13,7% (54 mulheres) não conseguiram amamentar o bebé nesse período. Não podemos esquecer, que 37 dos RN foram prematuros, dificultando a possibilidade desta amamentação precoce. Para finalizar, abordamos a interação entre a importância/percepção relativamente à informação sobre os cuidados a ter com a mãe e o RN, de onde constatamos que uma percentagem muito alta (99,3%) refere estas informações como “muito importantes” e 77,1% foram “bem informadas”.

Qual é a influencia das variáveis sócio-demográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, estatuto ocupacional e agregado familiar) sobre a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas?

Relação entre a idade e a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas

Procurou-se identificar se a idade da mulher influenciaria a sua percepção perante as práticas obstétricas. Para isto foi realizado um Teste de Kruskal-Wallis (tabela 16) entre os três grupos etários e as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio

sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”. Pelo facto de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas foi rejeitada a hipótese de investigação. Assim podemos afirmar que a idade da mulher não influencia a sua percepção. Contudo, podemos observar que as mulheres mais novas (≤ 18 anos) apresentam médias superiores em todas as subescalas.

Tabela 16 – Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e a percepção

| Subescalas da percepção \ Idade | Idade | | | KW | P |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------|-------|
| | ≤ 18 Ordenação Média | 19-34 Ordenação Média | ≥ 35 Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 257,33 | 200,08 | 211,33 | 1,303 | 0,521 |
| Actuação perante a dor | 257,67 | 205,61 | 192,13 | 1,606 | 0,448 |
| Apoio sócio-familiar | 233,83 | 206,59 | 189,52 | 1,801 | 0,406 |
| Atenção ao bem-estar | 223,00 | 204,42 | 197,42 | 0,343 | 0,842 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 276,83 | 202,83 | 201,14 | 1,271 | 0,530 |

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

De forma a identificar se o estado civil da mulher influenciaria a sua percepção realizamos um Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e a percepção. É de notar que foi eliminado o parâmetro “viúva” por não ser representativo (só uma mulher viúva). Através desta análise verificamos, na tabela 17, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Assim, podemos afirmar que o estado civil não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas. Não obstante, observamos que as mulheres divorciadas apresentam uma maior percepção nas subescalas: “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao PP/alta”. Nas subescalas “cuidados prestados” e ao “apoio sócio-familiar” são as mulheres casadas as que referem a maior percepção. As mulheres que vivem em regime de coabitação apresentam uma menor percepção em todas as subescalas, à excepção da escala “apoio sócio-familiar”, onde são as mulheres divorciadas as que apresentam menor percepção.

Tabela 17 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e a percepção

| Subescalas da percepção \ Estado civil | Estado civil | | | | Regime de coabitação Ord. Média | KW | P |
|--|------------------------|----------------------|--------------------------|--|------------------------------------|-------|-------|
| | Solteira Ord. Média | Casada Ord. Média | Divorciada Ord. Média | | | | |
| Cuidados prestados | 205,49 | 206,56 | 201,35 | | 170,12 | 3,651 | 0,302 |
| Actuação perante a dor | 210,75 | 202,51 | 228,42 | | 186,57 | 1,642 | 0,650 |
| Apoio sócio-familiar | 192,50 | 205,79 | 186,38 | | 192,77 | 1,146 | 0,766 |
| Atenção ao bem-estar | 199,56 | 202,76 | 220,23 | | 197,89 | 0,398 | 0,941 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 217,24 | 200,75 | 229,50 | | 192,98 | 1,756 | 0,625 |

Relação entre a actividade laboral e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas

De forma a identificar se existe relação entre a percepção das mulheres que têm uma actividade laboral e aquelas que não, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 18) para verificar a influência da actividade laboral na percepção da mulher. Constatamos que existem diferenças significativas numa das subescalas da percepção: “actuação perante a dor”. Nesta subescala são as mulheres com actividade laboral as que referem uma maior percepção, isto é, um melhor atendimento.

Nas outras subescalas “cuidados prestados”, “apoio sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”, ainda que não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, também são as mulheres empregadas as que mostram uma melhor percepção.

Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney da percepção em função da actividade laboral

| Actividade laboral Subescalas da percepção | Sim | Não | U | P |
|--|-----------------|-----------------|----------|-------------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 206,68 | 190,91 | 14649,50 | 0,23 |
| Actuação perante a dor | 210,47 | 180,37 | 13521,50 | 0,02 |
| Apoio sócio-familiar | 204,21 | 197,76 | 15382,50 | 0,61 |
| Atenção ao bem-estar | 205,68 | 193,67 | 14945,00 | 0,36 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 204,03 | 198,25 | 15434,50 | 0,65 |

Relação entre as habilitações literárias e a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas

Para conhecer a influência das habilitações literárias na percepção da mulher, realizamos um Teste de Kruskal-Wallis, tendo-se excluído a única mulher detentora de doutoramento (não é representativa). Verificamos, na tabela 19, diferenças estatisticamente significativas na subescala “atenção ao pós-parto/alta”, sendo que são as mulheres com menos habilitações literárias (1º ciclo) as que referem um melhor atendimento na atenção ao PP e na alta. As mulheres que possuem um bacharelato são as que apresentam a menor percepção nesta subescala.

Nas restantes subescalas não se encontram diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$). No entanto, verificamos que as mulheres que frequentaram o 1º ciclo são as que mostram maior percepção nas sub-variáveis: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”. Em contrapartida, são estas mulheres as que apresentam pior percepção na subescala “apoio sócio-familiar”, onde as mulheres com ensino secundário apresentam maior percepção.

Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e a percepção

| Sub-escalas da percepção | Habilitações literárias | N | Ordenação Média | KW | P |
|---------------------------|-------------------------|-----|-----------------|--------|--------------|
| Cuidados prestados | 1º Ciclo | 15 | 240,00 | 6,640 | 0,355 |
| | 2º Ciclo | 45 | 199,26 | | |
| | 3º Ciclo | 67 | 181,97 | | |
| | Ensino secundário | 136 | 213,75 | | |
| | Bacharelato | 5 | 137,40 | | |
| | Licenciatura | 124 | 199,01 | | |
| | Mestrado | 11 | 201,23 | | |
| Actuação perante a dor | 1º Ciclo | 15 | 222,10 | 4,141 | 0,658 |
| | 2º Ciclo | 45 | 185,77 | | |
| | 3º Ciclo | 67 | 196,41 | | |
| | Ensino secundário | 136 | 213,60 | | |
| | Bacharelato | 5 | 160,80 | | |
| | Licenciatura | 124 | 199,83 | | |
| | Mestrado | 11 | 174,82 | | |
| Apoio sócio-familiar | 1º Ciclo | 15 | 193,58 | 2,055 | 0,915 |
| | 2º Ciclo | 45 | 201,03 | | |
| | 3º Ciclo | 67 | 207,78 | | |
| | Ensino secundário | 136 | 193,70 | | |
| | Bacharelato | 5 | 203,88 | | |
| | Licenciatura | 124 | 200,36 | | |
| | Mestrado | 11 | 236,73 | | |
| Atenção ao bem-estar | 1º Ciclo | 15 | 215,61 | 7,184 | 0,304 |
| | 2º Ciclo | 45 | 209,14 | | |
| | 3º Ciclo | 67 | 209,05 | | |
| | Ensino secundário | 136 | 218,40 | | |
| | Bacharelato | 5 | 184,31 | | |
| | Licenciatura | 124 | 160,27 | | |
| | Mestrado | 11 | 240,00 | | |
| Atenção ao pós-parto/alta | 1º Ciclo | 15 | 221,53 | 12,697 | 0,048 |
| | 2º Ciclo | 45 | 173,56 | | |
| | 3º Ciclo | 67 | 201,92 | | |
| | Ensino secundário | 136 | 214,61 | | |
| | Bacharelato | 5 | 60,00 | | |
| | Licenciatura | 124 | 202,34 | | |
| | Mestrado | 11 | 196,95 | | |

Relação entre o agregado familiar e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas

Procuramos identificar desta vez se o agregado familiar influenciaria a percepção da mulher. Para tal realizamos um teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e a percepção da mulher. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas da percepção. Isto permite-nos afirmar que o tipo de agregado familiar não influencia a percepção da mulher.

Tendo em atenção que não foram encontradas diferenças significativas, ao observar a tabela 20 constatamos que são as mulheres que vivem sem o companheiro as que referem um melhor atendimento no que se refere aos cuidados que lhe foram prestados e na actuação perante a dor. As mulheres que vivem com o companheiro e filhos mostram uma melhor percepção relativamente à atenção ao bem-estar e ao pós-parto/alta. Na subescala apoio sócio-familiar são as mulheres que vivem só com o companheiro as que apresentam uma percepção mais favorável.

Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e a percepção

| Subescalas da percepção | Agregado familiar | Só com o companheiro | Sem o companheiro | Com o companheiro e filhos | Outros | KW | P |
|---------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------------|------------|-------|-------|
| | | Ord. Média | Ord. Média | Ord. Média | Ord. Média | | |
| Cuidados prestados | | 202,54 | 206,88 | 204,34 | 189,43 | 0,237 | 0,971 |
| Actuação perante a dor | | 209,01 | 261,63 | 198,39 | 177,07 | 2,567 | 0,463 |
| Apoio sócio-familiar | | 205,76 | 150,25 | 199,71 | 228,30 | 1,886 | 0,597 |
| Atenção ao bem-estar | | 191,93 | 154,75 | 211,28 | 237,60 | 4,715 | 0,194 |
| Atenção ao pós-parto/alta | | 198,85 | 235,00 | 204,05 | 230,63 | 1,441 | 0,696 |

Consideramos interessante estudar se existem diferenças estatisticamente significativas nas mulheres que vivem só com o companheiro comparativamente com as mulheres que vivem com o companheiro e filhos. Assim, aplicamos um teste t-student (tabela 21), de onde verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas na subescala atenção ao bem-estar. As mulheres que vivem só com o companheiro apresentam uma melhor percepção nesta subescala que aquelas que vivem com o companheiro e filhos. Também constatamos que ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas nas restantes subescalas da percepção, observamos que são as mulheres que vivem só com o companheiro as que mostram uma melhor percepção.

Tabela 21 – t-student da percepção em função do tipo de acompanhamento familiar

| Subescalas da percepção | Acompanhamento familiar | | Companheiro e filhos | | T | p |
|---------------------------|-------------------------|------|----------------------|------|--------|--------------|
| | Só companheiro | | | | | |
| | Média | DP | Média | DP | | |
| Cuidados prestados | 33,56 | 5,44 | 33,82 | 4,94 | -0,489 | 0,625 |
| Actuação perante a dor | 9,84 | 3,07 | 9,58 | 3,08 | 0,821 | 0,412 |
| Apoio sócio-familiar | 8,41 | 1,68 | 8,27 | 1,81 | 0,797 | 0,426 |
| Atenção ao bem-estar | 11,09 | 3,31 | 11,72 | 2,91 | -1,999 | 0,046 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 17,02 | 3,48 | 17,23 | 3,20 | -0,615 | 0,539 |

Que relação existe entre as variáveis obstétricas (vigilância da gravidez, gravidez desejada, preparação para o parto, paridade, parto induzido, duração do TP, tipo de parto actual e deambulação) e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas?

Relação entre a vigilância da gravidez e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas

Para sabermos se a vigilância da gravidez influenciaria a percepção da mulher, utilizamos um teste U de Mann-Whitney entre o número de consultas realizadas durante a gravidez e todas as subescalas da percepção, de onde verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala “apoio sócio-familiar” (tabela 22). As mulheres que realizaram uma vigilância adequada (≥ 6 consultas) da gravidez apresentam uma maior percepção no apoio sócio-familiar que as que vigiaram mal a sua gravidez (< 6 consultas).

Nas restantes subescalas, onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, observamos que novamente são as mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante a gravidez, as que apresentam uma percepção mais positiva perante as práticas obstétricas nas subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar”, “atenção ao pós-parto/alta”, que as que vigiaram mal a gravidez.

Tabela 22 – Teste U de Mann-Whitney entre a percepção e a vigilância da gravidez

| Subescalas da percepção \ Vigilância da gravidez | < 6 consultas | ≥ 6 consultas | U | P |
|--|-----------------|--------------------|---------|--------------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 173,88 | 203,89 | 2008,50 | 0,380 |
| Actuação perante a dor | 196,50 | 203,20 | 2280,00 | 0,844 |
| Apoio sócio-familiar | 137,79 | 204,99 | 1575,50 | 0,044 |
| Atenção ao bem-estar | 164,71 | 204,17 | 1898,50 | 0,246 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 192,67 | 203,32 | 2234,00 | 0,751 |

Relação entre a gravidez desejada e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas

Para identificar se o facto de a gravidez ter sido desejada ou não influencia a percepção da mulher, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 23), através do qual não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que desejaram a gravidez e as que não a desejaram, em qualquer das subescalas da percepção. Mediante

isto concluímos que a gravidez desejada não influencia a percepção da mulher. Contudo, as mulheres que desejaram a gravidez apresentaram uma percepção ligeiramente mais alta nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sócio-familiar”. Porém, são as mulheres que não desejaram a gravidez as que referem melhor percepção nas subescalas “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”.

Tabela 23 – Teste U de Mann-Whitney entre a percepção e a gravidez desejada

| Subescalas da percepção \ Gravidez desejada | Sim | Não | U | P |
|---|-----------------|-----------------|---------|-------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 203,47 | 199,74 | 8860,50 | 0,831 |
| Actuação perante a dor | 202,36 | 207,44 | 8800,50 | 0,771 |
| Apoio sócio-familiar | 203,53 | 199,31 | 8839,00 | 0,804 |
| Atenção ao bem-estar | 200,81 | 218,19 | 8252,50 | 0,318 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 199,92 | 224,41 | 7935,00 | 0,153 |

Relação entre o curso de preparação para o parto e a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas

Para determinar se o ter frequentado algum curso de preparação para o parto influencia a percepção da mulher, utilizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 24), donde se verificou que não existe relação entre a preparação para o parto e a percepção, uma vez que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas da percepção. Isto leva-nos a afirmar que a preparação para o parto não influencia a percepção da mulher.

Ainda que não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas, observamos que as mulheres que realizaram preparação para o parto apresentam uma maior percepção relativamente ao “apoio sócio-familiar” e à “atenção ao pós-parto/alta”, ao contrário das mulheres que não frequentaram nenhum curso de preparação para o parto. Em contrapartida, são as mulheres que não realizaram preparação para o parto as que referem uma maior percepção com as subescalas: “cuidados prestados” “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”.

Tabela 24 – Teste U de Mann-Whitney entre a percepção e a preparação para o parto

| Subescalas da percepção | Preparação Parto | Sim | Não | U | P |
|---------------------------|------------------|-----------------|-----------------|----------|-------|
| | | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | | 188,65 | 209,48 | 15769,50 | 0,097 |
| Actuação perante a dor | | 195,85 | 206,23 | 16676,00 | 0,406 |
| Apoio sócio-familiar | | 213,67 | 198,18 | 16233,00 | 0,204 |
| Atenção ao bem-estar | | 198,59 | 204,99 | 17021,00 | 0,607 |
| Atenção ao pós-parto/alta | | 204,54 | 202,30 | 17382,50 | 0,855 |

Relação entre a paridade e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas

Procurou-se identificar se o número de partos influenciaria a percepção da mulher. Para verificar esta relação foi realizado um teste de Kruskal-Wallis entre a paridade e a percepção. Mediante a observação da tabela 25, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da mulher em função do número de partos. Podemos concluir que a paridade não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas.

Atendendo a que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, constatamos que as mulheres com mais de três filhos apresentam uma melhor percepção relativamente aos cuidados prestados, na actuação perante a dor, no apoio sócio-familiar e na atenção ao bem-estar. Em contrapartida são as que apresentam uma percepção menos favorável perante o atendimento no pós-parto/alta.

Tabela 25 – Teste de Kruskal-Wallis entre a paridade e a percepção

| Subescalas da percepção | Paridade | Um parto | Dois partos | Três partos | > Três partos | KW | P |
|---------------------------|----------|------------|-------------|-------------|---------------|-------|-------|
| | | Ord. Média | Ord. Média | Ord. Média | Ord. Média | | |
| Cuidados prestados | | 192,61 | 210,66 | 221,18 | 258,31 | 4,997 | 0,172 |
| Actuação perante a dor | | 207,40 | 195,82 | 201,44 | 224,13 | 1,137 | 0,768 |
| Apoio sócio-familiar | | 202,28 | 205,35 | 193,82 | 220,38 | 0,494 | 0,920 |
| Atenção ao bem-estar | | 196,88 | 202,94 | 222,61 | 279,75 | 5,117 | 0,163 |
| Atenção ao pós-parto/alta | | 194,53 | 219,87 | 190,92 | 173,94 | 5,272 | 0,153 |

Relação entre o tipo de parto actual e a percepção da mulher

Pretendemos com esta relação identificar se o tipo de parto actual influencia a percepção da mulher. Para isso, realizamos um teste U de Mann-Whitney (tabela 26) entre o parto actual e todas as subescalas da percepção, donde verificamos diferenças estatisticamente

significativas em quatro subescalas: “actuação perante a dor” ($p=0,21$), “apoio sócio-familiar” ($p=0,000$), “atenção ao bem-estar” ($p=0,000$) e “atenção ao pós-parto/alta” ($p=0,001$). Nestas três últimas subescalas (apoio sócio-familiar, atenção ao bem-estar e atenção ao pós-parto/alta) são as mulheres de parto eutócico as que referem uma maior percepção. No entanto na subescala “actuação perante a dor” são as mulheres de parto distócico as que apresentam uma melhor percepção relativamente à actuação perante a dor.

Tabela 26 – Teste U de Mann-Whitney entre o parto actual e a percepção

| Subescalas da percepção | Parto actual | Parto distócico | Parto eutócico | U | P |
|---------------------------|--------------|-----------------|-----------------|----------|--------------|
| | | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | | 194,96 | 207,30 | 18205,00 | 0,299 |
| Actuação perante a dor | | 219,19 | 191,89 | 16769,50 | 0,021 |
| Apoio sócio-familiar | | 175,17 | 219,87 | 15098,00 | 0,000 |
| Atenção ao bem-estar | | 158,75 | 230,31 | 12520,50 | 0,000 |
| Atenção ao pós-parto/alta | | 178,77 | 217,58 | 15664,50 | 0,001 |

Relação entre o parto induzido e a percepção da mulher

Pretendemos com esta relação identificar se o parto induzido influencia a percepção da mulher. Assim, foi utilizado um teste t-student para amostras independentes (tabela 27), de onde verificamos que existe diferença estatisticamente significativa na subescala “apoio sócio-familiar” ($p=0,036$) e altamente significativa na subescala “atenção ao bem-estar” ($p=0,000$), sendo que em ambas as subescalas são as mulheres que não induziram o parto as que apresentam uma melhor percepção. Nas restantes subescalas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, mas são também as mulheres que entraram em TP espontâneo as que apresentam uma percepção mais elevada, exceptuando a subescala “actuação perante a dor” onde as mulheres que necessitaram induzir o parto referem uma maior percepção.

Tabela 27 – Teste t-student da percepção em função do parto induzido

| Subescalas da percepção | Parto induzido | Sim | | Não | | T | P |
|---------------------------|----------------|-------|------|-------|------|--------|--------------|
| | | Média | DP | Média | DP | | |
| Cuidados prestados | | 33,29 | 5,49 | 34,06 | 4,81 | -1,511 | 0,131 |
| Actuação perante a dor | | 9,87 | 3,08 | 9,53 | 3,08 | 1,132 | 0,258 |
| Apoio sócio-familiar | | 8,16 | 1,76 | 8,53 | 1,67 | -2,110 | 0,036 |
| Atenção ao bem-estar | | 10,89 | 3,31 | 12,09 | 2,70 | -4,315 | 0,000 |
| Atenção ao pós-parto/alta | | 16,98 | 3,41 | 17,35 | 3,20 | -1,149 | 0,251 |

Relação entre a duração do parto e a percepção da mulher

Para estudar a influência da duração do parto na percepção da mulher realizamos um teste de Kruskal-Wallis (tabela 28), através da qual observamos que a duração do parto influencia a percepção da mulher relativamente à atenção ao bem-estar, sendo que são as mulheres que estiveram menos de seis horas em TP as que mostram uma maior percepção, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,042$). Em contrapartida, nas mulheres em que o parto demorou mais de 10 horas, encontra-se pior percepção.

Nas restantes subescalas onde não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, continuam a ser as mulheres com duração do parto inferior a seis horas as que referem um melhor atendimento, à excepção da subescala actuação perante a dor, onde são as mulheres com uma duração do TP entre 6 e 10 horas as que referem uma maior percepção. As mulheres que estiveram mais de 10 horas em TP referem pior atendimento em três das subescalas (cuidados prestados, actuação perante a dor, atenção ao bem-estar) e as mulheres que estiveram em TP entre 6 e 10 horas são as que apresentam a pior percepção nas subescalas apoio sócio-familiar e atenção ao pós-parto/alta.

Tabela 28 – Teste de Kruskal-Wallis entre a duração do parto e a percepção

| Subescalas da percepção | Idade | | | KW | P |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-------|--------------|
| | ≤5 Ordenação Média | 6-10 Ordenação Média | ≥11 Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 207,72 | 204,72 | 176,46 | 4,399 | 0,111 |
| Actuação perante a dor | 201,38 | 204,75 | 191,55 | 0,673 | 0,714 |
| Apoio sócio-familiar | 207,71 | 191,71 | 197,46 | 1,642 | 0,440 |
| Atenção ao bem-estar | 213,74 | 195,98 | 176,18 | 6,345 | 0,042 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 205,91 | 191,28 | 202,47 | 1,318 | 0,517 |

Relação entre a deambulação e a percepção da mulher

Para identificar se o poder deambular na sala de partos influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas, realizamos um teste t-student para amostras independentes (tabela 29), através do qual foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas “cuidados prestados” ($p=0,040$), “actuação perante a dor” ($p=0,031$) e bastante significativa na subescala “apoio sócio-familiar” ($p=0,014$) entre as mulheres que tiveram oportunidade de caminhar e as que não tiveram tal oportunidade. Podemos afirmar que a deambulação influencia a percepção da mulher de forma positiva nas subescalas “cuidados prestados”, “actuação perante a dor” e “apoio sócio-familiar”. Nas

subescalas “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta” não verificamos diferenças estatisticamente significativas, mas novamente são as mulheres que tiveram oportunidade de caminhar as que referem uma melhor percepção.

Tabela 29 – Teste U de Mann-Whitney entre a percepção e a deambulação

| Subescalas da percepção \ Deambulação | Sim | Não | U | P |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|----------|--------------|
| | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| Cuidados prestados | 219,38 | 194,12 | 15827,50 | 0,040 |
| Actuação perante a dor | 220,17 | 193,73 | 15722,00 | 0,031 |
| Apoio sócio-familiar | 222,21 | 192,72 | 15449,00 | 0,014 |
| Atenção ao bem-estar | 206,85 | 200,34 | 17507,50 | 0,595 |
| Atenção ao pós-parto/alta | 210,93 | 198,32 | 16961,00 | 0,296 |

Será que as expectativas e a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP influenciam a sua percepção relativamente às práticas obstétricas?

Pretendemos com esta relação identificar se a confirmação das expectativas e a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP influencia a percepção da mesma. Assim, efectuamos análises de regressões múltiplas para testar o valor preditivo das variáveis independentes em relação à variável dependente percepção e todas as suas dimensões: cuidados prestados, actuação perante a dor, apoio sócio-familiar, atenção ao bem-estar e atenção ao pós-parto/alta”. O método de estimação utilizado foi o *stepwise* (passo a passo) que produz os modelos necessários até determinar as variáveis que são predictoras da variável dependente. Além das variáveis independentes expectativas e satisfação, formaram parte destas análises de regressão, a idade e a paridade.

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (cuidados prestados)

No que concerne aos cuidados prestados, analisando a tabela 30, observamos a existência de correlações significativas com sinal positivo em todas as correlações, oscilando entre ($r=-0.089$) na paridade e ($r=-0.568$) na satisfação global. A maioria destas associações são de magnitude moderada (na expectativa TP, expectativa parto, expectativa global, satisfação TP, satisfação parto, satisfação PP e satisfação global), uma é de baixa magnitude (expectativas PP) e duas são de muito baixa magnitude (idade, paridade) Podemos afirmar, que à medida que aumentam os índices das variáveis independentes já

referidas, a percepção da mulher perante os cuidados prestados também aumenta.

Tabela 30 – Correlação de Pearson entre os cuidados prestados e variáveis independentes

| Variáveis independentes | R | P |
|-------------------------|--------------------|--------------|
| Idade | 0,107 [*] | 0,016 |
| Paridade | 0,089 [*] | 0,036 |
| Expectativas TP | 0,443 [*] | 0,000 |
| Expectativas parto | 0,437 [*] | 0,000 |
| Expectativas PP | 0,251 [*] | 0,000 |
| Expectativa global | 0,442 [*] | 0,000 |
| Satisfação TP | 0,530 [*] | 0,000 |
| Satisfação parto | 0,508 [*] | 0,000 |
| Satisfação PP | 0,474 [*] | 0,000 |
| Satisfação global | 0,568 [*] | 0,000 |

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a satisfação global já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto como podemos verificar na tabela 30. Esta variável explica no primeiro modelo 32,3% da variação dos cuidados prestados e o erro padrão de regressão é de 4,257, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos cuidados prestados.

No segundo modelo de regressão, para além da satisfação global, entrou a idade e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 33,1% da variabilidade total dos cuidados prestados tendo o erro estimado diminuído para 4,237.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no seguinte quadro (quadro 2) que evidencia como a satisfação global e a idade são preditoras dos cuidados prestados. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com os cuidados prestados é moderada ($r=0,576$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo nos cuidados prestados. Os coeficientes padronizados beta revelam que a satisfação global é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos inferir que quanto maior a satisfação global da mulher, melhor é a sua percepção dos cuidados recebidos. Do mesmo jeito, quanto mais idade tenha a mulher, maior é a sua percepção perante os cuidados recebidos.

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para os cuidados prestados que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Cuidados prestados} = 14.999 + 0.566 \text{ satisfação global} + 0.090 \text{ idade}$$

Quadro 2 – Regressão múltipla entre os cuidados prestados e as variáveis independentes

| Variável dependente = Cuidados prestados | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|----------|
| R = 0,576 | | | | | |
| R ² = 0,331 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,328 | | | | | |
| Erro padrão de estimativa = 4,237 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,008 | | | | | |
| F = 4,903 | | | | | |
| P = 0,027 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t | p | |
| Constante | 14,999 | | | | |
| Satisfação global | 0,314 | 0,566 | 13,867 | 0,000 | |
| Idade | 0,094 | 0,090 | 2,214 | 0,027 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 3575,765 | 2 | 1787,883 | 99,595 | 0,000 |
| Residual | 7216,507 | 402 | 17,952 | | |
| Total | 10792,272 | 404 | | | |

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (actuação perante a dor)

Tendo em conta a actuação perante a dor, a tabela 31, demonstra que as correlações com as variáveis independentes variam entre ($r = -0.016$) na paridade e ($r = 0.300$) na satisfação global. Entre as expectativas durante o TP, expectativas durante o parto, expectativas durante o PP, expectativa global, satisfação durante o TP, satisfação durante o parto, satisfação durante o PP e satisfação global, existe uma relação significativa e de sinal positivo com a actuação perante a dor, o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis independentes mencionadas, melhor é a percepção relativamente a actuação perante a dor. Somente não encontramos significância estatística na idade ($p = -0.064$) e na paridade ($p = -0,016$).

Tabela 31– Correlação de Pearson entre a actuação perante a dor e variáveis independentes

| Variáveis independentes | R | P |
|-------------------------|--------------------|--------------|
| Idade | -0,064 | 0,101 |
| Paridade | -0,016 | 0,377 |
| Expectativas TP | 0,266 [*] | 0,000 |
| Expectativas parto | 0,238 [*] | 0,000 |
| Expectativas PP | 0,116 [*] | 0,010 |
| Expectativa global | 0,240 [*] | 0,000 |
| Satisfação TP | 0,271 [*] | 0,000 |
| Satisfação parto | 0,241 [*] | 0,000 |
| Satisfação PP | 0,281 [*] | 0,000 |
| Satisfação global | 0,300 [*] | 0,000 |

Observamos no quadro 3 que a primeira variável e única a entrar no modelo de regressão é a satisfação global por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r=0,300$), estabelecendo uma associação baixa de sinal positivo e explicando por si só 9% da variação da actuação perante a dor com um erro padrão de regressão de 2,938. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, também apresenta significância estatística, permitindo afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão, a satisfação global, têm poder explicativo na actuação perante a dor. Assim deduzimos que quanto maior é a satisfação global da mulher, melhor é a sua percepção relativamente à actuação perante a dor.

O modelo final ajustado para a actuação perante a dor é dado então pela seguinte fórmula:

$$\text{Actuação perante a dor} = 4.707 + 0.300 \text{ satisfação global}$$

Quadro 3 – Regressão múltipla entre a actuação perante a dor e as variáveis independentes

| Variável dependente = Actuação perante a dor | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|----------|
| R = 0,300 | | | | | |
| R ² = 0,090 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,088 | | | | | |
| Erro padrão de estimativa = 2,938 | | | | | |
| F = 39,867 | | | | | |
| P = 0,000 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t | p | |
| Constante | 4,707 | | | | |
| Satisfação global | 0,099 | 0,300 | 6,314 | 0,000 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 344,207 | 1 | 344,207 | 39,867 | 0,000 |
| Residual | 3479,437 | 403 | 8,634 | | |
| Total | 3823,644 | 404 | | | |

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (apoio sócio-familiar)

Atendendo ao apoio sócio-familiar, pela tabela 32, notamos que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes oscilam entre ($r= -0.022$) na paridade e ($r= 0.282$) na satisfação PP. Verificamos ainda que o apoio sócio-familiar estabelece relações significativas com sinal positivo com as variáveis expectativas durante o TP, expectativas durante o parto, expectativas durante o PP, expectativa global, satisfação durante o TP, satisfação durante o parto, satisfação durante o PP e satisfação global, pelo que podemos afirmar que quantos maiores os índices nas variáveis acima descritas mais elevada é a

percepção do apoio sócio-familiar. Novamente a idade e a paridade foram as variáveis que não apresentaram correlações com significância estatística.

Tabela 32 – Correlação de Pearson entre o apoio sócio-familiar e variáveis independentes

| Variáveis independentes | R | P |
|-------------------------|--------------------|--------------|
| Idade | -0,050 | 0,160 |
| Paridade | -0,022 | 0,333 |
| Expectativas TP | 0,171 [*] | 0,000 |
| Expectativas parto | 0,133 [*] | 0,004 |
| Expectativas PP | 0,176 [*] | 0,000 |
| Expectativa global | 0,195 [*] | 0,000 |
| Satisfação TP | 0,192 [*] | 0,000 |
| Satisfação parto | 0,170 [*] | 0,000 |
| Satisfação PP | 0,282 [*] | 0,000 |
| Satisfação global | 0,247 [*] | 0,000 |

Verificamos, no quadro 4, que foi a satisfação no PP a primeira e única variável a entrar no modelo de regressão. A correlação que a satisfação no PP estabelece com o apoio sócio-familiar é fraca ($r=0,282$) e explica 7.9% da variação do apoio sócio-familiar sendo que, o erro padrão da estimativa é de 1,658. O teste F ao apresentar significância estatística leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t ao ser significativo indica que a variável independente satisfação no PP é preditora do apoio sócio-familiar.

Deste modo, podemos inferir que quanto mais satisfeita se encontra a mulher no PP, melhor é a sua percepção relativamente ao apoio sócio-familiar.

Finalizamos, apresentando a fórmula do modelo final ajustado para o apoio sócio-familiar:

$$\text{Apoio sócio-familiar} = 5.698 + 0.021 \text{ satisfação no PP}$$

Quadro 4 – Regressão múltipla entre Apoio sócio-familiar e as variáveis independentes

| Variável dependente = Apoio sócio-familiar | | | | | |
|---|----------------|------------------|-------------------------|--------|-------|
| R = 0,282 | | | | | |
| $R^2 = 0,079$ | | | | | |
| R^2 Ajustado = 0,077 | | | | | |
| Erro padrão de estimativa = 1,658 | | | | | |
| F = 34,709 | | | | | |
| P = 0,000 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | | Coeficiente Beta | Coeficiente padronizado | t | p |
| Constante | | 5,698 | | | |
| Satisfação PP | | 0,125 | 0,282 | 5,891 | 0,000 |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 95,441 | 1 | 95,441 | 34,709 | 0,000 |
| Residual | 1108,163 | 403 | 2,750 | | |
| Total | 1203,605 | 404 | | | |

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (atenção ao bem-estar)

Analisando a atenção ao bem-estar, a tabela 33 demonstra que as variáveis independentes apresentam correlações que variam entre ($r = -0.008$) na idade e ($r = 0.334$) na satisfação durante o TP. Com exceção da idade que não mostrou uma associação com significância estatística, as restantes variáveis revelaram associações estatisticamente significativas com sinal positivo. Podemos concluir que quanto maiores os índices nestas variáveis melhor é a percepção da atenção ao bem-estar

Tabela 33 – Correlação de Pearson entre a atenção ao bem-estar e variáveis independentes

| Variáveis independentes | R | P |
|-------------------------|--------|--------------|
| Idade | -0,008 | 0,434 |
| Paridade | 0,121* | 0,007 |
| Expectativas TP | 0,276* | 0,000 |
| Expectativas parto | 0,199* | 0,000 |
| Expectativas PP | 0,175* | 0,000 |
| Expectativa global | 0,257* | 0,000 |
| Satisfação TP | 0,334* | 0,000 |
| Satisfação parto | 0,223* | 0,000 |
| Satisfação PP | 0,292* | 0,000 |
| Satisfação global | 0,321* | 0,000 |

Para determinar as variáveis que se apresentavam como preditoras da atenção ao bem-estar, o modelo de regressão levou à realização de dois passos. No primeiro, entrou a satisfação no TP por ser a que maior correlação em valor absoluto estabeleceu com a atenção ao bem-estar, explicando 11.1% da variação com um erro de regressão de 2.912. No segundo passo verifica-se a entrada da satisfação no PP. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com a atenção ao bem-estar é fraca ($r = 0.349$) explicando 12.2% da variação e o erro padrão da estimativa diminuiu para 2.899 neste modelo de regressão final. Os resultados são apresentados no quadro 5 que comporta estas duas variáveis que se constituíram como preditoras da atenção ao bem-estar. No que se refere aos testes F e os valores de t ao apresentarem-se estatisticamente significativos permitem afirmar que as variáveis que entraram no modelo têm valor explicativo na variável dependente atenção ao bem-estar. Pelos coeficientes padronizados beta realça-se o maior valor preditivo da satisfação no TP. Em suma, quanto maior os índices da satisfação no TP e da satisfação no PP, melhor é percebida a atenção ao bem-estar por parte da mulher.

Terminamos a análise desta subescala por apresentar a fórmula do modelo final ajustado para a atenção ao bem-estar:

$$\text{Atenção ao bem-estar} = 6,009 + 0.249 \text{ Satisfação TP} + 0.133 \text{ Satisfação PP}$$

Quadro 5 – Regressão múltipla entre a atenção ao bem-estar e as variáveis independentes

| Variável dependente = Atenção ao bem-estar | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|----------|
| R = 0,349 | | | | | |
| R ² = 0,122 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,117 | | | | | |
| Erro padrão de estimativa = 2,899 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,010 | | | | | |
| F = 4,769 | | | | | |
| P = 0,030 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t | p | |
| Constante | 6,009 | | | | |
| Satisfação TP | 0,228 | 0,249 | 4,087 | 0,000 | |
| Satisfação PP | 0,106 | 0,133 | 2,184 | 0,030 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 468,332 | 2 | 234,165 | 27,868 | 0,000 |
| Residual | 3377,882 | 402 | 8,403 | | |
| Total | 3846,212 | 404 | | | |

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (atenção ao PP/alta)

Para finalizar abordaremos a variável dependente a atenção ao PP/alta. A tabela 34 demonstra que, as correlações entre esta variável e as variáveis independentes variam entre ($r= 0.018$) e ($r= 0.450$) na satisfação PP. A atenção ao PP/alta estabelece uma relação directa significativa com todas as variáveis excepto com a idade e a paridade, onde não foram encontradas significâncias estatísticas. Podemos afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis maior é a percepção da atenção no PP/alta.

Tabela 34 – Correlação de Pearson entre a atenção ao PP/alta e variáveis independentes

| Variáveis independentes | R | P |
|-------------------------|--------|--------------|
| Idade | 0,018 | 0,358 |
| Paridade | 0,018 | 0,361 |
| Expectativas TP | 0,146* | 0,002 |
| Expectativas parto | 0,152* | 0,001 |
| Expectativas PP | 0,274* | 0,000 |
| Expectativa global | 0,240* | 0,000 |
| Satisfação TP | 0,207* | 0,000 |
| Satisfação parto | 0,180* | 0,000 |
| Satisfação PP | 0,450* | 0,000 |
| Satisfação global | 0,326* | 0,000 |

Observamos no quadro 6 que foi a satisfação no PP a primeira variável a entrar no

primeiro dos dois passos que constituem este modelo de regressão por ser aquela que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro passo 20.2% da variação e o erro padrão de regressão é de 2,960. A esta variável juntou-se no segundo modelo a satisfação no parto que no seu conjunto passaram a explicar 22.1% da variação da atenção ao PP/alta e o erro padrão da estimativa diminuiu para 2.928 neste modelo de regressão final. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece com a atenção ao PP/alta é moderada ($r=0.470$).

Relativamente, aos testes F que por apresentarem significância estatística diz-nos que as variáveis são independentes. Pelas probabilidades dos valores de t concluímos que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na atenção ao bem-estar pois os seus coeficientes são diferentes de zero.

No que respeita aos coeficientes padronizados beta é a variável satisfação no PP a que apresenta maior peso preditivo, estabelecendo uma relação directa com a atenção ao pós-parto/alta, pelo que podemos inferir que quanto maior a satisfação no PP, melhor a percepção do atendimento no PP/alta. No entanto, a satisfação no parto estabeleceu uma relação inversa com a atenção no PP/alta, sendo que quanto menos satisfeita esteja a mulher durante o parto, maior é a sua percepção relativamente à atenção ao PP/alta.

O modelo final ajustado para esta subescala é dado pela seguinte fórmula:

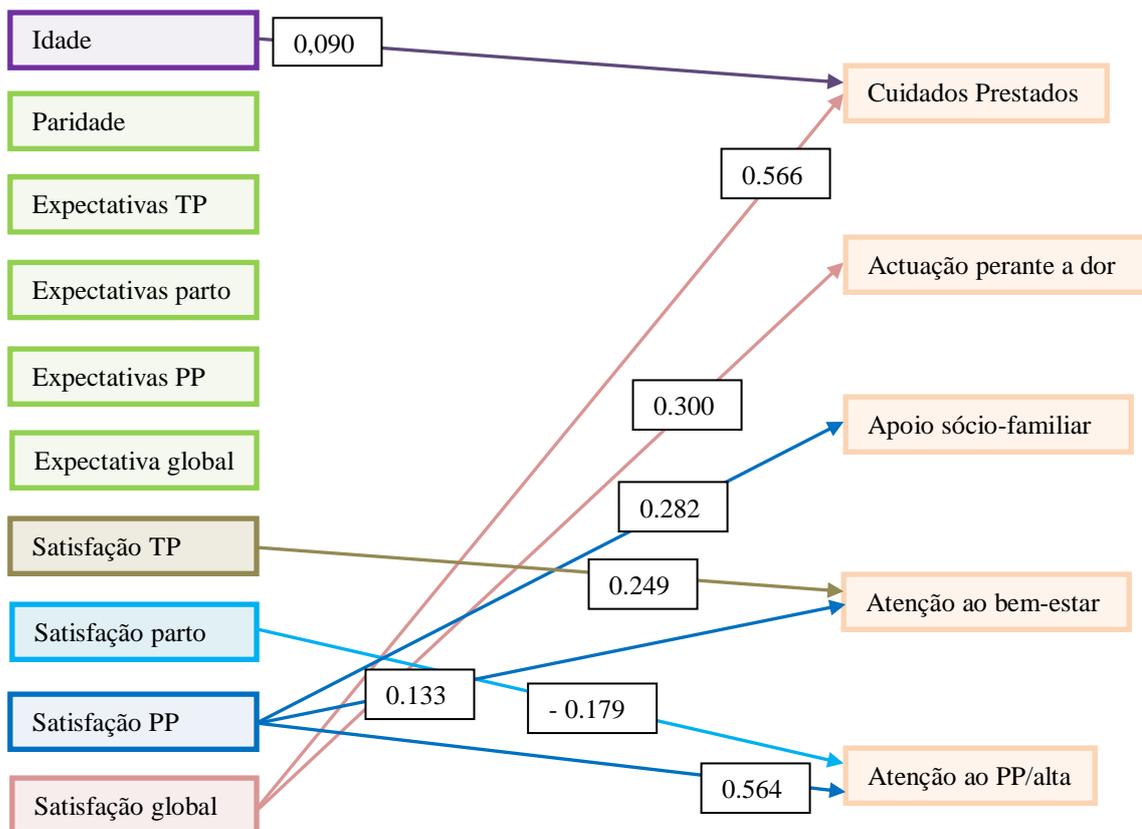
$$\text{Atenção ao PP/alta: } 9.733 + 0.564 \text{ Satisfação PP} + (- 0.179 \text{ Satisfação parto})$$

Quadro 6 – Regressão múltipla entre a atenção ao pós-parto/alta e as variáveis independentes

| Variável dependente = Atenção ao pós-parto/alta | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|----------|
| R = 0,470 | | | | | |
| R ² = 0,221 | | | | | |
| R ² Ajustado = 0,217 | | | | | |
| Erro padrão de estimativa = 2,928 | | | | | |
| Incremento de R ² = 0,019 | | | | | |
| F = 9,813 | | | | | |
| P = 0,002 | | | | | |
| Pesos de Regressão | | | | | |
| Variáveis independentes | Coefficiente Beta | Coefficiente padronizado | t | p | |
| Constante | 9,733 | | | | |
| Satisfação PP | 0,481 | 0,564 | 9,867 | 0,000 | |
| Satisfação parto | -0,181 | -0,179 | -3,133 | 0,002 | |
| Análise de variância | | | | | |
| Efeito | Soma quadrados | GL | Média quadrados | F | p |
| Regressão | 978,712 | 2 | 489,356 | 57,067 | 0,000 |
| Residual | 3447,204 | 402 | 8,575 | | |
| Total | 4425,916 | 404 | | | |

Na seguinte figura (figura 2) apresentamos um esquema de todas as variáveis independentes que formaram parte do estudo das regressões múltiplas, em relação com a variável dependente, atendendo as suas cinco subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, “actuação ao bem-estar” e “actuação ao PP/alta”.

FIGURA 2 – Síntese das relações entre a percepção e as variáveis independentes



7 – DISCUSSÃO

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

7.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização deste trabalho de investigação, um dos nossos objectivos foi mantê-lo dentro do rigor metodológico. Tendo em conta a temática do estudo em questão e as variáveis envolvidas, optámos por uma metodologia quantitativa e uma tipologia com características transversal e descritivo/analítico. Consideramos que esta é uma limitação pois mais e melhores resultados se obteriam transformando-o em longitudinal, permitindo uma monitorização das expectativas, percepção e satisfação da mulher.

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

Na selecção do instrumento de colheita de dados, tivemos em consideração os objectivos do estudo e as características da população. Decidimos utilizar como instrumento o questionário de tal forma que as informações procuradas foram colhidas de uma maneira rigorosa e com variáveis mensuráveis. Por outro lado permite-nos garantir o anonimato, a confidencialidade, a livre expressão de opiniões e minimizar possíveis influências do investigador. Para tal, foram colocadas urnas nos serviços de duas Instituições para que os questionários fossem lá depositados pelas utentes. No entanto, é possível que o questionário não seja suficientemente sensível para explorar na sua integridade algumas destas variáveis multidimensionais e complexas, sendo necessário o uso de métodos qualitativos.

Ao estudar as características psicométricas dos instrumentos utilizados, observamos que o questionário de Importância e Percepção das Práticas Obstétricas, no que diz respeito à fidelidade do instrumento, relativamente à consistência interna, os coeficientes *alpha* de

Cronbach para cada um dos itens variam de 0,806 a 0,835, sendo que para a escala total foi obtido um *alpha* de Cronbach de 0,820. Segundo PESTANA e GAGEIRO (2005) este procedimento é considerado como a melhor estimativa da fidelidade de um teste, onde um valor de alfa igual ou superior a 0,8 é considerado bom. Consideramos estes resultados como muito bons para um instrumento pouco “rodado”, demonstrando que esta escala apresenta uma elevada consistência interna. De igual forma, para verificar a homogeneidade e consistência dos itens do QESP procedeu-se ao cálculo do coeficiente de *alpha* de Cronbach para cada um dos itens. Verificamos que os valores de *alpha* foram muito bons e aceitáveis para efeitos de investigação. Para a escala total foi obtido um *alpha* de Cronbach de 0,923. Comparativamente com o estudo de adaptação à população portuguesa realizado por COSTA et al (2004), onde o *alpha* de Cronbach para a escala total foi de 0,90.

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

Por outro lado, ainda que a amostra do nosso estudo seja representativa já que está composta por 405 mulheres, o tipo de amostragem utilizada (acidental) representa uma fraqueza metodológica. Convém lembrar que as limitações inerentes às pesquisas com seres humanos estão muitas vezes relacionadas com as condições físicas e psicológicas dos inquiridos no estudo, assim como à sua capacidade de percepção, pois podem influenciar as respostas dadas aos instrumentos na colheita de dados utilizados.

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

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

7.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do nosso estudo foi ordenada em função da Instituição de Saúde e ficou constituída por 405 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos. A localização geográfica das Instituições de Saúde que formaram parte deste estudo são

Aveiro, Coimbra e Viseu. Para uma melhor análise, as idades foram agrupadas em três grupos etários atendendo às definições de O'REILLY, BOTTOMLEY, RYMER (2008) e de BOBAK, LOWDERMILK e JENSEN (1999) que consideram como grupos de risco as grávidas com menos de 19 anos e com idade igual ou superior a 35 anos. Observamos que a maioria da amostra (77,0%) se encontra no escalão etário dos 19 aos 34 anos, considerada uma faixa etária favorável à reprodução. BOBAK, LOWDERMILK e JENSEN (2009) afirmam que o melhor período para engravidar é entre os 20 e os 35 anos. Também verificamos neste estudo que as mulheres com IMA (> 34 anos) constituem 22,2% da amostra. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) a percentagem de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos continua a aumentar. Em contrapartida, constatamos que as mulheres consideradas como adolescentes (<19 anos) são o grupo menos representativo, com 0,7% da amostra. Esta percentagem demonstra uma diminuição do número de gravidezes na adolescência, dados que coincidem com os do INE (2008), mas Portugal ainda se encontra no segundo lugar entre os países europeus com mais grávidas adolescentes.

De forma a identificar se a idade da mulher influencia a sua percepção perante as práticas obstétricas foi realizado um teste de Kruskal-Wallis. Tendo-se verificado que se rejeita a relação ao nível de todas as sub-variáveis ("cuidados prestados", "actuação perante a dor", "apoio sócio-familiar", "atenção ao bem-estar" e "atenção ao pós-parto/alta"). Podemos afirmar que a idade não influencia a percepção da mulher, no entanto são as mulheres mais novas as que apresentam médias superiores em todas as subescalas. Diversos estudos, entre os quais destacamos o de Windridge e Berryman (1999) referidos por COSTA (2004), afirmam que entre as mulheres adultas, as diferenças de idade podem influenciar a percepção da experiência de parto. Estas autoras constataram que as mulheres com mais de 35 anos consideram que a sua idade é um factor de vulnerabilidade para os seus filhos durante o TP, pelo que se preocupam mais com o risco para o RN. Segundo Rizk [et al.] (2001), referido por CONDE [et al.] (2008), as mulheres com mais idade experienciam o parto na sua globalidade de forma mais negativa. Também COSTA (2004) verificou que as mulheres com mais de 29 anos apresentam maior dificuldade em relaxar durante a experiência de parto e percebem pior esta experiência, se comparadas com mulheres mais novas (19-28 anos). Como acabamos de verificar, diversos estudos apontam para uma relação entre a experiência de parto negativa com mulheres de maior idade, contudo, como refere COSTA (2004) os resultados empíricos não são consensuais. Alguns autores (Low et al, 2003; Windridge & Berryman, 1999 apud COSTA, 2004) constataam que a menor idade associa-se a uma pior experiência de parto. Assim LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008), verificaram que a idade influencia a experiência negativa do parto, sendo que são as

utentes com menos de 26 anos as que referem uma maior experiência negativa. Da mesma forma, poderíamos considerar que os resultados da nossa investigação reflectem uma certa ambiguidade, já que ao realizar uma análise de regressão múltipla, a idade revelou-se como uma variável preditora da percepção, sendo que à medida que aumenta a idade da mulher, melhor é a sua percepção perante os cuidados recebidos. No entanto, é de salientar que os resultados obtidos através do teste Kruskal-Wallis entre a idade e a percepção, não apresentam diferenças estatisticamente significativas e poderiam ser diferentes dependendo dos grupos etários criados.

Ao analisarmos o estado civil, observamos que a maior parte das mulheres deste estudo está casada ou em união de facto com 86,7%, seguida das mulheres solteiras com 9,9%, das divorciadas com 3,2% e apenas uma mulher (0,2%) é viúva. Procurou-se identificar se o estado civil da mulher influenciaria a sua percepção relativamente às práticas obstétricas, assim como a todas as sub-variáveis que a compõe, tais como: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”. Para testar esta hipótese foi realizado um teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e a percepção, para o qual, foi necessário eliminar nesta análise uma mulher viúva por não ser representativo. Pelo facto de não se ter verificado diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas foi rejeitada a hipótese de investigação. Assim podemos afirmar que o estado civil da mulher não influencia a percepção da mesma. Estes resultados são similares a um estudo realizado por MARIN [et al.] (2009) intitulado “Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto” onde concluíram que o facto de ser solteira não apareceu como um factor necessariamente associado à experiência negativa do parto. Destaca-se que o apoio recebido pela parturiente pareceu ser mais importante do que quem prestou tal apoio.

No que se refere à variável agregado familiar, verificamos que a maioria das mulheres vive com o companheiro (95,3%), apenas 1% vive sem ele e 3,7% numa situação diferente. Foi realizado um teste de Kruskal-Wallis entre o agregado familiar e a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas. Tendo em atenção que não foram encontradas diferenças significativas, podemos afirmar que o agregado familiar não influencia a percepção da mulher. Estes resultados permite-nos estabelecer uma relação com os referidos anteriormente, já que não existe relação entre a percepção e o facto de a mulher viver ou não com o companheiro; tal como aconteceu ao estudar o estado civil, onde as mulheres solteiras não perceberam de forma negativa o TP e parto, se comparadas com as mulheres casadas. Como refere MARIN [et al.] (2009), embora a presença do pai tenda a ser considerada uma das mais indicadas, por este ser a pessoa que também está envolvida no processo, é sabido que apenas a sua presença não é suficiente para garantir o apoio que

a mulher necessita. Assim, a presença de outras figuras de apoio pode compensar a ausência paterna.

Por outro lado, consideramos interessante estudar se existe relação entre a percepção e o facto de a mulher viver só com o companheiro ou com o companheiro e filhos. Após realizar um teste t-student constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala “atenção ao bem-estar”. As mulheres que vivem somente com o companheiro referem uma maior percepção na atenção ao bem-estar que aquelas mulheres que vivem com o companheiro e filhos. Segundo SOUSA (2009) as mulheres múltiparas preocupam-se com os outros filhos durante o internamento e com a reacção deles perante a chegada do irmão, e inclusive, podem não dispor de suporte do marido/companheiro que precisa cuidar dos outros filhos.

Se fizermos a análise em função das habilitações literárias, verificamos que a maioria das mulheres tem o ensino secundário (33,6%), 30,6% é detentora de uma licenciatura, 16,5% tem o 3º ciclo, 11,1% tem o 2º ciclo, 3,7% tem o 1º ciclo, 2,7% tem um mestrado, 1,2% da amostra é bacharel e só uma mulher (0,3%) tem doutoramento. Para sabermos a influência das habilitações literárias na percepção, realizámos um teste de Kruskal-Wallis. Verificamos diferenças estatísticas significativas na subescala “atenção ao pós-parto/alta”, sendo que são as mulheres com menos habilitações literárias (1º ciclo) as que referem um melhor atendimento na atenção no PP e na alta. Para COSTA (2004) as mulheres com menor nível educacional experienciam maiores preocupações durante toda a experiência; apesar disso, vivenciam o PP de forma significativamente mais positiva.

Ao analisar a variável estatuto ocupacional, verificou-se que a maioria das puérperas inquiridas têm uma actividade laboral (73,4%), sendo que 45,2% referem estar empregadas com licença de maternidade e as restantes (28,2%) não gozam desta licença. As mulheres desempregadas representam 18,5% da amostra, seguidas das domésticas (5,9%), das estudantes (1,5%), sendo o grupo menos representativo o das mulheres com rendimento social (0,5%). Como podemos verificar neste estudo e de acordo com o manifestado por SÁ (2001), actualmente a maioria das mães exerce uma actividade laboral. Este facto constitui um reflexo actual do contexto sócio-económico da sociedade ocidental, onde a modificação do papel social da mulher, tem sido acompanhada de alterações a nível familiar e dos comportamentos procriativos. Cada vez mais as mulheres planeiam o momento da maternidade, em função das prioridades que estabelecem a nível profissional (SOUSA, 2009). A mulher tem de adaptar-se à maternidade, procurando um equilíbrio entre o novo papel de mãe e as responsabilidades acrescidas com o desenvolvimento laboral e social (LOUREIRO e FERREIRA, 2007).

Para estudar a relação existente entre a percepção das mulheres que têm uma actividade

laboral e aquelas que não, realizamos um teste U de Mann-Whitney entre a actividade laboral e a percepção. Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas para a subescala “actuação perante a dor”, onde são as mulheres com actividade laboral as que referem uma maior percepção, isto é, um melhor atendimento. Nas restantes subescalas”, ainda que não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, novamente são as mulheres empregadas as que mostram uma melhor percepção. No estudo realizado por SOUSA (2009) verificou-se que as parturientes empregadas evidenciam maior percepção e satisfação com os cuidados recebidos, em particular com os tratamentos e exames. Segundo Rautava (1989, citado por PACHECO [et al.], 2005) as mulheres desempregadas apresentam menos conhecimentos acerca do parto que em termos de adaptação à gravidez, implicando um menor nível de informação sobre questões de desenvolvimento, desvalorizam a importância dessa informação, são mais descuidadas com a alimentação, com o exercício físico e com o uso de medicamentos.

Relativamente às variáveis de natureza obstétrica, tais como a vigilância da gravidez, podemos destacar que 97% das mulheres realizaram mais de 6 consultas durante a gravidez e 3% não a vigiaram adequadamente. Estes resultados vão de encontro com o estudo realizado por ROCHA e MONTEIRO (2009), onde a maior parte das mulheres teve uma gravidez vigiada (80,7%). No entanto, CORDEIRO [et al.] (2006) afirma que a gravidez não vigiada é ainda uma realidade da prática obstétrica.

Procuramos identificar se a vigilância da gravidez (número de consultas) influenciaria a percepção da mulher. Para isso, realizamos um teste U de Mann-Whitney entre o número de consultas e a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas, onde verificamos a inexistência de diferenças estatisticamente significativas. Assim, podemos concluir que a vigilância da gravidez não influencia a percepção. Contudo as mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante a gravidez apresentam em todas as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar”, “atenção ao pós-parto/alta” uma percepção mais positiva perante as práticas obstétricas que aquelas que vigiaram mal a gravidez.

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

Atendendo ao facto da gravidez ter sido desejada ou não, concluímos que a maioria das mulheres (87,4%) em estudo, desejou a sua gravidez. Para termos conhecimento se a gravidez desejada influenciaria a percepção da mulher, utilizamos um teste U de Mann-Whitney, através do qual não foram encontradas diferenças significativas. Portanto, podemos afirmar que a gravidez desejada não influencia a percepção da mulher. Porém, constatamos que as mulheres que desejaram a gravidez apresentaram uma percepção ligeiramente mais alta nas subescalas “cuidados prestados” e “apoio sócio-familiar”. Contrariamente, são as mulheres que não desejaram a gravidez as que referem melhor percepção nas subescalas “actuação perante a dor”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao pós-parto/alta”.

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

Em relação à variável preparação para o parto, deparamo-nos que a maioria das mulheres (68,9%) não participou em nenhum curso de preparação para o parto e apenas 31,1% assistiu. Ainda que esta percentagem de mulheres que participou é superior se comparada com a de outros estudos como o de ROCHA e MONTEIRO (2009) e CORREIA (2010). Estes resultados estão muito abaixo do esperado para as mulheres que têm na preparação para o parto, um direito adquirido reconhecido pela legislação portuguesa. Em contrapartida, COUTO (2004) afirma que a maioria das grávidas desconhece ou nunca ouviu falar na preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico.

Com o intuito de conhecer se a preparação para o parto influenciaria a percepção da mulher, constatamos que não existe essa relação para nenhuma das subescalas da percepção. Para tal, foi aplicado um teste U de Mann-Whitney que nos permite afirmar que a preparação para o parto não influencia a percepção da mulher. Ainda que não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas, verificamos que para cada uma das subescalas da percepção, as mulheres que realizaram preparação para o parto apresentam uma maior percepção relativamente ao “apoio sócio-familiar” e a “atenção ao pós-parto/alta”, ao contrário das mulheres que não frequentaram nenhum curso de preparação para o parto. Em contrapartida, são as mulheres que não realizaram preparação para o parto as que referem uma maior percepção com as subescalas: “cuidados prestados” “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”.

Também ROCHA e MONTEIRO (2009) ao estudar a relação existente entre a educação materna em grupo e a percepção da mulher não encontraram diferenças significativas em nenhuma das dimensões da percepção. O mesmo aconteceu quando tentaram identificar a relação entre o método psicofilático e a percepção da mulher. Estas autoras, indo de encontro com os resultados do nosso estudo, constataram que as utentes que tiveram preparação para o parto são as que revelam menor percepção dos cuidados que lhe foram prestados no sentido de aliviar a dor, não havendo diferenças estatísticas significativas para esta dimensão. Outro estudo realizado por CORREIA (2010) revelou a inexistência de diferenças significativas entre a educação para a saúde em grupo e a percepção, sendo que são as mulheres que não realizaram ensinamentos em grupo as que apresentam médias mais elevadas em todos os domínios da percepção. Segundo LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008), as mulheres que realizaram preparação para o parto apresentam maiores índices de experiência negativa. Contudo, não podemos esquecer que estes resultados são contraditórios, já que a preparação para o parto está cientificamente comprovada como benéfica para a mãe e para o filho, sendo um direito contemplado na legislação para todas as grávidas do Sistema Nacional de Saúde (CUNHA, 2008). Inclusivamente, gostaríamos de referir uma das propostas sugeridas por MONTEIRO, MARINHO e CRUZ (2008) no seu estudo intitulado “Expectativas e Experiências de Parto”, onde propõem que a nível dos cuidados de saúde primários, aquando da preparação para o parto, que se invista na formação e preparação das mulheres para a criação de expectativas realistas e adequadas aos cuidados a que a mulher/família têm direito e ao seu dispor no momento do parto.

Por outro lado, neste estudo constatamos que em 49,6% das mulheres o parto foi induzido, as restantes 50,4% entraram em TP espontâneo. Procurou-se identificar se o parto induzido influenciaria a percepção da mulher, foi assim realizado um teste t-student. Verificamos que existe diferença estatisticamente significativa na subescala “apoio sócio-familiar” ($p=0,036$) e altamente significativa na subescala “atenção ao bem-estar” ($p=0,000$), sendo que em ambas as subescalas são as mulheres que não induziram o parto as que apresentam uma melhor percepção. Na revisão bibliográfica realizada, constatamos que a maioria dos estudos, tal como este, referem que as mulheres que não induzem o TP, têm uma melhor percepção do parto. Assim, SHETTY [et al.] (2010) afirmam que o parto induzido artificialmente resulta em menor satisfação comparado com o parto espontâneo. O longo período de tempo entre o início da indução e o parto assume a principal razão da insatisfação. Partilhamos a opinião destes autores que manifestam a necessidade de melhorar a informação fornecida às mulheres que se vão submeter a uma indução do parto, de forma a criar expectativas mais realistas, uma experiência positiva e aumentar a satisfação.

Relativamente à variável duração do parto, deparamo-nos que a duração máxima do TP foi de 72 horas e a mínima foi de uma hora, com uma média de 7,38 horas e um desvio padrão de 6,925. Para facilitar a interpretação dos resultados acima representados estabeleceram-se três grupos para a duração do parto consoante a amplitude de variação encontrada. O grupo mais representativo corresponde às mulheres que tiveram uma duração de parto inferior a seis horas com 47,8%, seguindo-se as que tiveram uma duração do parto de seis a dez horas com 32,3%. O grupo menos representativo é o das mulheres com duração do parto superior ou igual a onze horas com 20,0%. Dados que vão de encontro aos analisado por ROCHA e MONTEIRO (2009) que verificaram que a maior representatividade (49,3%) vai para as utentes cuja duração do TP foi inferior ou igual a 6 horas, sendo poucas as que tiveram uma duração do parto superior a doze horas (9,6%).

Para estudar a influência da duração do parto na percepção da mulher realizamos um teste de Kruskal-Wallis, através do qual podemos concluir que a duração do parto influencia a percepção da mulher relativamente à atenção ao bem-estar, sendo que são as mulheres que estiveram menos de seis horas em TP as que mostram uma maior percepção, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,042$). Em contrapartida, as mulheres em que o parto demorou mais de dez horas, são as que mostram pior percepção. Estes resultados obtidos parecem muito congruentes, se temos em atenção que a maioria das mulheres onde o TP demorou mais de dez horas, aquelas nas quais o TP foi induzido e como já foi referido apresentam uma menor percepção.

Esta conclusão pode ser fundamentada através de dois trabalhos de investigação, um a nível nacional realizado por CORREIA (2010) e outro a nível internacional realizado por Waldenstrom [et al.] (1996) referido por COSTA (2004). Tanto no estudo nacional como no realizado a nível internacional, foi verificado que quanto maior o número de horas de TP menor é a percepção da mulher.

Tendo em conta o número de partos das mulheres estudadas, deparamo-nos que mais de metade da amostra (58,8%) é primípara e 47,2% das mulheres é múltipara. Ao estudar se a paridade influencia a percepção da mulher, verificamos através de um teste de Kruskal-Wallis que não existem diferenças estatisticamente significativas na percepção da mulher em função do número de partos. Podemos concluir que a paridade não influencia a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas, rejeitando-se assim a hipótese de investigação por nós formulada. Resultados similares ao nosso estudo foram encontrados na investigação já mencionada, realizada por ROCHA e MONTEIRO (2009), que afirmam a inexistência de relação entre a percepção dos cuidados recebidos e a paridade. No entanto, a maior parte dos estudos consultados (COSTA, 2004; CORREIA, 2010) durante a revisão bibliográfica afirmam que a paridade influencia a experiência de

parto.

Ao analisar as sub-variáveis onde não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas neste estudo, constatamos que as mulheres com mais de três filhos apresentam uma melhor percepção relativamente aos cuidados prestados, na actuação perante a dor, no apoio sócio-familiar e na atenção ao bem-estar. Em contrapartida são as que apresentam uma percepção menos favorável perante o atendimento no pós-parto/alta. Ao comparar estes resultados com os do estudo realizado por CORREIA (2010), observamos também que são as puérperas com mais de três partos, aquelas que percebem pior a “atenção ao pós-parto/alta” e percebem de forma favorável os “cuidados prestados”, a “actuação perante a dor” e “atenção ao bem-estar”. No entanto, os resultados obtidos por Norr [et al.] (1980, apud COSTA, 2004) mostram que as mulheres múltiparas sentem maior desconforto físico e menos suporte do companheiro durante o TP.

Atendendo ao tipo de parto actual, a maior parte das puérperas inquiridas teve um parto eutócico (61,0%), seguidas das mulheres submetidas a cesariana (17,8%), a ventosa (13,1%) a fórceps (7,9%) e 0,2% a fórceps juntamente com ventosa. Estes resultados demonstram uma diminuição no número de cesarianas, que vão de encontro com as preocupações governamentais e medidas propostas para reduzir a taxa de cesarianas durante o ano 2010 (ARS, 2010). Mas temos que ter em consideração que estes dados não representam o número total de cesarianas realizadas já que não formam parte deste estudo as cesarianas electivas ou todas aquelas utentes que por outros motivos realizaram uma cesariana sem entrar em TP activo.

Para testar esta hipótese utilizamos um teste U de Mann-Whitney entre o tipo de parto actual e a percepção da mulher. Foram encontradas diferenças altamente significativas em quatro subescalas: “actuação perante a dor” ($p=0,021$), “apoio sócio-familiar” ($p=0,000$), “atenção ao bem-estar” ($p=0,000$) e “atenção ao pós-parto/alta” ($p=0,001$). Nestas três últimas subescalas (apoio sócio-familiar, atenção ao bem-estar e atenção ao pós-parto/alta) são as mulheres com parto eutócico as que referem uma maior percepção e as submetidas a cesariana as que manifestam pior atendimento nestas sub-variáveis. No entanto, as mulheres submetidas a cesariana apresentam uma melhor percepção na actuação perante a dor.

Diversos estudos a nível nacional são congruentes com os resultados obtidos neste estudo. COSTA [et al.] (2003b) num estudo intitulado “Tipo de Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação”, afirmam que a forma como as mulheres experienciam o parto varia em função do tipo de parto a que são submetidas. Estes autores apontam para o impacto positivo do parto eutócico, nomeadamente ao nível do bem-estar. No geral, as

utentes que dão à luz por parto eutócico estão mais satisfeitas com o tempo que demoraram a tocar no bebé, com o tempo de recuperação no pós-parto, bem como com as condições físicas da instituição de saúde. Já CONDE [et al.] (2007) afirma que as mulheres que foram submetidas a cesariana percebem o parto de forma globalmente negativa, em comparação com as parturientes que tiveram um parto eutócico. Para FIGUEIREDO [et al.] (2002), as mulheres com parto eutócico revelam maior satisfação e encaram o parto de modo mais positivo, assim como estabelecem uma relação mais adequada com o seu bebé. LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008) afirmam que as mulheres com parto normal referem uma maior experiência positiva do parto.

Pelo contrário, verificamos no nosso estudo que são as mulheres com parto eutócico as que referem uma pior percepção relativamente à actuação perante a dor. Também COSTA [et al.] (2003b) ao comparar as mulheres que foram sujeitas a parto por cesariana e as parturientes com parto eutócico, verificaram que a dor sentida durante o TP e no parto é superior nas mulheres com parto normal, sobretudo quando este é mais prolongado e sem analgesia epidural. LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008) constataram que a realização do parto com a analgesia epidural influencia a experiência negativa do parto, sendo que são as mulheres que não tiveram epidural as que referem maior experiência negativa.

Se tivermos em atenção a dimensão da percepção que não mostrou diferenças estatisticamente significativa em função do tipo de parto, podemos observar que na sub-variável “cuidados prestados” são as mulheres com parto eutócico as que apresentam uma maior percepção perante os cuidados prestados. Novamente, os resultados do nosso estudo vão de encontro à bibliografia consultada. Assim, Tarkka, Paunonen e Laippala (2000, apud COSTA, 2004) concluem que quanto mais positiva a experiência da mulher relativamente aos cuidados da enfermeira, mais positiva a percepção da experiência de parto.

Relativamente à variável deambulação observamos que 66,7% das mulheres deste estudo não tiveram oportunidade de caminhar. Apenas 33,1% tiveram essa possibilidade. Temos que ter em atenção que diversos estudos observacionais indicam que uma posição supina durante o TP pode ter efeitos fisiológicos adversos para a mãe e para o RN (LAWRENCE et al., 2009). Entre estes efeitos destacam-se as alterações da frequência cardíaca fetal, o comprometimento da dinâmica uterina e da descida da apresentação, que se dificultam nesta posição (OMS, 1996).

Ao estudar a relação entre a deambulação e a percepção da mulher através de um teste U de Mann-Whitney, verificamos a existência de diferenças significativas, onde as mulheres que tiveram oportunidade de caminhar apresentam uma maior percepção relativamente aos

“cuidados prestados”, à “actuação perante a dor” e no “apoio sócio-familiar”. Podemos afirmar que a deambulação influencia a percepção da mulher de forma positiva nas supracitadas subescalas. Nas restantes subescalas que não mostram diferenças estatisticamente significativas, mais uma vez são as mulheres que deambularam as que referem uma melhor percepção.

Na bibliografia consultada inúmeros estudos apontam para os benefícios da deambulação durante o TP. Uma revisão sistemática da literatura realizada por LAWRENCE [et al.] (2009) publicada na *Cochrane Library*, demonstra que as posições verticais e a deambulação se associam com uma redução da duração do período de dilatação do TP e não estão relacionadas com uma maior intervenção ou com efeitos negativos no bem-estar materno-fetal. Segundo SILVA e SANTOS (2009), as mulheres que deambulam referem contracções menos dolorosas e a necessidade de analgésicos é menor. Ainda, num estudo realizado por NASCIMENTO [et al.] (2010) encontra-se que a movimentação corporal é reconhecida pelas mulheres como práticas e atitudes de cuidado próprias das enfermeiras obstétricas. A movimentação corporal promove coragem e sensação de liberdade, demonstrando que as EESMOG reconhecem as mulheres como pessoas activas e protagonistas do seu parto, adoptando na sua prática os princípios das tecnologias não invasivas de cuidado.

Tendo em conta, outro dos objectivos deste estudo, analisar a relação existente entre a importância e a percepção da mulher perante as práticas obstétricas, ao realizar o teste t-student para amostras emparelhadas verificou-se que existem diferenças altamente significativas para todas as subescalas ($p=0,000$), isto é, a importância que as mulheres referem relativamente às práticas obstétricas influenciam a percepção das mesmas, sendo que a importância manifestada é maior que a sua percepção em todas as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao PP/alta”. Estes resultados são coincidentes com os encontrados por ROCHA e MONTEIRO (2009).

Também realizamos uma análise entre a importância e a percepção através do teste de Qui-Quadrado para cada um dos itens da subescala. A maior parte das relações estabelecidas com diferenças estatisticamente significativas mostraram resultados favoráveis relativamente ao atendimento proporcionado às mulheres. Novamente os resultados são similares aos apresentados pelo supracitado estudo de ROCHA e MONTEIRO (2009).

Contudo, consideramos interessante destacar no nosso estudo, aquelas interacções onde os resultados foram menos favoráveis. Sendo assim, na subescala “cuidados

prestados”, constatamos que das 89,6% das mulheres que consideram “muito importante” os profissionais identificarem-se e apresentarem-se pelo nome, uma elevada percentagem (40,5%) foram “mal atendidas”. Como verificaram DUARTE [et al.] (2008) no estudo intitulado “Da expectativa à experiência de ser cuidada pelo EESMO na sala de partos”, a visibilidade profissional dos EESMOG não se faz notar, na medida em que não existe uma identificação formal destes profissionais e um reconhecimento das suas competências técnicas.

De igual forma verificamos que das 91,1% das mulheres que afirmam que é “muito importante” as manifestações de apoio não verbal (dar a mão, tocá-la, limpar o suor, posicioná-la), 38,3% destas mulheres referem ter sido “mal atendidas”. Resultados mais inquietantes foram encontrados relativamente a subescala “actuação perante a dor”, onde 77,0% das mulheres que consideram “muito importante” dispor de massagens, técnicas de relaxamento, banho de água quente, etc., para tentar acalmar a dor, apenas 25,0% foram “bem atendidas”. Relativamente à percentagem de mulheres (84,9%) que consideram “muito importante” dispor de analgésicos, anestésicos, relaxantes que não seja a analgesia epidural, para acalmar a dor, 63,4% foram “bem atendidas”. Não podemos esquecer, lembrando COUTINHO (2004) que o enfermeiro está numa posição privilegiada para compreender o significado que a parturiente mostra da experiência do sofrimento, devendo seleccionar estratégias apropriadas para lidar e controlar esse sofrimento tais como a relação terapêutica, o toque, a respiração e técnicas de relaxamento. Como afirma VIVANCO MONTES (2009), diversos estudos desenvolvidos em todo o mundo demonstram que uma adequada e precisa comunicação entre a enfermeira e a utente, o fornecimento de informação compreensível, o suporte emocional e a interacção precoce com o RN são as variáveis que mais influenciam a satisfação da mulher, se comparadas com os procedimentos obstétricos e o acto anestésico. Também Santos e Siebert (2001) referidos por DOMINGUES, SANTOS e LEAL (2004) verificaram que os aspectos mais valorizados pelas mulheres em TP e parto foram a atenção imediata às suas necessidades, o bom humor, a dedicação, a presença constante, o uso de terminologia compreensível e o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança.

Tendo em conta a subescala “atenção ao bem-estar”, destacamos o facto de que apenas 4,4% das mulheres tiveram oportunidade de beber ou comer durante o TP, porém apenas 28,6% consideram “muito importante” este cuidado. Esta pequena percentagem está totalmente em desacordo com o preconizado pela OMS (1996). SARDO e MARQUES (2008) referem que ainda não existe em Portugal, uma prática generalizada de oferecer líquidos e alimentos à mulher em TP. As supracitadas autoras também afirmam que os

EESMOG devem incentivar e aplicar as orientações da OMS no referente à prática de “oferecer líquidos e alimentos à mulher em TP”.

Em relação às “Intervenções de Rotina” realizadas verificamos que ainda um elevado número de intervenções desnecessárias são realizadas (58,40%) e somente 66,39% das mulheres foram esclarecidas e informadas acerca destas intervenções. Estes resultados são similares aos referidos por ROCHA e MONTEIRO (2009), onde a percentagem de intervenções de rotina realizadas é ligeiramente inferior (49,5%), no entanto, o número de mulheres previamente informadas destes procedimentos é bastante superior (80%). Cabe destacar que o estudo realizado por ROCHA e MONTEIRO (2009) foi realizado exclusivamente no distrito de Viseu. Os resultados do nosso estudo são mais próximos dos verificados por COSTA [et al.] (2003a) que referem que a maior parte das mulheres manifestam falta de conhecimentos quanto aos procedimentos do TP, parto e PP.

Por outro lado, ao estudar se as expectativas prévias das mulheres durante o TP, parto e PP foram confirmadas, verificamos que a maior percentagem das mulheres (47%) assinalam que o TP decorreu por baixo das suas expectativas, 37% afirmam que superaram as suas expectativas e apenas 16% referem que as suas expectativas prévias relativas ao TP foram confirmadas. Resultados semelhantes foram encontrados por COSTA [et al.] (2003a) que constataram que 44,3% da amostra em estudo consideram que o TP correu pior ou muito pior do que esperavam e 24,4% que correu melhor ou muito melhor do previsto.

De igual modo, no período do PP, a maior parte das mulheres (46,2%) do nosso estudo consideram que o PP não decorreu de acordo com as suas expectativas, senão pior, no entanto, 42,5% afirmam ter excedido as suas expectativas e poucas (11,3%) são as mulheres que sentiram as suas expectativas confirmadas no PP. Novamente, encontramos um paralelismo destes resultados com o já referido estudo de COSTA [et al.] (2003a). Estes autores afirmam que mais de metade das participantes referem que o PP não decorreu de encontro com as suas expectativas (58,3%). Destas, 46,1% considera que o PP correu pior ou muito pior, e apenas 12,2% que decorreu melhor ou muito melhor do que o esperado.

Retomando a nossa investigação, verificamos que durante o parto, o número de mulheres que referem que as suas expectativas foram ultrapassadas é ligeiramente superior (50,10%) ao número de mulheres que afirmam que o parto decorreu por baixo das suas expectativas (49,9%). Contrariamente ao verificado por COSTA [et al.] (2003a), onde a maioria das inquiridas assinala que o parto não decorreu como esperava, senão pior ou muito pior (35,5%) e 30,9% afirma que correu melhor ou muito melhor.

Na totalidade, poucas são as mães que sentem as suas expectativas confirmadas (15,1%). A maior parte das mulheres deste estudo assinalam que foi abaixo do que

esperavam (44,2%), e 40,7% declaram ter sido superadas. Ao contrário do verificado por MONTEIRO, MARINHO e CRUZ (2008) que constataram que as experiências relativamente aos cuidados que foram prestados às mulheres pela EESMOG, vão de encontro às suas expectativas, havendo mesmo algumas mulheres que consideram que estes superaram as suas expectativas. Porém, COSTA [et al.] (2003a) afirmam que a maior parte das mulheres durante o TP, parto e PP não vêm confirmadas muitas das suas expectativas prévias. A informação adequada da utente é essencial para proporcionar expectativas mais realistas, bem como uma experiência de parto mais previsível e, por conseguinte, tão positiva quanto possível (COSTA et al., 2003b). LOPES [et al.] (2009) referem que a mulher que recebe informações correctas em relação ao parto, permanece mais tranquila e segura, tornando-se mais protagonista do seu parto.

No nosso estudo com o intuito de analisar a influência das expectativas da mulher durante o TP, parto e PP na percepção da mesma relativamente às práticas obstétricas, realizamos uma análise de regressão múltipla para testar o valor preditivo da variável independente expectativas em relação à variável dependente, percepção. Nas correlações entre estas duas variáveis foram encontradas correlações significativas com sinal positivo para todas as subescalas, a maioria de baixa magnitude. Assim, podemos considerar que existe uma tendência para que uma melhor percepção esteja associada a expectativas mais elevadas. Apesar de se ter encontrado estas correlações com sentido positivo nos modelos de regressão múltipla, nenhuma das sub-variáveis das expectativas se mostrou preditora das subescalas da percepção. Na revisão bibliográfica realizada, diversos estudos (CONDE et al., 2007; ROMAN OLIVER, ESPINACO GARRIDO, 2008; ROCHA e MONTEIRO, 2009) afirmam que existe uma relação directa entre as expectativas e a percepção, contudo, como referem COSTA et al. (2003a), apesar das expectativas construídas em torno do parto influenciarem o modo como ele é vivenciado, a forma como a experiência de parto é efectivamente percebida assume um carácter único e, muitas vezes, inesperado.

No que se refere à satisfação das mulheres em estudo, verificamos que é durante o parto quando as mulheres referem uma maior satisfação (60,5%) e 39,5% afirmam estar pouco satisfeitas. Durante o TP, também a maior parte das mulheres (47,4%) se encontram bastante satisfeitas, 39,3% pouco satisfeitas e 13,3% moderadamente satisfeitas. No PP, a percentagem de mulheres bastante satisfeitas (44,4%) é ligeiramente superior às que referem pouca satisfação (43,0%). Apenas 12,6% apresentam uma satisfação moderada com o PP. Na globalidade, a maior percentagem de mulheres encontram-se bastante satisfeitas (44,2%), 13,6% moderadamente satisfeitas, no entanto 42,2% referem pouca satisfação.

Ao comparar estes resultados com um estudo realizado a nível internacional,

concretamente no Brasil por RONCONI [et al.] (2010), observamos que os nossos resultados são menos satisfatórios, já que no referido estudo, em relação à satisfação com a forma como decorreu o TP, apenas 5% das mulheres estudadas relatam estar insatisfeitas. Contudo, é de notar que este estudo foi realizado num contexto sociocultural diferente. Atendendo a uma realidade mais equiparável à nossa amostra em estudo, os resultados da nossa investigação vão de encontro aos obtidos por COSTA [et al.] (2003a) num estudo realizado a nível nacional. Estes autores verificaram que 39,1% das mulheres encontram-se pouco ou nada satisfeitas com o TP. Contrariamente ao que acontece com o TP, a maior percentagem de mulheres está bastante ou muito satisfeitas (60,9%) com a forma como o parto decorreu em geral. Também DOMINGUES, SANTOS e LEAL (2004) com o intuito de analisar os factores que estiveram associados à satisfação das mulheres com a assistência ao parto normal, verificaram que o número de mulheres insatisfeitas com o parto é o menos representativo (33%). Similarmente, LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008) em relação à satisfação com as condições físicas e humanas dos cuidados prestados durante o parto hospitalar, constataram que 49,5% das mulheres apresentam uma satisfação elevada, 18,2% uma satisfação moderada e 32,3% uma satisfação baixa. Como podemos observar, em todos os estudos mencionados a percentagem de mulheres satisfeitas com o parto é superior comparativamente com aquelas que referem insatisfação. Por outro lado verificamos que tanto no nosso estudo como no realizado por COSTA [et al.] (2003a), as mulheres encontram-se mais satisfeitas com o parto que com o TP.

No que se refere à satisfação com o PP, LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008) verificaram que 43,2% das mulheres apresentam uma satisfação elevada, 17,7% uma satisfação moderada e 39,1% uma satisfação baixa. Novamente, ao comparar-mos estes resultados com o nosso estudo constatamos que a mulher se encontra mais satisfeita com o parto que com o PP.

Para testar a relação entre a satisfação da mulher durante o TP, parto e PP e a percepção da mesma perante as práticas obstétricas, realizamos uma análise de regressão múltipla. Foram encontradas correlações significativas com sinal positivo de moderada magnitude para a subescala “cuidados prestados” e de baixa magnitude para as restantes subescalas. Atendendo às análises de regressão múltipla efectuadas, verificamos que a satisfação global é preditora da percepção perante os “cuidados prestados” e da percepção relativamente á “actuação perante a dor”. Perante estes resultados podemos inferir que quanto maior a satisfação global da mulher, melhor é a sua percepção dos cuidados recebidos. Igualmente, quanto maior é a satisfação da mulher, melhor percebe a actuação perante a dor. Segundo DOMINGUES, SANTOS e LEAL (2004) das questões relacionadas à assistência ao TP e ao parto, as mulheres justificam o bom tratamento pela equipa de saúde, o grau de informação fornecida e a pouca dor ou sofrimento com uma

maior satisfação. A relação da parturiente com a equipa multidisciplinar de saúde é considerada como um dos factores que mais afectam a memória das mulheres não só com a satisfação do atendimento como, em relação à experiência do parto (SOUSA, 2009).

Por outro lado, a satisfação com o PP mostrou-se como preditora da percepção relacionada com o “apoio sócio-familiar”, da “atenção ao bem-estar” e da “atenção ao PP/alta”. Portanto, quanto mais satisfeita esteja a mulher com o PP, melhor percebe a “atenção com o PP/alta”, a “atenção ao bem-estar” e o “apoio sócio-familiar”. Resultados similares foram encontrados por DOMINGUES (2002) ao estudar a influência da presença do acompanhante numa maternidade do Rio de Janeiro. Este autor refere que uma baixa satisfação com a assistência ao parto pode dificultar uma avaliação positiva da presença do acompanhante. A nível nacional, LOUREIRO, FERREIRA e FREITAS (2008) estabelecem a relação de forma inversa, isto é, são as mulheres que têm a presença do acompanhante as que apresentam maior índice de satisfação com o PP.

A partir dos modelos de regressão múltipla obtidos, também verificamos que quanto maior a satisfação durante o TP, melhor é a percepção da atenção ao bem-estar. Por outro lado, no que se refere à satisfação durante o parto, a relação estabelecida é de forma inversa, isto é, uma pior satisfação durante o parto implica uma melhor percepção relativamente ao atendimento no PP/alta.

8 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES DO ESTUDO

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

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

- A idade das mulheres oscila entre os 15 e os 44 anos e o grupo etário dos 19 aos 34 anos é o mais representativo com 77%;
- A maioria das mulheres é casada (76,3%) e vive com o companheiro (95,3%);
- A maioria das mulheres possui o ensino secundário (33,6%), 30,6% referem ser licenciadas e apenas 0,3% são detentoras de um doutoramento;
- A maior parte tem uma actividade laboral (73,4%);
- O número de consultas realizadas durante a gravidez supera as cinco na maior parte das mulheres (97%) e a vigilância foi realizada maioritariamente (47,9%) no Centro de Saúde ou Hospital Público, seguindo-se o consultório privado (27,4%) e 24,4% em ambos;
- A percentagem de mulheres que desejou a gravidez (87,4%) é bastante superior em comparação com aquelas que não a desejou (12,6%);
- A maioria das mulheres (62%) não apresenta uma gravidez de risco, enquanto 38% apresenta. Da totalidade da amostra que apresenta gravidez de risco, o risco de causa materna é o mais representativo (75,6%);
- Apenas 31,1% da amostra assistiu a um curso de preparação para o parto, sendo que a

maioria (78,5%) frequentaram-no sozinhas;

- O intervalo entre as 37 e 41 semanas de gestação é o mais predominante (89,2%), mas 9,1% dos RN são prematuros (<37 semanas) e apenas 1,7% das mulheres têm mais de 41 semanas;
- Mais de metade da amostra (52,8%) é primípara. Das múltiparas (47,2%), 36,3% têm dois partos, 8,9% três partos e apenas 2% mais de três partos;
- A grande maioria das múltiparas teve um parto eutócico anterior (62,3%);
- O tipo de parto actual mais representativo é o eutócico (61%), entre os partos distócicos (39%), a maior parte das mulheres foram submetidas a cesariana (17,8%);
- A percentagem maior (59,6%) de mulheres apresentava menos de 4 cm. Em contrapartida, a percentagem menos representativa (5,3%) é o intervalo entre os 8 e os 10 cm. No entanto 11,1% afirmam não saber com quantos cm ficaram internadas;
- O parto induzido ocorreu em 49,6% dos casos, nos restantes (50,4%) o parto decorreu de forma natural;
- A duração máxima do TP foi de 72 horas e a mínima foi de uma hora. O grupo mais representativo corresponde às mulheres que tiveram uma duração do parto inferior a seis horas (47,8%) e o menos representativo é o das mulheres com duração do parto superior a dez horas (20%);
- Apenas a 33,1% das mulheres lhes foi facultada a possibilidade de caminhar durante o TP;
- O AM é praticado por 84,9% da amostra e apenas 3% o aleitamento artificial;
- Um elevado número de intervenções de rotina são realizadas (58,40%) e apenas 66,39% das mulheres foram esclarecidas e informadas acerca destas intervenções;
- A maior percentagem das mulheres (47%) assinalam que o TP decorreu abaixo das suas expectativas, 37% afirmam que superaram as suas expectativas e apenas 16% referem que as suas expectativas prévias quanto ao TP foram confirmadas;
- Durante o parto, o número de mulheres que referem que as suas expectativas foram ultrapassadas é ligeiramente superior (50,10%) ao número de mulheres que afirmam que o parto decorreu pior do esperado (49,9%);
- A maior parte das mulheres (46,2%) consideram que o PP não decorreu de acordo com as suas expectativas, senão pior, no entanto, 42,5% afirmam ter excedido as suas expectativas e poucas (11,3%) são as mulheres que sentiram as suas expectativas confirmadas no PP;
- Poucas são as mulheres que sentem as suas expectativas confirmadas (15,1%). A maior parte delas assinalam que foi pior do que esperavam (44,2%), e 40,7% declaram ter sido superadas;

- As mulheres encontram-se bastante satisfeitas com o TP (47,4%), parto (60,5%) e PP (44,4%). Em menor medida referem pouca satisfação com o TP (39,3%), parto (39,5%) e PP (42,2%). Apenas 13,3% das mulheres referem moderada satisfação com o TP e 22,6% com o PP. No geral, a maior parte está altamente satisfeita (44,2%), 42,2% sentem-se pouco satisfeitas e apenas 13,6% moderadamente satisfeitas;
- À medida que o internamento transcorre, as expectativas e a satisfação da mulher vão melhorando.
- A satisfação que as mulheres apresentam durante o TP e parto é superior às suas expectativas.

Da análise inferencial verificamos que a importância que as mulheres manifestam perante as práticas obstétricas influencia altamente o modo como as mulheres percebem estas práticas, sendo que a importância manifestada é maior que a sua percepção em todas as subescalas: “cuidados prestados”, “actuação perante a dor”, “apoio sócio-familiar”, “atenção ao bem-estar” e “atenção ao PP/alta”.

O atendimento proporcionado às mulheres foi considerado favorável na maioria das situações. Contudo constatamos que das 89,6% das mulheres que consideram “muito importante” os profissionais identificarem-se e apresentarem-se pelo nome, uma elevada percentagem (40,5%) foram “mal atendidas”. De 91,1% das mulheres que afirmam que é “muito importante” as manifestações de apoio não verbal (dar a mão, tocá-la, limpar o suor, posicioná-la), 38,3% destas mulheres referem ter sido “mal atendidas”. Da percentagem de mulheres (77,0%) que consideram “muito importante” dispor de massagens, técnicas de relaxamento, banho de água quente, etc., para tentar acalmar a dor, mais da metade das mulheres (75%) foram “mal atendidas”. Por outro lado, apenas 4,4% das mulheres tiveram oportunidade de beber ou comer durante o TP.

Tendo em conta os factores que influenciam a percepção da mulher perante as práticas obstétricas, observamos que das variáveis sócio-demográficas, apenas o estado civil não influencia a percepção da mulher. A idade é preditora da percepção, sendo que são as mulheres com mais idade as que apresentam uma maior percepção relativamente aos cuidados prestados.

Em relação à actividade laboral verificamos que as mulheres empregadas referem uma maior percepção na actuação perante a dor. Nas restantes subescalas, ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas, também são as mulheres com actividade laboral as que apresentam melhor percepção.

No que se refere às habilitações literárias, são as mulheres com menos habilitações literárias (1º ciclo) as que referem uma melhor percepção na atenção ao PP/alta e as que

possuem um bacharelato as que apresentam a pior percepção nesta subescala. As restantes subescalas não apresentam significância estatística.

Atendendo a variável agregado familiar, verificamos que as mulheres que vivem só com o companheiro mostram uma melhor percepção na atenção ao bem-estar, aquando comparadas com aquelas que vivem com o companheiro e filhos. Nas restantes subescalas não existem diferenças significativas, contudo são as mulheres que vivem só com o marido as que apresentam uma melhor percepção.

Dentro das variáveis obstétricas concluímos que a gravidez desejada, o curso de preparação para o parto e a paridade são factores que não influenciam a percepção da mulher. Pelo contrário, a vigilância da gravidez, o parto actual, o parto induzido, a duração do TP e a deambulação influenciam a percepção em alguma das suas subescalas. Concretamente, podemos afirmar que as mulheres que realizaram uma vigilância adequada (≥ 6 consultas) da gravidez apresentam uma maior percepção no apoio sócio-familiar. Ainda que sem significância estatística nas outras subescalas, novamente são as mulheres que vigiaram mal a gravidez as que apresentam uma pior percepção.

Quanto ao tipo de parto actual, as mulheres com parto eutócico apresentam uma melhor percepção no apoio sócio-familiar, na atenção ao bem-estar e na atenção ao PP/alta, com diferenças altamente significativas. No entanto, são as mulheres com parto distócico as que manifestam uma melhor percepção na actuação perante a dor. Na subescala cuidados prestados não existe diferença significativa, contudo são as mulheres de parto normal as que referem maior percepção.

Em relação ao parto induzido, as mulheres que não induziram o parto apresentam uma melhor percepção no apoio sócio-familiar e na atenção ao bem-estar. Também, são as mulheres que estiveram menos de seis horas em TP as que manifestam uma melhor percepção na atenção ao bem-estar. Em contrapartida, nas mulheres em que o parto demorou mais de 10 horas, encontra-se pior percepção.

Para finalizar com as variáveis obstétricas constatamos que a deambulação influencia a percepção da mulher de forma positiva nas subescalas “cuidados prestados”, “actuação perante a dor” e “apoio sócio.familiar”. Nas outras duas subescalas (atenção ao bem-estar e ao PP/alta), igualmente são as mulheres que deambulam as que apresentam maior percepção. Podemos afirmar que as mulheres que tiveram oportunidade de caminhar referem uma melhor percepção.

Ao analisar os modelos de regressão múltipla verificamos que a expectativa da mulher durante o TP, parto e PP não se mostrou preditora da percepção, ao contrário da satisfação que se revelou preditora em todas as subescalas, especificamente:

- Quanto maior a satisfação global da mulher, melhor é a sua percepção dos cuidados recebido e da actuação perante a dor;
- Quanto maior a satisfação durante o TP, melhor é a percepção da atenção ao bem-estar.
- Uma pior satisfação durante o parto implica uma melhor percepção relativamente ao atendimento no PP/alta.
- Uma melhor satisfação durante o PP produz uma melhor percepção da “atenção ao bem-estar”, do “apoio sócio-familiar” e da “atenção com o PP/alta”.

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFIREVIC Z.; DEVANE D.; GYTE G. M. L. – Cardiotocografia continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ÁLVAREZ-BURÓN, Esther; ARNEDILLO-SÁNCHEZ, María del Socorro – Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 11:2 (2010) 64-8.

ANIM-SOMUAH M.; SMYTH R.; HOWELL C. – Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 09 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras – **Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal: documento de consenso** / Federación de Asociaciones de Matronas de España, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Lisboa: Lusociência, 2009. ISBN – 978-972-8930-49-3, Depósito legal 293 010/09.

ARANGO GÓMEZ, Fernando; MEJÍA LONDOÑO, Juan Carlos – ¿Cuándo pinzar el cordón umbilical? Rev. Colombiana Obstetricia y Ginecología [Em linha]. 55:2 (2004) 136-145 [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200006&lng=en&nrm=iso> ISSN 0034-7434.

ARS NORTE – Medidas para reduzir à taxa de cesarianas na região norte de Portugal. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS NORTE, L.P. 2010. Disponível em WWW:<URL:http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf>

BASEVI V., LAVENDER T. – Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 27 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

BERRAL GUTIÉRREZ M. A.; BURGOS SÁNCHEZ J. A. – La episiotomía en el primer parto aumenta la severidad del trauma perineal en el segundo. Evidentia. 3:8 (2006). [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.index-f.com/evidentia/n8/208articulo.php>> ISSN: 1697-638X.

BOBAK, I. M.; LOWDERMILK, D. L.; JENSEN, M. D. – **Enfermagem na Maternidade**. 4.ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-09-6.

BROWN, Heather [et al.] – Paquete de atención con tratamiento activo del trabajo de parto para la reducción de las tasas de cesárea en mujeres de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 11 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

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

CARRARO, Telma [et al.] – Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. Texto contexto – Enfermagem [Em linha]. Vol. 15, n.spe (2006), p. 97-104. [Consult. 17 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500011&lng=en&nrm=iso> ISBN: 0104-0707.

CARROLI, G.; BELIZÁN, J. – Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 15 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

CASQUILHO, Fernanda Maria da Silva – A experiência e a satisfação com o parto e a confiança nos cuidados maternos. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de

Ciências de Educação. Dissertação de Mestrado integrado em Psicologia. 2008. Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/10451/906>>

CAVALVANTE, Francisca [et al.] – Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador. 21:1 (2007) 31-40. Disponível em WWW:<URL:<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/3910>> ISSN 2178-8650.

CLUETT, Elizabeth R.; BURNS, Ethel – Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2009 Número 3** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD000111. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

CONDE, Ana [et al.] – Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. Psicologia: Saúde & Doenças. Porto. ISSN 1645-0086. 8:1 (2007) 49-66.

CORDEIRO, Alexandra [et al.] – Gravidez não vigiada – A experiência da MAC em 2004. Revista Arquivos da Maternidade Dr. Alfredo da Costa Vol. XVI, N.º 4 (Março 2006), p.12-16.

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

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

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

COSTA, R. [et al.] – Tipo de parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. Revista de Obstetrícia e Ginecologia, XXXVI:6 (2003b.) 265-306.

COSTA, Raquel Alexandra Gonçalves – **Antecipação e experiência de parto e depressão após parto**. Braga: Universidade do Minho. Outubro 2004. 240p. [Em linha] Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia. [Consult. 13-01-2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/1822/5137>>

COUTINHO, Emília de Carvalho – A Experiência de Ser Cuidada na Sala de Partos. Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu [Em linha]. N.º 30 (Out. 2004) [Consultado 20 Abril 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf/htm>>

COUTO, Germano – **Preparação para o Parto**. Loures: Lusociência. 2003.

COUTO, Germano – Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Nursing. Lisboa. Ano 15. N.º187 (Abril 2004), p.10-19.

CUNHA, Fernanda Pinto dos Santos – Preparação para o parto no Centro de Saúde de Ílhavo: contributo prático da vigilância pré-natal. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. N.º9 (2008), p. 21-24.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, N.º 35, 2.ª série, de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8662. – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica** - Regulamento n.º 127/2011

DIAS, Sílvia Charepe – Benchmarking os cuidados de saúde primários: apresentação de boas práticas organizacionais. Centro de Saúde de Montemor-o-Novo. ARS Alentejo [Em linha]. Dezembro 2008. [Consultado 20 Abril 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/36BD04D2-736F-4FF2-AF8B-13E7CA3CC177/0/montemor_o_novo.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE Home Page. [Em linha]. [Consult. 14 Jan. 2010]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgsaude.pt>>

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. – Aspectos de satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cadernos Saúde Pública [Em linha] Rio de Janeiro. Vol. 20. suppl. (2004) p. 1-19. [Consult. 17 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttest&pid=S0102-311X2004000700006&lng=pt&nrm=iso> ISSN 0102-311X.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira – Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; Outubro 2002 Disponível em WWW:<URL:<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/domingurmsmm.pdf>>

DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ, R. [et al.] – Unidad de Bajo Riesgo. Atención al parto normal de

mínima intervención. Hospital. [Em linha]. Son Llätzer: 2009. [Consult. 13 Jan. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://2991932635055236782-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/mamasmarratxi/noticies/unitatdebaixrischllconsentimentinformat/PARTOMINIMAINTERVENCIO%C3%93N.pdf?attachauth=ANoY7cpPmtVj9ux0dth85tdgl5W39ju1VbLmJxKrCQQW2qXRBRTrA6QTW5jNv-XGHJIOIVMhBmOdGKCzix-ERZGRign17fYTh144SRrbQQ4gkRFdGdGMufunC7xAvrtQd3EHcnZoSj-F1SKIE0hDVMbu7j4JXq2_uWBfmyPC0wpv7PEXMfxM9yjiYwWu6Kz5f3IRZA4GoENgCTWdSjuQNFZTq0I2y_9Dgkx4sPd-Hel-t4SisKN4suv2-T8WOPQRXhV8ICypMr9XRSKMdcVLEkvLSMGm9RSkHs2t9GR0NaQH-C3XWYskVWw%3D&attredirects=0>

DOWSWELL, Therese [et al.] – Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET) para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2009 Número 3** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 16 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD007214. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

DUARTE, Cristina Isabel Reis [et al.] – Da expectativa à experiência ser cuidado pelos EESMO na sala de partos. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. N.º 9 (2008), p. 34-40.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU. – **Guia orientador de trabalhos escritos** [Em linha]. Viseu: [s.n.], 2009. [Consult. 11 Fev. 2011]. 59 p: il. Disponível em WWW:<URL:<http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/UInvestigacao/GuiaElabTrabESSV26junho2008.pdf>>

FERREIRA, M. A. G.; PONTES, M.; FERREIRA, N. – Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6 (2009) p.358-366.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. – Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. Análise Psicológica, 2 (XX). 2002, p.203-217.

FRÓIS, Deolinda; FIGUEIREDO, Helena – **Atitudes terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor**. Viseu: Hospital de São Teotónio de Viseu, 2004. Acessível no Núcleo de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do HSTV, SA., Viseu.

GOBERNA TRICAS, J. [et al.]– Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 9:1 (2008) 5-10.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J. – Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 25 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

GYTE G.M.L.; RICHENS, Y. – Fármacos profilácticos habituales en el trabajo de parto normal para reducir la aspiración gástrica y sus efectos (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2** [Em linha]. Oxford: Update Software Ltd. [Consult. 26 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

HATEM, Marie [et al.] – Atención por comadronas versus otros modelos de atención para las mujeres durante el parto (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3.** [Consult. 31 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 4 Art no. CD004667. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.).

HESPANHOL, Alberto – Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). Revista Portuguesa de Clínica Geral. Porto. N.º 24 (2008), p.665-670.

JIMÉNEZ, Marta; PEREZ, Anna – El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 9:2 (2008) 5-11.

JUSTE-PINA, Amelia [et al.] – Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas com parto vaginal realizado por matronas. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 8:3-4 (2007) 5-11.

LAVENDER, T.; HART A.; SMYTH R. – Efecto del uso de partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4.** [Consult. 25 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

LAWRENCE, Annemarie [et al.] – Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus,**

2009. Número 3. [Consult. 09 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD003934. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

LEAL, Emilio Santos – El efecto dominó: inducción, epidural, cesárea. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625. N.º10 (2009), p. 60.

LOBO, Sheila [et al.] – Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. esc. enferm. USP* [Em linha]. Vol.44, nº.3 (2010) p. 812-818. [Consult em 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300037&lng=en&nrm=iso> ISSN 0080-6234.

LOPES, Carolina [et al.] – Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare Enfermagem* [Em linha]. América do Sul. 141122009. 14:3 (Jul./Set. 2009) 484-90 [Consult. 05 Fev. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://ojs.c35l.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16178/10697>>

LOUREIRO, R.; FERREIRA, M.; FREITAS, P. – Satisfação da mulher com o parto hospitalar: A realidade nacional. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625. N.º9 (2008), p. 10-13.

LOUREIRO, Rui; FERREIRA, Manuela – Satisfação da utente versus qualidade dos cuidados em obstetrícia. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625. N.º8 (2007), p. 24-27.

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

MALDONADO, Maria Tereza – **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MARIN, Angela Helena [et al.] – Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia* [Em linha] 2009 [Consult 25 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115012533006>> ISSN 1413-0394.

McDONALD Susan J.; MIDDLETON Philippa – Efecto del momento de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato

(Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3.** [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2 Art no. CD004074. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

MILBRADT, Viviane – Afectividade e gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. Revista Pensamento Biocêntrico. [Em linha]. Pelotas. N.º 9 (Jan. /Jun. 2008), p. 111-134 [Consult. em 01 Marzo 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/pensamento_biocentrico_09.pdf> ISSN 1807-8028.

MONTEIRO, B.; MARINHO, I.; CRUZ, L. S. – O cuidar em enfermagem de saúde materna e obstetrícia: um estudo sobre as expectativas e experiências de parto. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. N.º 9 (2008), p. 43-47.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C.; BERGMAN, N. – Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 2.** [Consult. 27 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

MOURA, Fernanda [et al.] – A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev. Bras. Enferm. [Em linha]. 60:4 (2007) 452-455. [Consult. em 01 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso> ISSN 0034-7167.

NASCIMENTO, N. M. [et al.] – Tecnologia não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery* (impr.) 14:3 (Jul. - Set. 2010) 456-461. Disponível em WWW:<URL:http://www.eean.ufjf.br/revista_enf/20103/v14n3a2.pdf>

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [Em linha]. Novembro 2007, p.5 [Consult. 14 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/imagens/contents/reloaded/File/sedenoticias/Nov_2007/CompetEEESMO_Final_site.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Saúde Materna e Neonatal, Unidade de

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

ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD – Mas allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. [Em linha]. Washington 2007 [Consult. 14 Janeiro 2011]. Disponível em WWW: <URL:http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/CA_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf>.

ORTEGA GARCÍA, E. M. [et al.] – Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. Matronas Prof. Barcelona. ISSN: 1578-0740. 10:2 (2009) 25-28

ORTEGA PINEDA, Raquel [et al.] - ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? Revista ROL de Enfermería. Barcelona. Vol. 24, nº 4 (Abril 2001), p. 290-299.

PACHECO, Alexandra [et al.] – Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. Revista Portuguesa de Psicossomática. ISSN 0814-4696. 7:1 (2005) 7-41.

PATAH, Luciano E.; MALIK, Ana M. – Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública [Em linha]. 45:1 (2011) 185-194. [Consult. 09 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en&nrm=iso> ISSN 0034-8910.

PEDRO, Neuza; PEIXOTO, Francisco. Satisfação profissional e auto-estima em professores do 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico. Revista Análise Psicológica [Em linha]. Vol. 24, nº 2 (2006) p. 247-262 [Consult. 29 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000200010&lng=pt&nrm=iso> ISSN: 0870-8231.

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

PHANEUF, Margot – **Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto. 2001.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística, As pessoas = The people: 2007 / Instituto

Nacional de Estatística. – Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2009. 36 p. ISBN 972-673-983-8.

PRATES, Antónia [et al.] – Competências do enfermeiro ESMO: do proposto pela ICM à realidade portuguesa. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. N.º 8 (2007), p. 7-12.

RABE H.; REYNOLDS G.; DIAZ-ROSELLO J. – Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4**. [Consult. 12 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G.; CUERVO L.G. – Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4**. [Consult. 17 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

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

ROCHA, Ivanilde Marques da Silva – **Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação** [Em linha], São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005. 99 p. Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. [Consult. 09 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-21032007-164206/pt-br.php>>.

ROCHA, Jaqueline A.; NOVÃES, Paulo B. – Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. Femina [Em linha]. Vol. 38. N° 3 (Março 2010) p. 119-126 [Consult. 06 Já. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://lilabi.bireme.br/lilabi/docsonline/lilacs/20100500/1045.pdf>>.

ROMAN OLIVER, Jose; ESPINACO GARRIDO, Maria – Evaluación de la satisfacción de las madres en el parto hospitalario público. Clasificación de los cuidados recibidos durante el parto. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-

3625. N.º 9 (2008), p. 40-42.

ROMEU, Pedro Miguel dos Anjos – **Expectativas da Grávida sobre o Parto** [Em linha], Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título do Grau de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1213/3/mono_pedroromeu.pdf>

RONCONI, Ana Priscila [et. al] – Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. Rev Dor. [Em linha] São Paulo. 11:4 (Out. - Dez. 2010) 277-281. Disponível em WWW:<URL: <http://files.bus.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1647.pdf>>

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

SARAIVA, Dora Maria R. F. – Reflectir o Cuidar em Enfermagem. Nursing. N.º 230 (Fevereiro 2008) p. 14-20.

SARDO, Dolores Silva – Outras visões e formas de assistir ao parto: que autonomia e responsabilidade para o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica? Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. N.º 6 (2005), p. 57-59

SARDO, Dolores; MARQUES, Rosália – Parir em Portugal – Que realidade? Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. ISSN 1646-3625. N.º 9 (2008), p. 66-68.

SCHNECK, Camilla A.; RIESCO GONZALEZ, Maria L. – Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. Reme: Revista Mineira de Enfermagem. [Em linha] Belo Horizonte. Vol.10, n.º 3 (Jul. 2006), p. 812-818. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>>

SHETTY, Ashalatha [et al.] – Percepção, expectativas e satisfação das mulheres com partos induzidos. **PubMed.** [Em linha] Junho 2010. [Consult. 19 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://bionascimento.com/index.php?option=com_content&task=view&id=102&Itemid=37>

SILVA, E.C.; SANTOS, I. M. M. – A percepção das mulheres acerca da sua parturiação. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental REPEF [Em linha]. 1:2 (Set. /Dez. 2009) 111-123. [Consult. 06 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3660341&orden=0 ISSN: 2175-5361

SILVESTRE, Maria Rosa dos Santos Pereira – Breve histórico do ensino de enfermagem em Portugal, do século XIX ao século XXI. Revista de Enfermagem UFPE [Em linha]. 3:3 (Jul. /Set. 2009) 302-310. [Consult. 17 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/187/187>> ISSN 1981-8963.

SINGATA, M.; TRANMER J.; GYTE G. M. – Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2010. Número 1.** [Consult. 19 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL: <http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2010 Issue 1 Art no. CD003930. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

SMITH, C. A. [et al.] – Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida **Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 4.** [Consult. 30 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL: <http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

SMYTH, R. M., ALLDRED, S. K.; MARKHAM, C. – Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3.** [Consult. 18 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL: <http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4 Art no. CD006167. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

SOUSA, Goreti Ferreira – A percepção das parturientes sobre a qualidade do bloco de partos do HAS, Leiria. Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico apresentada ao I.S.M.T. e elaborada sob a orientação do Pror. Doutor Carlos Farate (14375 Tese). Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior Altos Estudos. 2009.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos – Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. Rev. Bras. Enferm. [Em linha]. 63:4 (2010) 652-659. [Consult. 17 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[71672010000400023&lng=en&nrm=iso](http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/32/44)> ISSN 0034-7167.

VIVANCO MONTES, Maria Leonor – Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. [Em linha]. 1:2 (2009) 275-229. [Consult. 07 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/32/44>> ISSN: 1989-5305.

WEI Shuqin, WO Bi Lan, XU Hairong, LUO Zhong-Cheng, ROY Chantal, FRASER William D – Amniotomía y oxitocina precoz para la prevención o el tratamiento del retraso del período dilatante del trabajo de parto espontáneo comparadas con la atención habitual (Revision Cochrane traducida). **Biblioteca Cochrane Plus, 2009. Número 3.** [Consult. 17 Jan. 2011]. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em WWW:<URL:<http://www.update-software.com>> (Traduzida da *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD006794. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

WILSON, M.J.A. [et al.] (em Nome do Grupo de Estudo COMET) – Deambulação no Trabalho de Parto e Via de Parto: Estudo Controlado Aleatorizado de Analgesia Epidural de Dose Elevada Comparativamente a Epidural Móvel. Revista de Obstetrícia e Ginecologia. Lisboa: Momento Médico – Editora de Publicações, Lda. Vol. XXXIII – Nº 10. Novembro 2010.

APÊNDICE I

Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Sou uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Venho por este meio solicitar a V.^a Ex.^a o preenchimento do instrumento de colheita de dados, por forma à concretização de um trabalho de investigação intitulado ***“Práticas Obstétricas segundo a Organização Mundial de Saúde: as Expectativas, a Percepção e a Satisfação da Mulher”***.

A sua colaboração é determinante para a conclusão desta investigação que visa melhorar a assistência que recebe ou que poderá receber no futuro.

Trata-se de um questionário anónimo e confidencial.

Deve assinalar a resposta que melhor representa a sua opinião e/ou que melhor descreve o que foi sentido por si durante o parto e pós-parto. Assinale apenas uma das opções, colocando um X dentro do quadrado.

Agradeço, desde já a Vossa colaboração.

PARTE I – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS

Idade: ____ anos

Estado civil: Solteira Casada Divorciada Regime de coabitação Viúva

Habilitações literárias: 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Ensino secundário
Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

Estatuto ocupacional: Empregada Empregada com licença por maternidade/doença
Doméstica Estudante Desempregada Rendimento Social de Inserção

Agregado familiar: Só com companheiro/marido Sem o companheiro/marido
Com o companheiro/marido e filhos Outros

Vigilância da gravidez realizada em:

Consultório privado Centro de Saúde/Hospital Público Ambos

Nº de consultas: _____

Gravidez desejada / planeada: Sim Não

Gravidez de risco: Sim Não

Causa materna: _____ Causa fetal: _____

Participou em algum curso de preparação para o parto? Sim Não

Se sim, foi acompanhada por alguém da sua referência: _____

Número de partos (incluindo este): 1 parto 2 partos 3 partos > 3 partos

1 - Partos anteriores:

Cesariana Fórceps Ventosa Eutócico/Vaginal (normal)

2 - Parto actual:

Cesariana Fórceps Ventosa Eutócico/Vaginal (normal)

Foi induzido/provocado: Sim Não

Semanas de gestação no momento do internamento na sala de partos: _____

Admissão na sala de partos com quantos centímetros de dilatação: _____

Duração do parto em nº de horas na sala de partos: _____ horas

Teve oportunidade de caminhar durante o trabalho de parto: Sim Não

Que tipo de aleitamento pratica? Materno Artificial Misto

PARTE II – CUIDADOS PRESTADOS

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

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

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 - a) Que importância tem os cuidados que recebeu durante o parto? | <input type="checkbox"/> |
| b) Sentiu-se tratada adequadamente? | <input type="checkbox"/> |
| 2 - a) É importante para si não se sentir abandonada? | <input type="checkbox"/> |
| b) Sentiu-se abandonada? | <input type="checkbox"/> |
| 3 - a) É importante que a ajudem logo quando necessita? | <input type="checkbox"/> |
| b) No geral, foi logo atendida quando solicitou? | <input type="checkbox"/> |
| 4 - a) Que importância tem para si ser informada suficientemente e ao seu acompanhante durante o parto? | <input type="checkbox"/> |
| b) Informaram-na a si e ao seu acompanhante adequadamente? | <input type="checkbox"/> |
| 5 - a) É importante para si ter intimidade durante o parto? | <input type="checkbox"/> |
| b) Acha que respeitaram a sua intimidade? | <input type="checkbox"/> |
| 6 - a) É importante poder compreender o que lhe dizem? | <input type="checkbox"/> |
| b) Foi questionada normalmente de forma compreensível? | <input type="checkbox"/> |
| 7 - a) Considera importante que os profissionais se identifiquem e se apresentem pelo seu nome? | <input type="checkbox"/> |
| b) Os profissionais identificaram-se e apresentaram-se pelo seu nome? | <input type="checkbox"/> |
| 8 - a) As manifestações de apoio não verbal como dar a mão, tocá-la, limpar o suor, posicioná-la, etc., que importância tem para si? | <input type="checkbox"/> |
| b) Ajudaram-na através deste contacto físico? | <input type="checkbox"/> |
| 9 - a) Considera importante que lhe tentem diminuir ou fazer desaparecer a dor? | <input type="checkbox"/> |
| b) Se teve dor, tentaram diminuí-la ou fazê-la desaparecer? | <input type="checkbox"/> |
| 10 - a) É importante dispor de massagens, técnicas de relaxamento, banho de água quente, etc., para tentar acalmar a dor? | <input type="checkbox"/> |
| b) Foi-lhe oferecida a oportunidade de usufruir de alguns destes métodos? | <input type="checkbox"/> |
| 11 - a) É importante dispor de analgésicos, anestésicos, relaxantes, etc., que não seja a analgesia epidural, para acalmar a dor? | <input type="checkbox"/> |
| b) Ofereceram-lhe a possibilidade de usufruir destes medicamentos? | <input type="checkbox"/> |

- 12 - a) Que importância tem para si dispor da Analgesia Epidural? 1 2 3 4 5
- No caso de ter necessitado, usufruiu desta? Sim Não
- No caso de ter usufruído, foi-lhe oferecida e explicada previamente sem condicionar o momento de a pôr? Sim Não
- Foi-lhe colocada com quantos cms. de dilatação?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não sabe
- 13 - a) É importante para si que não sinta dor enquanto está a ser suturada? 1 2 3 4 5
- Foi anestesiada para ser suturada? Sim Não
- b) Se foi anestesiada: acalmou a dor?
- 14 - a) Que importância tem para si estar sempre acompanhada?
 b) Esteve acompanhada continuamente?
- Em caso de **não** ter estado acompanhada continuamente, dos seguintes, qual foi o motivo:
- 1 Estar na sala de observações.
 2 Estar monitorizada.
 3 Por ser cesariana.
 4 Por parto complicado.
 5 Outro motivo.
 6 Não sabe porque **não** esteve acompanhada continuamente.
- 15 - a) Qual a importância do incentivo à participação do acompanhante? 1 2 3 4 5
- b) Incentivaram esta participação?
- 16 - a) É importante para si a explicação dos horários, procedimentos, formas de pedir ajuda, quem são os diferentes profissionais, etc.?
 b) Foi-lhe facilitada a adaptação ao meio hospitalar?
- 17 - a) É importante, se possível, poder parir numa posição cómoda?
 b) Foi-lhe oferecida a possibilidade de adoptar outra posição diferente da tradicional (deitada na marquesa de período expulsivo com a cabeça elevada)?
- 18 - a) É importante ser ensinada a puxar para facilitar a saída do bebé?
 b) Foi ensinada e motivada a puxar?
- 19 - a) Acha importante que se possa beber e/ou comer durante o parto?
 b) Ofereceram-lhe de comer e/ou de beber?
- 20 - a) Considera importante que lhe ponham em contacto (pele a pele) o seu bebé o mais cedo possível?
 b) Foi-lhe permitido este contacto de imediato?

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21 - a) Considera importante dar a mama ao seu bebé? | <input type="checkbox"/> |
| b) Foi ajudada e ensinada a iniciar o aleitamento materno? | <input type="checkbox"/> |
| 22 - a) Considera importante que o aleitamento materno seja o mais precoce possível (nas 1 ^{as} 2 horas)? | <input type="checkbox"/> |
| b) Foi-lhe facilitada a colocação do bebé à mama nesse período? | <input type="checkbox"/> |
| 23 - a) Que importância tem obter informação sobre os cuidados a ter consigo e com o recém-nascido? | <input type="checkbox"/> |
| b) Foi-lhe dada informação suficiente sobre os mesmos, bem como sobre a alta hospitalar? | <input type="checkbox"/> |
| 24 - Fizeram-lhe enema de limpeza (clister/laxante via rectal)? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| 25 - Foi rapada, ainda que pouco, para que pudessem coser o corte (episiotomia) feito ou a laceração ocorrida? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| 26 - Foi-lhe realizada alguma ecografia durante a dilatação? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, foi-lhe explicado o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| 27 - Puseram-lhe algum fármaco para produzir ou aumentar as contracções? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| 28 - Esteve monitorizada durante todo o parto? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| 29 - Puseram-lhe uma sonda para poder urinar? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| 30 - Puseram-lhe uma perfusão contínua (soro)? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| 31 - Romperam-lhe a bolsa de águas? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Se sim, foi no início do parto? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |
| Em caso afirmativo, explicaram-lhe o motivo? | Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> | |

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

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

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

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

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

MUITO OBRIGADA.

APÊNDICE II

Exemplar de pedido de autorização para aplicação do questionário



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

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

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

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

| NOSSA REFERÊNCIA | |
|------------------|----------------|
| Ofício nº: | Data: __/__/__ |
| Processo: | |

Assunto: 1.1 Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados

No âmbito da Unidade Curricular de Investigação em Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Betty Fernández Arias do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema “ **Práticas Obstétricas segundo a Organização Mundial de Saúde: as Expectativas, a Percepção e a Satisfação da Mulher** ”.

O parto é um acontecimento único na vida da mulher. A forma como é vivenciado, determina o bem-estar psicológico da mulher e a relação da triade. A avaliação da forma como a mulher experienciou e percepcionou o parto, permite propor medidas para melhorar e proporcionar à mulher uma experiência tão positiva quanto possível.

Com este estudo pretendemos conhecer a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e a influência de factores sócio-demográficos e obstétricos nessa percepção. Saber quais as expectativas da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Por último, conhecer a satisfação da mulher com as práticas obstétricas realizadas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.^a que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação no serviço de Internamento de Puerpério, às puerperas internadas durante os meses de Dezembro a Março. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

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

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos. Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Directivo

João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

APÊNDICE III

Consentimento Informado

“PRÁTICAS OBSTÉTRICAS SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: Expectativas, Percepção e Satisfação da Mulher”

Assinatura da utente

Assinatura do investigador

Data: __/__/__

Consentimento Informado da utente para participar no estudo

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia; subordinado ao tema **“Práticas Obstétricas segundo a Organização Mundial de Saúde: as Expectativas, a Percepção e a Satisfação da Mulher”**.

Compreendo que este questionário fará parte de um trabalho de Investigação, que tem como objectivos: – Conhecer a percepção da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; – Determinar a influência de factores sócio-demográficos e obstétricos nessa percepção; – Saber quais as expectativas da mulher relativamente às práticas obstétricas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; – Conhecer a satisfação da mulher com as práticas obstétricas realizadas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Estou informada sobre os objectivos do estudo e:

- 1 - Responderei às questões durante o internamento neste hospital/maternidade.
- 2 - As minhas respostas não serão reveladas a ninguém.
- 3 - A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhuma circunstância.
- 4 - Participe ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afectados os serviços ou cuidados de que eu vier a necessitar dos profissionais de saúde.
- 5 - Compreendo que este estudo contribuirá para melhorar a assistência que recebo ou que poderei receber no futuro.
- 6 - Não receberei nenhum benefício directo como resultado da minha participação.
- 7 - Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelo contacto:

Betty Fernández Arias – 964808977

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

ANEXO I

Classificação das práticas no parto normal do guia da OMS

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

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

19. Condições estéreis ao cortar o cordão umbilical;
20. Prevenção da hipotermia do recém-nascido;
21. Contacto cutâneo directo precoce entre mãe e filho, e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as directrizes da OMS sobre aleitamento materno;
22. Exame de rotina da placenta e membranas ovulares;

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

1. Uso rotineiro de enema;
2. Uso rotineiro de tricotomia;
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
4. Cateterização venosa profilática de rotina;
5. Uso rotineiro de posição supina durante o trabalho de parto;
6. Exame rectal;
7. Uso de pelvimetria por raio-X;
8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de modo, a que não permita controlar os seus efeitos;
9. Uso de rotina da posição de litotímia, com ou sem perneiras durante o trabalho de parto;
10. Esforço de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsava) durante o segundo período do trabalho de parto;
11. Massagens e distensão do períneo durante o segundo período do trabalho de parto;
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro período do trabalho de parto, com o objectivo de evitar ou controlar hemorragias;
13. Uso rotineiro de ergometrina parentérica no terceiro período do trabalho de parto;
14. Lavagem uterina depois do parto;
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto;

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

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação dos nervos;
2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro período do trabalho de parto;
3. Pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto;
4. Manobras relacionadas com a protecção do períneo e manejo do pólo cefálico no

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

Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:

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

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