

Universidade Católica Portuguesa

**CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO:
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM**

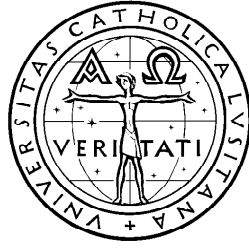
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Área de especialização “Enfermagem Avançada”

Por

Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Instituto de Ciências da Saúde
março, 2015



Universidade Católica Portuguesa

**CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO:
DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Área de especialização “Enfermagem Avançada”

Por Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Sob a orientação da Professora Doutora Célia Santos
e co-orientação da Professora Doutora Margarida Reis Santos

Instituto de Ciências da Saúde
março, 2015

*"If I have the belief that I can do it,
I shall surely acquire the capacity to do it
even if I may not have it at the beginning."*

Mahatma Gandhi

À minha mãe

AGRADECIMENTOS

Após este longo percurso, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização desta investigação:

Ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa por proporcionar o pretexto para esta investigação.

À instituição que permitiu que nos serviços de Puerpério e de Consulta de Grávidas se desenvolvesse o estudo.

Às enfermeiras da Consulta de Obstetria por todo o apoio dado e colaboração na colheita de dados.

A todos os colegas, e à Escola Superior de Enfermagem do Porto, por disponibilizarem tempo para poder efetuar o estudo.

À Josefina, Emília e Alexandrina por todo o apoio e incentivo.

À colega Rosália Marques pelo contributo para a elaboração do plano de parto.

Gostaria, de manifestar a minha profunda gratidão, em particular:

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Célia Santos e Professora Doutora Margarida Reis Santos, pelo encorajamento, paciência e competência científica.

À Professora Doutora Marinha Carneiro pelos preciosos conselhos sobre estudos qualitativos.

Às enfermeiras Cristina Martins e Lurdes Francisco por terem tornado possível o desenvolvimento deste estudo.

À minha mãe porque, sem a sua presença, disponibilidade e amor, seria impossível desenvolver este trabalho.

Ao Artur pelo seu amor, paciência e incentivo.

Aos meus filhos pela paciência, espera e pelos muitos dias em que foram colocados em *standby*.

À colega e amiga Cândida Koch, pela disponibilidade e paciência para responder às dúvidas existenciais, e pelos seus conselhos.

À colega e amiga Margarida, pelas conversas, incentivo e disponibilidade.

À minha família e amigos pelo encorajamento e por perceberem as minhas ausências.

Um particular agradecimento às mulheres e aos casais.

RESUMO

A autoeficácia da mulher durante o trabalho de parto influencia a forma como este é percebido e afeta a sua satisfação com a experiência de parto. No trabalho de parto, a utilização de estratégias de *coping* vai resultar da intencionalidade da mulher, que por sua vez depende dos julgamentos de autoeficácia, pois é em função desses juízos que o indivíduo tem incentivo para agir e imprimir uma determinada direção às suas ações. Vários estudos demonstraram ser, por isso, necessário que a preparação para o parto incorpore e reforce este conceito.

A presente investigação teve como finalidade desenvolver e avaliar um programa de intervenção em enfermagem que, tendo por base o reforço da autoeficácia, permita à mulher uma maior satisfação com a experiência de parto e, dessa forma, a promoção de uma melhor ligação mãe-filho. Incluiu quatro estudos, desenvolvidos em duas etapas. A primeira teve como finalidade elaborar um programa de intervenção em enfermagem promotor da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto. Para a sua concretização realizou-se uma revisão da literatura e efetuaram-se dois estudos: um exploratório, de cariz qualitativo, com o objetivo geral de identificar um conjunto de intervenções de enfermagem adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto. Incluiu entrevistas a 25 mulheres no período pós-parto. O segundo, um estudo de consensos, de cariz quantitativo, com o objetivo de validar a relevância das intervenções identificadas. Compreendeu uma amostra de 42 peritos na área em estudo. A segunda etapa teve como finalidade implementar e avaliar a eficácia e o impacto, do programa de intervenção em enfermagem previamente elaborado, na perceção de autoeficácia das grávidas para lidar com o trabalho de parto e na satisfação com a experiência de parto. Englobou dois estudos: um exploratório, descritivo, de cariz misto, cuja amostra compreendeu 246 grávidas e que teve como objetivo conhecer as suas expectativas e preferências relativas ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à sua confiança para lidarem com o trabalho de parto. Para a sua concretização foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada, duas escalas e o questionário de autoeficácia no trabalho de parto (QAETP). E, ainda, um estudo quasi-experimental, com um desenho pré e pós-teste, incluindo uma amostra de 121 mulheres, 66 alocadas ao grupo experimental e 55 ao grupo controlo. Para a sua elaboração, usou-se o QAETP e o questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP).

As intervenções de enfermagem passíveis de promover a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto identificadas, a teoria da autoeficácia de Bandura, o modelo de promoção de saúde de Nola Pender e a filosofia Lamaze, constituíram a base para a elaboração do programa “Construir a Confiança para o Parto”.

Os resultados obtidos permitiram concluir que o programa foi eficaz na promoção da autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto, promovendo um aumento significativo das expectativas de resultado e de autoeficácia; de sentimentos positivos durante o trabalho de parto; no uso das técnicas de relaxamento e respiratórias no trabalho de parto. Foi, igualmente eficaz, na concretização das expectativas das mulheres para o parto, na percepção de controlo e na redução do medo durante o trabalho de parto, e na experiência e satisfação com o parto.

Palavras-chave: Educação pré-natal; trabalho de parto; autoeficácia; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The woman's self-efficacy during labour influences the way it is understood and affects the satisfaction with the experience of childbirth. During labour, the use of coping strategies will result in woman's intentionality, which in turn depend on the self-efficacy judgments, as it is according to these these judgements that the individual has the motivation to act and direct her actions. Several studies have therefore shown the need to include and reinforce this concept in childbirth education.

The aim of this research was to develop and evaluate a nursing intervention programme. On the foundation of this program there was the self-efficacy strengthening, which allowed pregnant woman a greater satisfaction with the childbirth experience, resulting in the development of a better mother-child bonding. The research included four studies developed in two stages. During the first stage, a nursing intervention programme was created to promote self-efficacy to cope with labour. To develop this programme, a literature review was conducted as well as two studies: an exploratory study and a consensus study. The first one, of qualitative nature, aims to identify a set of suitable nursing interventions for promoting self-efficacy during labour. This study included interviews to 25 women on the post-natal period. The second one, of quantitative nature, aims to validate the relevance of the identified interventions. This study involved 42 specialists in this area. During the second stage, the goal was to implement and evaluate efficacy and impact of the nursing intervention programme previously defined. The efficacy of the evaluation was measured according to the pregnant women's perception of self-efficacy to cope with labour and the overall satisfaction of the process. This stage included two studies as well: an exploratory descriptive study and a quasi-experimental study. The first one, of mixed nature, aims to know the expectations and preferences of 246 pregnant women regarding labour, childbirth education, and their own confidence to cope with labour. To accomplish this study, a semi-structured interview guide was used, as well as two scales and a childbirth self-efficacy questionnaire (CBSEI). The second study, had a pre and post-test design, and included a sample of 121 women, 66 of which were allocated to the experimental group and the remaining 55 to the control group. For this study, the CBSEI and the experience and satisfaction with childbirth questionnaire (QESP) were used.

The identified nursing interventions to promote self-efficacy to cope with labour, the Bandura self-efficacy theory, the Nola Pender health promotion model and the

Lamaze philosophy were the foundation for the elaboration of the programme “Building Trust to Childbirth”.

The results achieved allowed to determine that the programme was effective in promoting woman’s self-efficacy to cope with labour, promoting a significant increase in: a) expectations of results and self-efficacy, b) positive feelings during labour and c) the use of relaxation and breathing technics during labour. Moreover, the programme was equally effective on the fulfilment of women’s childbirth expectations, on the perception of control and reduction of fear of childbirth, and on the satisfaction with the childbirth experience.

Keywords: childbirth education; labour; self-efficacy; nursing care.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais	34
Figura 2: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	59
Figura 3: Desenho de investigação.....	93
Figura 4: Desenho do estudo.....	127
Figura 5: Desenho do estudo quasi-experimental	192

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Determinantes de autoeficácia.....	105
Quadro 2: Reformulação dos itens	131
Quadro 3: Programa “Construir a Confiança para o Parto”	146
Quadro 4: Planeamento da 1ª Sessão.....	148
Quadro 5: Planeamento da 2ª Sessão.....	149
Quadro 6: Planeamento da 3ª Sessão.....	150
Quadro 7: Planeamento da 4ª Sessão.....	150
Quadro 8: Planeamento da 5ª Sessão.....	151
Quadro 9: Planeamento da 6ª Sessão.....	152
Quadro 10: Consistência interna do QAETP	160
Quadro 11: Expetativas das grávidas para a preparação para o parto	164
Quadro 12: Expetativas relativas ao trabalho de parto.....	168
Quadro 13: Significado atribuído pela mulher à da dor de trabalho de parto	170
Quadro 14: Causas de medo no trabalho de parto.....	174
Quadro 15: Consistência interna do QESP	197

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Conhecimento sobre trabalho de parto	167
Gráfico 2: Distribuição da amostra em função do grau de medo	173
Gráfico 3: Distribuição da amostra em função do grau de ansiedade	176
Gráfico 4: Expetativas com o trabalho de parto	209
Gráfico 5: Expetativas com o parto	210
Gráfico 6: Expetativas com a dor de trabalho de parto	211
Gráfico 7: Expetativas com a dor de parto	211
Gráfico 8: Expetativas face ao tempo de duração do trabalho de parto	212
Gráfico 9: Expetativas face ao tempo de duração do parto	212
Gráfico 10: Uso das técnicas respiratórias e de relaxamento durante o trabalho de parto	213
Gráfico 11: Uso das técnicas respiratórias e de relaxamento durante o parto	214
Gráfico 12: Nível de relaxamento atingido no trabalho de parto	214
Gráfico 13: Nível de relaxamento no parto	215
Gráfico 14: Eficácia do relaxamento no trabalho de parto	216
Gráfico 15: Eficácia do relaxamento no parto	216
Gráfico 16: Perceção de controlo no trabalho de parto	217
Gráfico 17: Perceção de controlo no parto	218
Gráfico 18: Perceção de medo durante o trabalho de parto	219
Gráfico 19: Perceção de medo durante o parto	219
Gráfico 20: Recordação da dor de trabalho de parto	220
Gráfico 21: Recordação da dor de parto	221
Gráfico 22: Satisfação com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto	221
Gráfico 23: Satisfação com a intensidade de dor sentida no parto	222
Gráfico 24: Intensidade média da dor de trabalho de parto	223
Gráfico 25: Intensidade máxima da dor de trabalho de parto	223
Gráfico 26: Intensidade média da dor de parto	224
Gráfico 27: Intensidade máxima da dor de parto	225

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Reações comportamentais e afetivas em função dos diferentes níveis de autoeficácia e expetativas de resultado	41
Tabela 2: Caracterização dos participantes.....	125
Tabela 3: Intervenções validadas – 1ª Ronda <i>Delphi</i>	129
Tabela 4: Atividades de diagnóstico (8 itens)	133
Tabela 5: Intervenções de enfermagem (26 itens)	134
Tabela 6: Intervenções de enfermagem validadas	137
Tabela 7: Distribuição da amostra por nacionalidade, grau de escolaridade e estado civil.....	162
Tabela 8: Distribuição da amostra de acordo com a gestação, paridade, planeamento da gravidez e tempo de gravidez	162
Tabela 9: Distribuição da amostra pelas subescalas do QAETP	177
Tabela 10: Distribuição da amostra por expetativas de resultado e de autoeficácia no trabalho de parto	177
Tabela 11: Resultados do teste Mann-Whitney relativamente às expetativas de resultado e a experiência anterior de parto	178
Tabela 12: Resultados do teste <i>t</i> de Student, para amostras independentes, relativos às expetativas de resultado e conhecimento sobre trabalho de parto	179
Tabela 13: Análise descritiva das expetativas de autoeficácia e o grau de escolaridade .	179
Tabela 14: Resultados do teste Kruskal-Wallis relativos às expetativas de autoeficácia e o grau de escolaridade	180
Tabela 15: Análise descritiva das expetativas de autoeficácia e a experiência anterior de parto	180
Tabela 16: Análise descritiva das expetativas de autoeficácia no trabalho de parto relativamente à pessoa de apoio no trabalho de parto.....	181
Tabela 17: Caracterização sociodemográfica e comparação entre grupos	199
Tabela 18: Distribuição das participantes de acordo com a experiência anterior de dor e de parto e comparação entre grupos	200
Tabela 19: Distribuição das participantes em função do nível de medo e comparação entre grupos	200
Tabela 20: Resultados do teste <i>t</i> de Student relativamente às expetativas de resultado .	201
Tabela 21: Resultados do teste <i>t</i> de Student relativamente às expetativas de autoeficácia	201
Tabela 22: Autoeficácia no trabalho de parto, por grupo, nos três momentos de avaliação	203
Tabela 23: ANOVA para medidas repetidas, inter e intragrupos, nas expetativas de resultado	205

Tabela 24: ANOVA para medidas repetidas, inter e intragrupos, nas expetativas de autoeficácia	205
Tabela 25: Resultados do teste <i>t</i> de Student relativamente à autoeficácia no pós-parto .	206
Tabela 26: Experiência e satisfação com o parto, por grupo	207
Tabela 27: Tipo de parto e analgesia, por grupo	208
Tabela 28: Relação entre expetativas de resultado e experiência anterior de dor, no grupo experimental, pós-teste	227
Tabela 29: Relação entre expetativas de autoeficácia e experiência anterior de dor, no grupo experimental, pós-teste	227
Tabela 30: Relação entre autoeficácia para lidar com o trabalho de parto e experiência anterior de dor, entre grupos, no pós-teste (M ₂)	227

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	25
1 – A AUTOEFICÁCIA, A PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO	33
1. A TEORIA SOCIAL COGNITIVA	33
1.1. Capacidades humanas consideradas fundamentais.	35
1.2. A agência humana e coletiva	37
1.3. A autoeficácia	38
1.3.1. A teoria da autoeficácia	38
1.3.2. Determinantes de autoeficácia	44
1.4. Autoeficácia e saúde	48
1.5. Autoeficácia e controlo no trabalho de parto	50
2. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	54
2.1. Promoção da saúde	54
2.1.1. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	56
2.2. O enfermeiro e a promoção e educação para a saúde	62
2.3. A preparação para o parto como forma de educação para a saúde	64
3. A PREPARAÇÃO PARA O PARTO	66
3.1. Métodos de preparação para o parto	67
3.2. A eficácia da preparação para o parto	75
3.3. A experiência de parto	77
2 – MATERIAL E MÉTODOS	89
1. PROBLEMÁTICA, OBJETIVOS E FINALIDADE	90
2. DESENHO DO ESTUDO	91
2.1. População e amostra	93
2.2. Instrumentos de recolha de dados	94
2.3. Considerações éticas	95
2.4. Tratamento dos dados	97
3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA NO TRABALHO DE PARTO	99

1. TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS E FINALIDADE _____	100
2. MATERIAL E MÉTODO _____	100
2.1. População e amostra _____	100
2.2. Instrumento de recolha de dados _____	101
2.3. Procedimentos para a análise de dados _____	102
3. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ____	103
3.1. Caracterização da amostra _____	103
3.2. Determinantes de autoeficácia _____	105
3.2.1. Experiência anterior _____	105
3.2.2. Persuasão verbal _____	107
3.2.3. Aprendizagem vicarial _____	109
3.2.4. Perceção dos estados somáticos e emocionais _____	111
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	118
4 - AUTOEFICÁCIA NAS SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO:	
ESTUDO DE CONSENSO _____	121
1. MATERIAL E MÉTODO _____	122
1.1. Seleção do painel de peritos _____	124
1.2. Critérios de consenso _____	126
1.3. Desenho do estudo _____	127
2. ESTUDO DE <i>DELPHI</i> : 1ª RONDA _____	128
2.1. Instrumento de recolha de dados _____	128
2.2. Análise dos dados e discussão dos resultados _____	128
3. ESTUDO DE <i>DELPHI</i> : 2ª RONDA _____	132
3.1. Análise de dados e discussão dos resultados _____	132
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	136
5 – ELABORAÇÃO DO PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO” _____	139
1. BASES TEÓRICAS DO PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO” _____	140
2. O PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO” _	142
3. PLANEAMENTO DAS SESSÕES _____	147
6 – ESCUTAR AS MULHERES: DETETAR NECESSIDADES PARA A PREPARAÇÃO PARA O PARTO _____	155

1. TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS E FINALIDADE _____	155
2. MATERIAL E MÉTODOS _____	156
2.1. População e amostra _____	156
2.2. Procedimento para recolha de dados _____	157
2.3. Instrumentos de recolha de dados _____	158
2.4. Tratamento dos dados _____	160
3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS	161
3.1. Caracterização da amostra _____	161
3.1.1. Expetativas relativas à preparação para o parto _____	163
3.1.2. Trabalho de parto: conhecimento, tipo de parto, apoio familiar e expetativas _____	167
3.1.3. A dor: significado, experiência e estratégias de <i>coping</i> _____	170
3.1.4. O medo do parto _____	173
3.1.5. A ansiedade relacionada com o trabalho de parto _____	175
3.1.6. A autoeficácia para lidar com o trabalho de parto _____	176
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS _____	181
7. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO” _____	189
1. OBJETIVOS, FINALIDADE E TIPO DE ESTUDO _____	189
2. MATERIAL E MÉTODOS _____	191
2.1. Desenho do estudo _____	191
2.2. População e amostra _____	192
2.3. Procedimento _____	194
2.4. Instrumentos de recolha de dados _____	195
2.5. Tratamento dos dados _____	198
3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS	198
3.1. Caracterização da amostra (M₁) _____	199
3.2. Resultados do estudo quasi-experimental _____	202
3.2.1. Análise descritiva sobre autoeficácia no trabalho de parto, nos três momentos de avaliação, por grupo _____	202
3.2.2. Influência do programa CCpP na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto _____	203
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS _____	228
CONCLUSÃO _____	239

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	255
ANEXOS	283
ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA	285
ANEXO II – QUESTIONÁRIOS DELPHI – 1ª e 2ª RONDA	289
ANEXO III – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL- ESTUDO TRÊS	307
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO	311
ANEXO V – DOCUMENTOS DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E DE CONSENTIMENTO INFORMADO	321
ANEXO VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO CBSEI	327
ANEXO VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QESP	331
ANEXO VIII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DOCUMENTOS PARA A COMISSÃO DE ÉTICA	335
ANEXO IX – INTERVENÇÕES PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA NO TRABALHO DE PARTO IDENTIFICADAS PELA REVISÃO DE LITERATURA	343
ANEXO X – FRASES PARA REALIZAÇÃO DO PLANO DE PARTO	349

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são acontecimentos que geram transições desenvolvimentais e mudanças significativas na vida das mulheres e famílias com forte impacto no seu equilíbrio emocional podendo provocar estados de tensão, ansiedade ou medo. A gravidez, apesar de ser um processo fisiológico e normal, leva a mudanças físicas, emocionais, familiares e sociais, que motivam a mulher/casal para a aprendizagem. O parto é uma experiência geradora de stresse, porque por um lado permite ver o bebé querido, por outro é percebido como um risco para a saúde, originando sentimentos de ambivalência (Ip et al., 2005).

A mulher tem direito a vivenciar o trabalho de parto de acordo com as suas crenças e valores. A experiência que espera vir a ter durante o parto vai estar relacionada com a experiência anterior, com a experiência de pessoas que lhe são próximas, e com as normas vigentes na cultura e sociedade em que está integrada, sendo por isso influenciada por um conjunto de fatores que têm que ver com dimensões de cariz individual e familiar (Pacheco, Costa, & Figueiredo, 2009).

Ao longo dos séculos, a mulher pariu em casa, rodeada por mulheres, no seu ambiente familiar com apoio e conforto. Naquela época o parto era considerado um acontecimento natural. O conhecimento passava de geração em geração e a mulher, em conjunto com os seus familiares, planeava o parto, decidia quem queria que estivesse presente, decorava o ambiente de acordo com as suas crenças e valores e, com o apoio de todos, confiava em si e permitia-se ter as reações que o seu corpo lhe pedia. Com condições de vida precárias e dificuldade no acesso a cuidados de saúde adequados, havia uma alta taxa de morbilidade e mortalidade, o que levou a que os médicos chamassem a si a realização dos partos, transferindo-os para o hospital, passando estes a ser vistos como uma doença e não como um evento normal e fisiológico (Couto, 2006). Esta transferência do parto para o ambiente hospitalar acompanhou-se de um aumento nas intervenções de rotina e a mulher passou a ter um papel secundário, passivo, repleto de medo, ansiedade e dor. Surgiu assim, a necessidade da preparação para o parto, entendida nos nossos dias como uma componente da educação para a saúde.

A preparação para o parto, em Portugal, é considerada um direito, explanado na Lei nº 142/99 de 31 de agosto. Configura-se como uma intervenção útil na

preparação da mulher/casal para a tomada de decisão e para a participação ativa no trabalho de parto e no parto.

É da responsabilidade dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (ESMO) agir como promotores e educadores para a saúde, sendo a importância do seu desempenho realçada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009). Preconiza-se que no período pré-natal informem e orientem a mulher/casal para estilos de vida saudáveis, preparem para o parto e para a parentalidade responsável, promovam o plano de parto e aconselhem e apoiem a mulher na tomada de decisão, promovendo o seu empoderamento e aproveitando todas as oportunidades de contacto para transmitir esses conhecimentos. Isto exige dinâmica de trabalho, pois educar para a saúde é criar situações que permitam a transformação, através do aumento do conhecimento e da mudança dos comportamentos. Para que isso se concretize é necessário, como refere Nola Pender (2011) no seu Modelo de Promoção de Saúde, compreender que os determinantes do comportamento em saúde, definidos como - qualquer conduta com potencial para influenciar negativa ou positivamente a saúde (Gonzalez & Ribeiro, 2004) - devam ser a base para o aconselhamento em saúde, pois permitem a identificação dos fatores que influenciam esses mesmos comportamentos.

Foram vários os métodos de preparação para o parto que surgiram ao longo dos anos. Desde o seu início, no século XX, muita investigação foi feita, dando origem a diversos métodos e técnicas (Parto sem medo de Dick-Read, 1933; Método psicoprofilático de Lamaze, 1951; Método do parto assistido de Bradley, 1965; MBCP, 1998; Hypnobirthing, 2005, entre outros), todos eles com a finalidade de preparar a mulher e o seu companheiro para uma melhor vivência da experiência de parto. Em Portugal, o método mais utilizado tem sido o psicoprofilático. Consiste no ensino e treino de técnicas respiratórias e de relaxamento com o objetivo de criar uma resposta condicionada às contrações uterinas do processo de parto, interferindo, assim, com a transmissão de sinais de dor do útero até ao cérebro (Bergstrom et al., 2009), ajudando as mulheres a gerirem a dor de trabalho de parto (Lothian & De Vries, 2005).

Apesar de este tipo de preparação estar disponível para todas as grávidas, a manutenção das intervenções de rotina no trabalho de parto (episiotomia, restrição de alimentos e bebidas, monitorização fetal contínua, entre outras), o grande número de pedidos de analgesia epidural, as altas taxas de cesariana e o número relevante de mulheres que referem ter uma experiência negativa de parto põem em questão a sua eficácia. Escott, Slade e Spiby (2009) sugerem que isto se pode dever ao facto

de a preparação para o parto incluir algumas estratégias para a gestão da dor de trabalho de parto que focam quatro técnicas comportamentais: o controlo da respiração, o relaxamento, o posicionamento e mais recentemente a massagem. Neste caso, apresenta-se uma limitação importante, pois sabe-se que as mulheres em trabalho de parto empregam uma série de estratégias autoiniciadas, a maioria de natureza cognitiva. Slade e col. (2000) observam, também, que o treino de estratégias não pode ser assumido como associado à sua prática subsequente, enquanto Manning e Wright (1983) referem que se poderá aumentar a eficácia da preparação para o parto se se introduzir o ensino sobre a autoeficácia.

A autoeficácia foi discutida e estudada em muita investigação sobre confiança materna e resultado do parto. Vários estudos foram desenvolvidos desde os anos 80 por Manning e Wright (1983), Crowe e Von Baeyer (1989), Lowe (1993), Ip e col. (2005) e Cunqueiro, Comeche e Docampo (2009). Todavia, em Portugal não se encontraram estudos sobre a promoção da autoeficácia na gravidez e a sua influência na satisfação com o parto.

A teoria da autoeficácia tem por base a conceção de que os processos psicológicos intervêm entre a criação e o fortalecimento de expectativas de eficácia pessoal, e prevê que o nível de confiança de um indivíduo nas suas habilidades é um forte motivador e regulador dos seus comportamentos. A perceção que as pessoas têm das suas capacidades afeta as suas atitudes, o seu grau de motivação, a forma como pensam e as suas reações emocionais (O'Leary, 1985).

As crenças de autoeficácia têm um papel importante na obtenção e modificação do comportamento, apresentando-se como um dos alicerces para a motivação humana, o bem-estar e a realização pessoal. Pertencem à classe de expectativas ligadas ao *self*, visto como uma estrutura cognitiva que faculta mecanismos de referência e subfunções para a perceção, avaliação e regulação do comportamento (Bandura, 2008^a)

A autoeficácia é específica de um determinado momento e situação, para os quais, e de forma subjetiva, após avaliar a condição em que se encontra, o indivíduo vai considerar o grau de desempenho que neles pode alcançar (Dobrąnszky & Machado, 2001). É formada por expectativas de autoeficácia e de resultado.

As expectativas de autoeficácia referem-se à convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para se atingir determinado resultado. Podem ser consideradas quanto à sua magnitude e quanto à sua força (Dobrąnszky & Machado, 2001).

As expectativas de resultado são juízos, ou crenças, quanto à condicionalidade entre o comportamento de uma pessoa e o resultado antecipado (Pintrich & Schunk, 1996). Traduzem a crença pessoal de que dado comportamento levará a determinado resultado. Como descrito por Bandura (1986), a crença que o indivíduo tem de que consegue efetivar um comportamento é um juízo de eficácia; o reconhecimento social e a autossatisfação resultantes são as expectativas de resultado.

As crenças de eficácia e as expectativas de resultado estão, habitualmente, positivamente correlacionadas. São o maior determinante para que um indivíduo tenha, ou não, um comportamento específico. Influem na decisão de iniciar uma ação, e são, também, determinantes da quantidade de esforço e persistência que ele dedicará a esse comportamento. Os indivíduos formam as suas crenças de autoeficácia pela interpretação da informação que obtêm. Bandura (1977) propõe que existam pelo menos quatro determinantes possíveis para a autoeficácia: experiências pessoais de sucesso, a observação do desempenho dos outros (aprendizagens vicariantes), a persuasão verbal e a percepção dos estados somáticas e emocionais. Estes determinantes podem atuar de forma independente ou combinada, e a informação assim adquirida não influencia a autoeficácia de modo automático, mas através de um processamento cognitivo pelo qual o indivíduo considera, por um lado, as suas capacidades percebidas e as experiências passadas e, por outro lado, os diversos componentes da situação, tais como a dificuldade da função, o seu grau de exigência e a possível ajuda que possa receber.

A teoria de autoeficácia é aplicável ao *coping* materno no trabalho de parto, tendo a confiança materna sido identificada como um componente importante no *coping* face à dor de trabalho de parto (Lowe, 1989). A capacidade da mulher para gerir a dor de trabalho de parto é um dos âmbitos da experiência de parto que pode, positiva ou negativamente, influenciar a sua percepção sobre este.

A experiência com o parto é culturalmente determinada e influenciada por diversos fatores dos quais se destacam a presença de pessoa significativa durante o parto, o tipo de parto, a dor e o controlo percebidos (Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002). A percepção de uma experiência negativa surge quando a mulher sente que os profissionais de saúde não a cuidam com respeito e empatia, quando o parto é mais demorado, doloroso, difícil e complicado do que esperava, quando percebe perda de controlo e quando não se sente acompanhada durante o trabalho de parto (Soet, Brack & Dilorio, 2003; Simkin, 2006; Peterson, 2008).

Um dos fatores que mais negativamente interfere na experiência de parto é a dor, podendo levar a que a mulher fique menos disponível para se envolver emocionalmente com o bebê (Figueiredo et al, 2002). Quando frequentemente recordada pode assumir-se como uma experiência traumática, coibindo algumas mulheres de voltar a engravidar (Niven, 1988). É uma dor que envolve, da mesma forma, componentes emocionais e sensoriais e é profundamente individual (Lowe, 2002). desencadeia uma série de alterações no equilíbrio homeocinético que produzem mudanças hemodinâmicas, da frequência e da intensidade das contrações uterinas, do tempo de trabalho de parto e do tipo de nascimento (DGS, 2001). Distingue-se dos outros tipos de dor por ser apenas um sinal de que o bebê vai nascer e não estar associada a trauma, mas sim a um processo normal e fisiológico. Pode ser comparada a uma dor relacionada com uma atividade física violenta, igual à dos sujeitos que se testam até ao limite. É central ao parto, não um infeliz efeito secundário, promove o progresso do trabalho de parto, protege o canal de parto e o feto, assegura altos níveis de oxitocina e endorfinas, é autolimitada, rítmica e intensifica-se ao longo do tempo (Schmid, 2007).

Um dos fatores intensificadores da dor de trabalho de parto é o medo, que pode manifestar-se por sintomas de stresse, físicos e psicológicos, o que simultaneamente leva a um incremento da percepção da dor. O medo do parto tem um profundo efeito na mulher, pelo que a sua prevenção e tratamento são importantes.

O controlo percebido durante o trabalho de parto e o parto é outro dos fatores influenciadores da experiência, sendo a falta de controlo um forte preditor de uma experiência negativa de parto (Green et al., 1990; Slade et al., 1993; Waldenström et al., 1996; Hart & Foster, 1997; Waldenström, 1999; Waldenström et al., 2004).

O uso de estratégias de *coping* durante o trabalho de parto parece ter um efeito positivo sobre a vivência do parto (Slade et al., 2000). A sua utilização vai depender da intencionalidade da mulher e da sua preferência por determinadas estratégias o que por sua vez depende dos julgamentos de autoeficácia, dado que vão influenciar a intenção de agir da pessoa. Em função dos juízos de autoeficácia, o indivíduo tem incentivo para agir e imprimir uma determinada direção às suas ações, pelo facto de antecipar mentalmente o que pode realizar para obter resultados, pelo que, estes determinam o seu nível de motivação. A formação de intenções para a execução de estratégias de *coping* é importante, mas nem sempre é suficiente para a pessoa agir, pois é necessário que ela acredite na sua capacidade para realizar determinado comportamento (Bandura, 1977). Quanto maior for a

percepção de autoeficácia maior será a probabilidade da pessoa utilizar estratégias de *coping* para a gestão da dor.

Vários estudos (Manning & Wright, 1983; Lowe, 1991, 1993; Slade et al., 2000) demonstram que a autoeficácia durante o trabalho de parto influencia a forma como este é percebido, sendo que, as expectativas de autoeficácia contribuem para explicar a persistência no controlo da dor. Devido a este facto, Lowe (1989) refere que a preparação para o parto tem um papel relevante na autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto e, Manning e Wright (1983) e Slade e col. (2000) recomendam que a preparação para o parto vise e reforce a autoeficácia.

Entender a percepção da dor de trabalho de parto, assim como a percepção de autoeficácia da mulher pré-parto, pode ajudar os profissionais de saúde a prepararem adequadamente as grávidas para o parto e, dessa forma, ajudar a promover uma experiência de parto positiva.

De acordo com estes pressupostos, para o desenvolvimento deste estudo colocámos a seguinte questão: será que a promoção da autoeficácia durante a gravidez melhora a experiência e a satisfação com o parto?

O estudo tem como finalidade contribuir para melhorar o conhecimento sobre o contributo da autoeficácia na experiência e satisfação com o parto, concorrendo para o desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem que permita à mulher uma maior satisfação com a experiência de parto e, dessa forma, a promoção de uma melhor ligação mãe-filho. Com vista à sua consecução definiram-se os seguintes objetivos:

- identificar as intervenções de enfermagem mais adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto;
- desenvolver um programa de intervenção em enfermagem promotor da autoeficácia no trabalho de parto;
- implementar o programa desenvolvido nas sessões de preparação para o parto;
- avaliar a eficácia do programa implementado, na autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto;
- avaliar o impacto do programa na satisfação das mulheres com a experiência de parto.

A possibilidade de melhoria na preparação das grávidas, aumentando a sua autoeficácia e a sensação de controlo no trabalho de parto, bem como a contribuição para a reflexão sobre as práticas de educação para a saúde, que os enfermeiros de saúde materna e obstétrica desenvolvem nas sessões de preparação para o parto,

demonstram a pertinência do estudo. Considerando que essas sessões estão implementadas nas várias instituições de saúde, fazendo parte da rotina pré-natal, e que têm uma função importante na educação da mulher/casal, afigura-se oportuno torná-las mais eficazes através da promoção de intervenções com maior custo-efetividade (DGS, 2012).

A investigação englobou quatro estudos, realizados em duas etapas distintas: a primeira teve como finalidade elaborar um programa de intervenção em enfermagem, promotor da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto. Para a sua concretização realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de cariz qualitativo e corte transversal, com o objetivo de identificar um conjunto de intervenções de enfermagem adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto, e que compreendeu, além da revisão da literatura, entrevistas a mulheres no período pós-parto. Realizou-se, ainda, um outro estudo descritivo e de cariz quantitativo com o objetivo de validar as intervenções identificadas e estudar a sua relevância para as sessões de preparação para o parto. Foi utilizada a técnica de Delphi para a obtenção de opiniões e de consensos de um grupo de especialistas com experiência no assunto.

Na segunda etapa da investigação teve-se como finalidade implementar e avaliar a eficácia e o impacto do programa de intervenção em enfermagem, previamente elaborado, na perceção de autoeficácia das grávidas para lidar com o trabalho de parto e na satisfação com a experiência de parto. Englobou um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal e cariz misto, desenvolvido com o objetivo de conhecer as expectativas e preferências das grávidas relativamente ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à sua confiança para lidar com o trabalho de parto. E um estudo quasi-experimental, com um desenho pré e pós-teste, com medidas repetidas e um grupo controlo, tendo como objetivo geral contribuir para o aumento da autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto, concorrendo assim para uma maior satisfação com a experiência de parto.

O trabalho encontra-se estruturado em nove capítulos. No primeiro apresenta-se o referencial teórico correspondente à problemática em estudo, ou seja, o desenvolvimento das temáticas sobre a autoeficácia, a preparação para o parto e sobre a experiência e a satisfação com o parto.

No segundo capítulo descrevem-se o material e métodos utilizados para o desenvolvimento do estudo e explica-se a conduta científica que orientou a investigação. Expõem-se a finalidade e os objetivos, o desenho do estudo e as considerações éticas subjacentes.

No terceiro capítulo apresenta-se a primeira pesquisa realizada: Intervenções de enfermagem para a promoção da autoeficácia no trabalho de parto.

No quarto capítulo desenvolve-se o estudo relativo à validação das intervenções de enfermagem identificadas para a promoção da autoeficácia no trabalho de parto.

O quinto capítulo dedica-se ao programa de intervenção em enfermagem “Construir a confiança para o parto”, que foi desenvolvido com base nos resultados dos estudos anteriores e na revisão de literatura efetuada.

No sexto capítulo descreve-se o primeiro estudo da segunda etapa do trabalho, relativo às expectativas e preferências das grávidas.

O sétimo capítulo é dedicado ao trabalho correspondente à implementação e avaliação do programa de intervenção de enfermagem.

No oitavo capítulo expõem-se as principais conclusões do trabalho e algumas sugestões para futuras investigações sobre o tema.

Apresentam-se as referências bibliográficas no último capítulo.

1 – A AUTOEFICÁCIA, A PREPARAÇÃO PARA O PARTO E A EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO

Neste capítulo apresenta-se uma revisão de literatura sobre os assuntos em estudo.

1. A TEORIA SOCIAL COGNITIVA

A concepção da Teoria Social Cognitiva teve o seu início, em 1963, quando Bandura e Walters escreveram a “aprendizagem social e o desenvolvimento da personalidade”, expondo os princípios da aprendizagem observacional e do reforço vicarial (Pajares, 2002, p.1).

Nos anos 70, com o desenvolvimento do seu trabalho, Bandura referenciou as crenças (autocrenças), considerando-as como essenciais para a explicação do comportamento humano (Pajares, 2002).

Em 1986, Bandura refere que, nos processos de adaptação humana e na mudança, os indivíduos funcionam associando o papel central da cognição, do reforço vicarial, da autorregulação e dos processos autorreflexivos (Bandura, 1986).

Um dos princípios básicos desta perspectiva teórica é o determinismo recíproco sendo o termo compreendido como a produção de efeitos por eventos, entendendo-se que, devido à complexidade da interação dos fatores, os eventos produzem efeitos probabilisticamente e não inevitavelmente (Bandura, 1977;1997).

O funcionamento humano é visto como um produto de uma dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais (figura 1). Os fatores internos à pessoa, os externos (meio ambiente) e o comportamento do indivíduo, interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente; variando de importância, entre si, de acordo com as circunstâncias. Por exemplo, não é forçoso o ambiente influenciar o indivíduo, é apenas uma possibilidade, se os fatores pessoais estiverem predispostos a isso. Devido à sua capacidade de usar símbolos, à capacidade de antecipação, de

aprendizagem por observação e de autorreflexão, o indivíduo não só responde aos estímulos do meio, mas também reflete sobre eles (González-Pérez & Pozo, 2003).



Figura 1: Dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais

Fonte: Pajares (2002, p.1)

A cognição tem um papel importante na teoria de Bandura, pois, a sua função é considerada crítica na capacidade da pessoa para construir a realidade, se autorregular, codificar informação e realizar comportamentos. É necessário entender a forma como o indivíduo processa cognitivamente e interpreta os resultados ambientais, para se poder predizer como o comportamento humano é influenciado por esses resultados.

Outro princípio básico é que há uma distinção entre a aprendizagem (aquisição de conhecimento) e o comportamento (execução observável desse conhecimento).

Após vários estudos e reflexões, Bandura alterou o nome da teoria de aprendizagem social para teoria social cognitiva, ambas, distantes das teorias de aprendizagem social em voga. Concordam com estas, na ideia de que a repetição de um comportamento é influenciada pelas suas consequências, mas, diferem, no que diz respeito aos processos que influenciam o comportamento, especialmente os relativos a processos cognitivos não diretamente observáveis, como expectativas, pensamentos e crenças (Pajares & Olaz, 2008).

1.1. Capacidades humanas consideradas fundamentais.

Na teoria social cognitiva está implícito que um indivíduo tem que possuir capacidades como a de simbolizar, a de antecipar, a de aprender através de experiências vicariais, a de se autorregular e a de autorrefletir. Estas providenciam-lhe meios cognitivos, considerados essenciais, para que possa ter influência na decisão sobre o seu destino (Pajares & Olaz, 2008).

Para Bandura (2001) os símbolos são os veículos do pensamento, capacitam os indivíduos para armazenar informação necessária para a condução de comportamentos futuros, permitem-lhes copiar comportamentos observados e, organizar, dar sentido e seguimento às suas vidas. É devido a esta capacidade, que podem antecipar as consequências de uma ação sem a iniciarem, passando por um processo de tentativa e erro que se poderá tornar prejudicial (Pajares, 2002).

Relativamente à aprendizagem vicarial, os indivíduos aprendem pela observação do comportamento dos outros, e não só através das suas experiências (González-Pérez & Pozo, 2003). Quando por meio de modelação se transmitem as representações cognitivas, estas, durante a realização do comportamento, influenciam o desempenho competente e servem como modelo para o nivelamento de conceitos (Bandura, 2001).

A observação de modelos (pessoas, meios eletrónicos, livros), em comparação com comportamentos aprendidos pelo indivíduo (por tentativa e erro), acelera o processo de aprendizagem. No entanto, neste tipo de aprendizagem as características do observador e do modelo são muito importantes. A maioria dos fatores, que influenciam a avaliação das consequências de uma ação observada, depende do observador e suas características como: a idade, o sexo, a posição social, os valores e, ainda, do prestígio do modelo.

Os fatores necessários à aprendizagem vicarial são:

Atenção - habilidade pessoal de observar seletivamente as ações de um modelo; é crucial para se aprender por observação. A seleção é feita em função das características do modelo (estatuto/prestígio, competência, valência afetiva), do observador e da atividade em si.

Retenção - só se forem memorizados é que os comportamentos observados podem ser reproduzidos. A informação observada sofre um processo de codificação, tradução e armazenamento cerebral, com uma organização em padrões, em forma de imagens e construções verbais. O indivíduo deve ser capaz de simbolizar, e de

executar repetida e sistematicamente os procedimentos que observou (prática comportamental)

Reprodução - processo de iniciar o comportamento observado. Tradução das conceções simbólicas do comportamento, armazenado na memória, nas ações correspondentes.

Motivação - a aquisição é um processo diferente da execução, então, para que um determinado comportamento aprendido seja executado, é preciso que haja motivação, o que pode ser alcançado através de incentivos. Se o comportamento produz resultados e expectativas válidas, o indivíduo fica motivado para o adotar e repetir no futuro. De acordo com González-Pérez e Pozo (2003) foram identificados três tipos de incentivos: reforços diretos, reforços indiretos e autorreforços.

As consequências das ações ditam o comportamento, as que originam consequências positivas tendem a manter-se, enquanto as que geram efeitos negativos tendem a desaparecer. Para a aprendizagem social, as consequências do comportamento são as suas fontes de informação e de motivação. Informam as pessoas acerca da correção ou conveniência da sua ação e utilizando a ação monitorizada com *feedback* instrutivo, facultam as informações necessárias para detetar e corrigir diferenças entre conceitos e ações, levando à modificação do comportamento e ao domínio das competências (González-Pérez & Pozo, 2003; Bandura, 2008a).

Relativamente ao processo de autorregulação, a Teoria Social Cognitiva aponta para “um sistema de duplo controlo na autorregulação – um sistema proactivo de produção de discrepâncias em conjunto com um sistema reativo de redução de discrepâncias” (Bandura, 2008a, p. 27). Demonstra que os indivíduos têm capacidade de exercer influência sobre o seu comportamento, pois, são seres ambiciosos e proactivos, motivados e orientados pela previsão de metas, o que lhes permite exercer, antecipadamente, o controlo, em vez de simplesmente reagir aos efeitos dos seus esforços. A forma e a intensidade com que exercem o processo de autorregulação incluem a auto-observação e automonitorização e a análise e criação de consequências para as suas ações e comportamentos (Bandura, 1997; 2008b).

A autorreflexão permite que o indivíduo dê sentido às suas experiências, explore o seu conhecimento e crenças, efetue a autoavaliação e altere a sua forma de pensar e se comportar.

1.2. A agência humana e coletiva

Esta teoria segue uma perspectiva de agência. Os indivíduos são considerados agentes, porque, de modo intencional, influenciam o seu desenvolvimento e contribuem ativamente para as suas condições de vida (Bandura, 2001).

A agência baseia-se em várias características fundamentais, como a intencionalidade e a extensão temporal. As pessoas não são apenas agentes de ação, refletem, por meio da autoconsciência funcional, sobre a sua eficácia, o sentido dos seus atos e a honestidade dos seus pensamentos, têm crenças que os preparam para exercer uma medida de controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações. Bandura (1986; 1997; 2008b) refere, relativamente à natureza do autocontrolo, que os indivíduos para exercerem influência sobre si, devem monitorizar o seu comportamento, julgá-lo em relação a algum padrão pessoal de mérito e reagir autoavaliando-se.

O exercício de agência pessoal varia de acordo com a natureza e flexibilidade do ambiente, que não é imposto, sobre os indivíduos, de forma unidirecional (Bandura, 1986; 2008b). Há três formas diferentes de ambientes físicos e socio estruturais: as impostas, as seleccionadas e as criadas. Sobre as formas de ambiente impostas, os indivíduos não têm muito controlo, mas podem interpretá-las e reagir-lhes com liberdade. Perante um ambiente potencialmente equivalente, Krueger e Dickson (1994) referem que, indivíduos com um elevado sentido de eficácia concentram-se nas oportunidades que ele proporciona, ao passo que aqueles com baixa autoeficácia enfatizam problemas e riscos. O ambiente criado é gerado de acordo com as condições e propósitos dos indivíduos.

Como o Homem vive em comunidade, Bandura (2001) expandiu a conceção de agência humana para incluir a agência coletiva. As pessoas trabalham juntas partilhando crenças acerca das suas capacidades e aspirações comuns, permitindo-lhes esta partilha melhorar as suas vidas. Fatores como as condições económicas, estatuto socioeconómico e estruturas educacionais e familiares não afetam diretamente o comportamento dos indivíduos. Em vez disso, afetam-no, no grau, em que influenciam as suas aspirações, crenças de autoeficácia, parâmetros pessoais, estados emocionais e outras influências autorreguladoras (Bandura, 1989; 2001).

1.3. A autoeficácia

Fundamentado em dois pressupostos básicos, Bandura (1977) explica sociocognitivamente o comportamento humano. Refere que, por viver inserido num sistema complexo, o indivíduo adquire comportamentos pela interação que tem com outros seres humanos que, por sua vez, reproduzem os comportamentos dos seus antecedentes, e que o comportamento humano é determinado por um processo cognitivo que intervém entre o estímulo e a resposta. Esse processo ajuda o homem a reconstruir o estímulo a partir das suas experiências passadas, dos sentimentos atuais e expectativas futuras, do valor que têm as atitudes que determinaram o estímulo, e das crenças de como isso poderá ser afetado por ações de diferente natureza (Bzuneck, 2001).

1.3.1. A teoria da autoeficácia

A teoria da autoeficácia tem por base a conceção de que os processos psicológicos intervêm entre a criação e o fortalecimento de expectativas de eficácia pessoal, e prevê que o nível de confiança de um indivíduo nas suas habilidades é um forte motivador e regulador dos seus comportamentos. A perceção que as pessoas têm das suas capacidades afeta o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reação emocional (O'Leary, 1985).

De acordo com Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro e Silveira (2002) a autoeficácia caracteriza-se como sendo o mecanismo central das ações realizadas de forma intencional, agindo em processos cognitivos, afetivos, motivacionais e seletivos, inserindo-se no âmbito dos modelos cognitivos de mudança do comportamento.

Bandura (1986) refere que a autoeficácia afeta o começo e a perseverança do comportamento dirigido, já que, os indivíduos tendem a agir com mais segurança em circunstâncias que sintam poder dominar e a desviar-se das situações que julgam não serem capazes de resolver.

As crenças de autoeficácia providenciam a origem para a motivação humana, bem-estar e realização pessoal, tendo um papel importante na obtenção e modificação do comportamento. Isto acontece, porque a menos que a pessoa acredite que as suas ações produzem o resultado esperado, tem pouco incentivo para agir ou perseverar em face de dificuldades (Pajares, 2002). Pertencem, à classe

de expectativas ligadas ao *self* que, na teoria da aprendizagem social “não é visto como um agente psíquico que controla o comportamento, mas sim, como uma estrutura cognitiva que proporciona mecanismos de referência, e um conjunto de subfunções para a percepção, avaliação e regulação do comportamento” (Bandura, 2008a, s.p.).

Com vista a compreender o significado e o funcionamento do sistema de crenças, Albert Bandura iniciou uma série de pesquisas, onde abordou os principais aspetos da autoeficácia percebida, as suas origens, estruturas, funções, efeitos, e modos de influência na sua criação e fortalecimento para a mudança, tanto pessoal como social, em campos como a educação, promoção da saúde e prevenção da doença, desporto, organizações e sistemas sociais e políticos. (Bandura, 1995; 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996).

Como refere Pajares (2002):

...muita evidência empírica suporta Bandura, quando, este refere que as crenças de autoeficácia influenciam vários aspetos da vida do indivíduo, tanto quando pensam produtivamente, auto debilitantemente, pessimista ou otimistamente; “quanto bem” se motivam a si próprios e perseveram face à diversidade, à sua vulnerabilidade ao stresse e depressão e, às escolhas de vida que fazem (p. 4).

A autoeficácia representa, então, o julgamento das pessoas acerca das suas capacidades. A sua definição, de acordo com Pintrich e Schunk (1996) inclui elaborar e realizar trajetos de atuação, que representam a visão mais específica e situacional da teoria da competência, percebida quanto à inclusão das ações comportamentais ou habilidades cognitivas que são necessárias para a realização competente. O conceito de autoeficácia refere-se ao julgamento que um indivíduo faz acerca da sua capacidade para mobilizar conhecimentos, motivações e comportamentos necessários à execução de uma tarefa específica, num determinado contexto (Bandura, 1977; 1981; 1986; 1997). Trata-se de uma avaliação ou percepção pessoal quanto à própria inteligência, habilidade e conhecimento, representados pelo termo capacidade.

Bandura (2008) clarifica a diferença entre os conceitos habilidade e capacidade: Habilidade vem do latim “*habilitate*”, é a qualidade de ser capaz, refere-se à competência do fazer, habilidade e proficiência que já foi adquirida, é o que conseguimos fazer no presente (o “*atual*” nível de desenvolvimento). Autoeficácia

para a habilidade chama-se “*autoeficácia para a ação*”, que é a confiança de que conseguimos executar, já (no imediato), uma ação específica. Capacidade refere-se a uma qualidade ou faculdade capaz de desenvolvimento (de se desenvolver). Por outras palavras, a capacidade é orientada para o futuro, é aquilo que acreditamos conseguir fazer no futuro com instrução apropriada (o “*potencial*” nível de desenvolvimento). Autoeficácia para a capacidade é chamada *autocapacidade para aprendizagem*, a qual é a confiança de que conseguimos aprender a fazer uma determinada tarefa.

As crenças acerca destas capacidades e recursos pessoais constituem-se num produto da interação entre diversos fatores, como experiências anteriores de sucesso ou fracasso (Pereira & Almeida, 2004). Mas, não basta que as capacidades estejam presentes, a pessoa tem de acreditar que as possui e que, por isso, consegue concretizar determinada linha de ação.

A autoeficácia é específica de um determinado momento e situação para os quais o indivíduo avalia a condição e considera, de uma forma subjetiva, o grau de desempenho que pode alcançar naquele momento e naquela situação (Dobránszky & Machado, 2001). É formada por expectativas de autoeficácia e de resultados.

Expectativas de autoeficácia referem-se à convicção (crença) de que se pode executar o comportamento necessário para se atingir determinado resultado, ou seja, uma pessoa pode ter a crença de que determinado comportamento produz um certo resultado, mas não ter a crença de que é capaz de realizar ou manter esse comportamento. As expectativas de autoeficácia podem ser consideradas quanto à sua magnitude (nível da dificuldade da tarefa que a pessoa acredita ser capaz de executar) e quanto à sua força (se o juízo sobre a magnitude é forte, há perseverança nos esforços de *coping* apesar das experiências de insucesso, se é fraco o indivíduo facilmente se interroga face às dificuldades).

Quanto às expectativas de resultado, a teoria da eficácia sugere que formem um segundo constructo relacionado com o comportamento motivacional e afetivo, definindo-as como juízos ou crenças quanto à contingência entre o comportamento de uma pessoa e o resultado antecipado (Pintrich & Schunk, 1996). São a crença pessoal de que dado comportamento levará a determinado resultado, ou seja, alguém pode pensar ser capaz de executar e manter um certo comportamento, mas, não acreditar, que ele possa levar ao resultado desejado (Salvetti & Pimenta, 2007). Como Bandura (1986) descreveu, a crença que o indivíduo tem de que consegue efetuar um comportamento é um juízo de eficácia; o reconhecimento social e a autossatisfação resultantes são as expectativas de resultado.

As crenças de eficácia e as expectativas de resultado estão, habitualmente, positivamente correlacionadas. São o maior determinante para que um indivíduo tenha, ou não, um comportamento específico, influem na decisão de iniciar uma ação, e são, também, determinantes da quantidade de esforço e persistência que o mesmo dedicará a esse comportamento.

Bandura (1982, cit. por Pintrich & Schunk, 1996) sugeriu que se compararmos alta/baixa eficácia com alta/baixa expectativa de resultado, a informação obtida fornece alguma informação sobre o comportamento e sua influência. Os comportamentos esperados e as reações afetivas dos indivíduos (aplicados a todos os aspectos da vida) variam conforme as crenças de eficácia e as expectativas de resultado. É melhor ter alta autoeficácia e altas expectativas de resultado pois, assim, as pessoas que apresentam certeza e segurança no seu desempenho terão maiores níveis de esforço e perseverança e altos níveis de compromisso cognitivo (tabela 1).

Tabela 1: Reações comportamentais e afetivas em função dos diferentes níveis de autoeficácia e expectativas de resultado

		Expectativas de resultado	
Autoeficácia	Baixas expectativas de resultado	Altas expectativas de resultado	
Alta autoeficácia	Ativismo social Protesto Acusação/ofensa Mudança de ambiente	Segurança, ação oportuna Alto compromisso cognitivo	
Baixa autoeficácia	Resignação Apatia Retirada	Autodesvalorização Depressão	

Fonte: Pintrich e Schunk (1996, p. 91)

Pintrich e De Groot (1990, cit. por Bzuneck, 2001), depois de constatarem que as crenças de autoeficácia se correlacionam com o uso de estratégias e de autorregulação, concluíram que implementar tais crenças pode conduzir a um aumento do uso dessas estratégias que, por sua vez, terão reflexos positivos no desempenho final. Mas, essas tarefas ou metas só terão efeito motivacional se possuírem três características, nomeadamente: serem próximas (tarefas que possam ser cumpridas num curto espaço de tempo, que têm o seu fim à vista); específicas (precisas, bem delimitadas nos seus detalhes de cumprimento, não podendo ser

genéricas ou vagas, do tipo: “faça o melhor que puder”) e de nível de dificuldade adequado.

Apesar do objetivo para a realização da tarefa poder ser determinado pelo indivíduo, ou pelas condições da tarefa e do ambiente (ou sua interação), os juízos de eficácia devem estar, sempre, de acordo com esse objetivo. Uma das implicações da inclusão de um objetivo específico é que os juízos de autoeficácia para tarefas muito semelhantes podem variar em função de diferenças intraindividuais ou ambientais (Boruchovitch & Bzuneck, 2004).

As crenças de autoeficácia podem aumentar a realização (mais predizível pelas crenças de autoeficácia, do que pelas anteriores aquisições, conhecimentos e habilidades) e o bem-estar dos indivíduos, de várias formas:

- primeiro, os indivíduos tendem a escolher tarefas e atividades em que se sintam competentes e confiantes, evitando aquelas em que não se sentem dessa forma, pois, antes de agir, consideram em pensamento, simultaneamente, as próprias potencialidades, o objetivo de atender às exigências da situação proposta e as ações que conduzam a esse objetivo (Pereira & Almeida, 2004);

- segundo, ajudam a determinar a quantidade de esforço, perseverança e resiliência que a pessoa vai despende em determinada atividade. Quanto mais alto o sentido de eficácia, maior o esforço, persistência e resiliência;

- terceiro, influenciam os padrões de pensamento e as reações emocionais do indivíduo. Alta eficácia cria sentimentos de serenidade na aproximação a atividades e tarefas difíceis. Baixa eficácia pode criar ansiedade, stresse, depressão e uma visão limitada sobre a melhor forma de resolver um problema.

Um melhor nível de desempenho e de expectativas de autoeficácia acontece quando se aceita que os sujeitos escolham as suas metas, pois, dessa forma, eles assumem para com elas um compromisso, passando a considerarem-se responsáveis pelos progressos relativos à sua persecução (Bandura, 1997).

As experiências de sucesso ou insucesso que os indivíduos vão tendo ao longo da vida e os juízos que efetuam acerca das suas capacidades e conhecimentos, são fatores críticos nas suas escolhas, pois, influenciam a tomada de decisão.

Os tipos de informação a que as pessoas estão atentas, que usam para efetuar julgamentos eficazes e as regras que empregam para os pesar e interpretar, formam a base para essas interpretações. Assim, a escolha, inclusão, interpretação e recoleção da informação, influencia os julgamentos de autoeficácia (Pajares, 2002).

É em função dos juízos de autoeficácia que a pessoa tem incentivo para agir e imprimir uma determinada direção às suas ações, pelo facto, de antecipar mentalmente o que pode realizar para obter resultados, pelo que, estes determinam o nível de motivação do indivíduo. Os juízos de autoeficácia têm, também, um papel intermediário no comportamento humano, atuando como mediadores entre as capacidades reais, que são os conhecimentos, as habilidades e as capacidades, e a realização. Isto é, estes fatores que, também contribuem para prever o desempenho, a menos que ocorra a mediação das crenças de autoeficácia, não produzirão as consequências previstas.

Embora as crenças de autoeficácia exerçam uma influência poderosa no comportamento humano, há vários fatores que podem afetar a força dessa relação. Por exemplo, o indivíduo pode escolher não se comportar de acordo com as suas crenças e capacidades, porque lhe falta incentivo, recursos ou percursos de ação, que podem revelar-se como constrangimentos e desincentivos ao desempenho. Neste caso, a eficácia falha no seu prognóstico (Bandura, 1989; 1993).

Segundo Pajares (2002), o tempo e as múltiplas experiências (muito resistentes e predizíveis) originam fortes crenças de autoeficácia. As fracas crenças de autoeficácia exigem reapreciações constantes para servirem como preditores. Para que os juízos de autoeficácia sirvam como reguladores e de prognóstico de um determinado comportamento, os objetivos das funções a executar e os níveis requeridos para a sua execução com sucesso, têm que ser avaliados cuidadosamente, pois, têm um papel importante, na predição do desempenho. Quando são entendidos com ambiguidade e pouco claramente (relativamente ao esforço que o indivíduo tem de despender, por quanto tempo o tem de efetuar e a forma como deve corrigir maus passos e maus julgamentos) levam a que o sentido de eficácia tenha pouco uso como preditor dos resultados comportamentais.

No processo contínuo de autoapreciação da eficácia os erros de julgamento efetuados pelos indivíduos, que tendem a subestimar ou sobrestimar as suas capacidades, têm consequências importantes, pois, um julgamento falso acerca das suas capacidades pode enviesar a relação entre os juízos de eficácia e o comportamento seguinte.

As pessoas podem fazer juízos de eficácia errados, se as suas capacidades não estiverem de acordo, com a natureza específica das capacidades necessárias a um determinado comportamento. Segundo Bandura (1986) “as medidas de autoperceção têm que ser à medida do domínio da função psicológica que está a ser explorada” (p. 396). Funções entendidas como mais exigentes ou complicadas do

que realmente são, levam a juízos de autoeficácia desajustados, pelo contrário, as que são entendidas como mais fáceis, podem originar excesso de confiança.

As percepções de autoeficácia ajudam a determinar o que é que os indivíduos fazem com os conhecimentos e habilidades que têm. Isto é, ajudam a explicar porque é que os comportamentos de uma pessoa às vezes estão desajustados das suas atuais capacidades e porque é que o seu comportamento pode diferir do de outros, mesmo quando têm capacidades e conhecimentos idênticos. Quando a percepção de autoeficácia é alta, os indivíduos desempenharão tarefas que potenciam o desenvolvimento das suas habilidades e capacidades; quando é baixa, não se ocuparão de novas tarefas, o que não os ajuda a adquirir novas capacidades, limitando o seu potencial de aprendizagem e desenvolvimento. Além do mais, evitando essas tarefas, não receberão nenhum *feedback* corretivo para contrariar a sua percepção negativa de autoeficácia.

1.3.2. Determinantes de autoeficácia

Os indivíduos formam as suas crenças de autoeficácia pela interpretação da informação que obtêm. Bandura propõe que existam, pelo menos, quatro determinantes possíveis para a autoeficácia: experiências pessoais de sucesso, observação do desempenho dos outros (aprendizagens vicariantes), persuasão verbal e percepção dos estados somáticas e emocionais (Bandura, 1977; 1981; 1986; 1997; Bzuneck, 2001; Pajares, 2002; Pereira & Almeida, 2004; Baptista, Santos, & Dias, 2006; Zinken, Cradock & Skinner, 2008).

Estes determinantes podem atuar de forma independente ou combinada e a informação assim adquirida não influencia a autoeficácia de modo automático, mas através de um processamento cognitivo pelo qual o sujeito considera, por um lado, as suas apacidades percebidas e experiências passadas e, por outro lado, os diversos componentes da situação tais como a dificuldade da função, o seu grau de exigência e a possível ajuda que possa receber. Os indivíduos interpretam os resultados dos acontecimentos e estas interpretações providenciam a informação na qual os julgamentos são baseados resultando num julgamento, positivo ou negativo, das suas capacidades de controlar a situação. Por isso, de acordo com Bzuneck (2001):

...a crença de autoeficácia é uma inferência pessoal ou um pensamento, que assume no final a forma de uma frase ou proposição mental, como

resultado de um processamento dessas informações, isto é, de uma ponderação de diversos fatores pessoais e ambientais. (p. 8).

Experiências pessoais de sucesso

O determinante com mais influência na aquisição da autoeficácia é a interpretação dos resultados de comportamentos anteriores, as denominadas experiências dominantes ou experiências anteriores de sucesso. São o maior contributo individual para aumentar a confiança, pois fornecem a informação mais forte para realçar crenças de eficácia, fornecem informação direta sobre a realização e levam à formação de juízos de eficácia mais exatos.

As realizações pessoais, por se basearem em experiências inerentes ao indivíduo, são fontes de informação importantes para a expectativa de eficácia. De acordo com Salvetti e Pimenta (2007):

Pessoas que têm a certeza das suas capacidades percebem melhor os fatores situacionais, o esforço insuficiente e as estratégias erradas como as causas do fracasso. Os ganhos em autoeficácia tendem a se generalizar para outras situações, nas quais o desempenho estava prejudicado por percepção de inadequação. (p.137-138).

As experiências de êxito são as mais influentes, pois o indivíduo que experimenta sucessos consecutivos na realização de determinada tarefa, torna-se confiante no desempenho dessa tarefa específica (Bandura, 1977; 1997).

Os indivíduos iniciam tarefas e atividades, interpretam os resultados das suas ações, e usam as interpretações para desenvolver crenças acerca das suas capacidades de executar tarefas e atividades subsequentes e agir em conformidade com as crenças criadas. Resultados interpretados como bem-sucedidos aumentam a autoeficácia, ao contrário, os avaliados como falhas baixam-na. Êxitos continuados, em tarefas análogas, facultam ao indivíduo informação de que poderá iniciar uma nova tarefa, pois tem capacidade para a executar com êxito e, vice-versa, fracassos repetidos dão origem a uma crença mais pobre de autoeficácia. Fracassos ocasionais após uma série de sucessos têm pouco impacto sobre as crenças positivas de autoeficácia, enquanto um único êxito numa série de insucessos, presumivelmente, pouco influenciará o aumento dessas crenças (Schunk, 1989).

As pessoas que têm um baixo sentido de autoeficácia, muitas vezes não valorizam os seus sucessos, e mesmo após terem conseguido atingir o sucesso através de esforços persistentes, algumas continuam a duvidar da sua eficácia para pôr em prática um esforço similar.

Observação do desempenho dos outros (aprendizagem vicariante)

Como se referiu, a autoeficácia pode, também, ser influenciada pela observação do desempenho de outras pessoas. É a experiência indireta resultante da observação de um modelo. Esta fonte de informação é mais fraca que as experiências individuais de sucesso para ajudar a criar as crenças de autoeficácia, mas, quando as pessoas têm pouca certeza das suas capacidades ou pouca experiência anterior, pode produzir mudanças importantes e duradouras no seu comportamento, sendo o efeito de modelagem particularmente relevante neste contexto.

Enquanto as experiências de sucesso se relacionam com o ganho de crenças de autoeficácia através da experiência individual, o papel da modelação dá a oportunidade ao indivíduo de adquirir crenças de autoeficácia através da observação de outros bem-sucedidos. E, mesmo em indivíduos experientes e autoeficazes, a modelação aumenta ainda mais a sua eficácia se os modelos lhes ensinarem melhores formas de fazer as coisas.

A aprendizagem vicariante é particularmente poderosa quando os observadores observam semelhanças em alguns atributos e, então, assumem que o modelo é diagnóstico da sua própria capacidade. Ver as pessoas desempenhando atividades sem consequências adversas pode gerar, no observador, a expectativa de que ele também é capaz de as realizar, dando-lhe oportunidade de crer nas suas próprias capacidades (se ele consegue fazer eu também consigo), o que o ajuda a formar as crenças de autoeficácia. Reciprocamente observar modelos, com atributos idênticos, que falham pode minar as crenças do observador acerca das suas capacidades para ser bem-sucedido (Bandura, 1977; 1997).

O que torna um modelo influente são certas características pessoais, entre as quais a de similaridade percebida. Quando o observador percebe que os atributos dos modelos são muito divergentes dos seus, a influência da aprendizagem vicariante é altamente minimizada. Os indivíduos procuram modelos que possuam qualidades que admiram e capacidades que aspiram ter. Um modelo significativo na sua vida pode ajudar a induzir autocrenças que influenciam o curso e a direção que a vida irá tomar.

Contudo, todas as formas de observação de modelos que apresentem êxito apenas têm efeito temporário, deixando de incrementar as crenças de autoeficácia caso, a seguir, não ocorram comprovações reais de êxito. Logo, as aprendizagens vicariantes representam uma força, apenas, relativa de influência sobre a autoeficácia, porque podem ser anuladas por experiências reais de fracasso.

Persuasão verbal

A persuasão verbal é outra fonte de autoeficácia. Consiste num encorajamento verbal dado por sujeitos credíveis (dignos de confiança) e peritos. É uma estratégia muito utilizada, pois é simples e está sempre disponível. Está fundamentada, não na ação, mas na avaliação efetuada pelos outros, tendo os persuasores um papel importante no desenvolvimento das autocrenças do indivíduo.

Embora a persuasão verbal seja uma fonte mais fraca para o incremento da autoeficácia, pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente se o reforço é dado dentro dos limites reais e se organiza a experiência de modo a que a pessoa possa ter sucesso.

Através da persuasão positiva as pessoas podem sentir-se encorajadas e estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como sendo superiores às suas capacidades. Pelo contrário, a negativa pode agir para derrotar e enfraquecer as crenças de autoeficácia. De facto, é mais fácil enfraquecer as crenças de autoeficácia através de avaliações negativas do que fortificá-las através do encorajamento positivo.

Os indivíduos também criam e desenvolvem crenças de autoeficácia como resultado da persuasão social que é empregue na tentativa de convencer as pessoas de que possuem as capacidades necessárias para alcançar o que procuram. Envolve exposição aos julgamentos verbais que os outros efetuam.

Persuasores efetivos desenvolvem as crenças dos outros nas suas capacidades e concomitantemente asseguram que o sucesso pretendido se pode conseguir.

Perceção dos estados somáticos e emocionais

A perceção dos estados somáticos e emocionais também pode afetar a autoeficácia pois a ansiedade, o stresse, o medo, a motivação e o estado de espírito frente a certas tarefas, podem levar o indivíduo a inferir que se sente assim porque

não é capaz de as realizar, gerando uma influência negativa nas suas crenças de autoeficácia. Estas reações afetivas podem baixar a percepção de autoeficácia e desencadear stresse e agitação adicional, que ajudam a assegurar a execução inadequada da tarefa a empreender.

Os julgamentos de autoeficácia, a partir de estados somáticos e emocionais, não estão necessariamente ligados a um conjunto de tarefas (Pajares, 2002). Indivíduos deprimidos baixam a sua eficácia independentemente do conjunto de tarefas que têm que realizar. Mas, porque os indivíduos têm a capacidade de alterar os seus próprios pensamentos e sentimentos, aumentar as crenças de autoeficácia pode, por sua vez, influenciar o seu estado fisiológico e emocional.

Para melhorar a percepção de autoeficácia e o desempenho é preciso minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade e o medo, e melhorar o bem-estar físico, entre outros (Salvetti & Pimenta, 2007). As intervenções para aumentar a autoeficácia incluem o relaxamento e o proporcionar às pessoas habilidades para reduzir as reações fisiológicas adversas e para alterar as interpretações da informação somática (Baptista et al., 2006).

1.4. Autoeficácia e saúde

A relação entre saúde, doença e variáveis psicológicas é bidirecional, pois a saúde pode ser afetada por variáveis psicológicas e comportamentais, e os processos comportamentais e psicológicos, também, podem ser comprometidos pelas condições de saúde (Montgomery, 2004).

O conceito de autoeficácia tem provado ser um constructo versátil e heurístico, sendo estudado em contextos variados, inclusive em saúde. Abrange domínios como o controlo da dor, o consumo de tabaco, o comportamento sexual e a adoção de medidas de proteção face às infeções sexualmente transmissíveis, o comportamento e as perturbações alimentares, a reabilitação cardíaca ou a adesão a regimes médicos complexos (Zinken et al., 2008).

A autoeficácia tem sido descrita como uma variável importante para a adoção de um grande número de comportamentos relacionados com a saúde. Segundo vários autores (Schunk & Carbonari, 1984; O'Leary, 1985; 1992; Strecher, DeVellis, Becker, & Rosenstock, 1986; Wallston, 1992) é uma das variáveis mais promissoras que emergiu nos últimos anos quer no que diz respeito à promoção e proteção da saúde, quer na prevenção e tratamento da doença. Quando se tem como objetivo a

mudança de comportamentos, trabalhar a crença de autoeficácia é um dos propósitos mais comuns das intervenções dos profissionais de saúde, pois, é uma crença pessoal na capacidade de superar as adversidades (Zinken et al., 2008). A Teoria Cognitivo-Comportamental tem enfatizado a importância de os profissionais de saúde conhecerem e atuarem nos pensamentos, emoções, comportamentos e atitudes dos clientes, para que se possa contribuir para o controlo da dor, bem-estar e adaptação dos indivíduos (Zinken et al., 2008).

Esta crença envolve competências técnicas necessárias à execução de um comportamento, influencia-o através dos efeitos nas escolhas de procedimentos alternativos, do esforço despendido, da ativação face às condições e da persistência face às dificuldades.

A percepção de autoeficácia pode ter efeitos diversos no comportamento do indivíduo, nos seus padrões de pensamento, e nos aspetos emocionais. Pode afetar a saúde de duas formas diferentes: Através da execução de comportamentos que a influenciam, e através do impacto na resposta fisiológica de stresse, a qual, pode afetar uma vasta área de domínios da saúde, se ocorrer com muita frequência, intensamente ou por longos períodos de tempo (O'Leary, 1992).

A percepção de autoeficácia "...foi explorada como um factor de protecção da resposta fisiológica de stresse. Representa a 'avaliação secundária' no modelo transaccional de stresse de Lazarus, referindo-se à apreciação das competências pessoais para lidar com os agentes ameaçadores" (Pereira & Almeida, 2004, p. 587). Os indivíduos manifestam menor ansiedade e uma resposta fisiológica reduzida, quando creem possuir as capacidades apropriadas para enfrentar ou controlar um agente stressor.

Os comportamentos relativos à saúde e à doença variam na sua complexidade e no número de aptidões necessárias à sua execução. Quanto maior o nível de competências exigidas, tanto mais importantes serão as percepções de autoeficácia na determinação do resultado. Segundo a teoria da autoeficácia, estes comportamentos, são determinados pela expectativa de resultado e pela expectativa de eficácia. Quer uma, quer outra, têm influência na adoção de comportamentos saudáveis, na eliminação de hábitos de risco e no controlo da doença.

Para a opção de comportamentos saudáveis, em primeiro lugar, os sujeitos formam uma intenção e só posteriormente executam a ação. As expectativas de resultado, preditoras de comportamentos simples, são mais importantes para a formação da intenção do que para o controlo da ação, sendo a decisão de mudança comportamental encorajada pelas expectativas de resultado positivas (Pereira &

Almeida, 2004). Pelo contrário, as expectativas de autoeficácia parecem ser essenciais em ambos os momentos da autorregulação do comportamento relativo à saúde (Bzuneck, 2001).

Níveis diversos de autoeficácia podem promover ou limitar a motivação para agir levando a que o indivíduo tenha ou não comportamentos de procura de saúde. Quando se acredita que se pode agir para resolver um problema de saúde, haverá uma maior disposição para a ação e para se implicar numa decisão, sendo a mudança comportamental facilitada pelo sentido de controlo pessoal.

1.5. Autoeficácia e controlo no trabalho de parto

A teoria de autoeficácia é aplicável ao *coping* materno no trabalho de parto. Permite desenvolver investigação sobre a interpretação das mulheres nas causas de stresse do nascimento e sobre a sua perceção de como lidaram com o parto. Simkin (1991) e Stern (1997) reportam que o impacto da experiência de parto é, frequentemente vivido e poderoso, mesmo quinze a vinte anos após o parto, pois experiências de parto, positivas ou negativas, podem ter efeitos profundos na memória da mulher, o que vai influenciar posteriores experiências.

A confiança materna foi identificada como um componente importante no *coping* da dor de trabalho de parto (Lowe, 1989). A capacidade da mulher para gerir a dor de trabalho de parto é uma das primeiras áreas da experiência de parto que podem, positiva ou negativamente, influenciar a sua intuição sobre este. As expectativas da mulher num parto natural podem levar a uma sensação de falha se aceitar analgesia para a dor.

A experiência do parto é determinada pelo meio social e cultural em que a mulher se insere. A dor e a morte são dimensões socialmente reconhecidas como integrantes da experiência do parto. Figueiredo e col. (2002) referem que:

...o medo é a resposta que mais prevalece quando as mulheres são questionadas acerca da experiência de parto; este medo refere-se sobretudo à dor que podem vir a experimentar durante o parto, assim como ao bem-estar e sobrevivência da mãe e do bebé. (p. 210).

A dor é um dos fatores que mais negativamente interfere, na perceção da experiência de parto. Quando sentida durante o trabalho de parto e se de grande intensidade, leva a que a mulher fique menos disponível para se envolver

emocionalmente com o bebé, e pode coibir algumas mulheres de voltarem a engravidar, pois além de ser recordada frequentemente é sentida como uma experiência traumática (Niven, 1988). Entender a percepção da dor de trabalho de parto da mulher grávida pode ajudar os profissionais de saúde a prepará-la adequadamente para esse momento.

A autoestima materna e a percepção da experiência de parto podem, também, ser influenciadas pelo medo, fadiga e preocupação com a própria segurança e a do bebé (Stern, 1997). O domínio na experiência do parto pode ser conseguido através do conhecimento sobre o processo do parto, da habilidade para gerir as estratégias de *coping* de forma ativa, da influência nas decisões, pelo apoio social e pelo apoio dos profissionais de saúde.

Diversa pesquisa efetuada, associou o aumento da confiança materna com uma experiência de menos dor durante o trabalho de parto e parto (Crowe & Baeyer, 1989). A confiança e a autoeficácia são conceitos diferentes. Segundo Bandura (1997) a confiança é um termo anódino que se refere à força da crença de um sujeito, não especificando com certeza do que se trata. Autoeficácia percebida refere-se à crença na própria capacidade, crença que pode produzir um determinado nível de realização. A autoavaliação de eficácia inclui, por isso, tanto uma afirmação de nível de capacidade, como de força de uma crença. É, ao contrário da confiança, um constructo baseado numa teoria, que especifica os seus determinantes, mediando os processos e os seus múltiplos efeitos.

Manning e Wright (1983) estudaram o papel desempenhado pelas expetativas de autoeficácia no controlo persistente da dor de trabalho de parto livre de medicação e observaram o efeito de uma série de variáveis suscetíveis de interferir no controlo desta dor, tais como:

Variáveis de autoeficácia – expetativas de autoeficácia no controlo da dor; expetativas quanto ao resultado; importância do controlo da dor e de ter um trabalho de parto e parto sem analgésicos;

Variáveis individuais – locus de controlo e desejabilidade social;

Variáveis de preparação para o parto – treino do controlo da dor; experiência no controlo da dor;

Variáveis relativas ao parto – tempo de trabalho de parto; tipo de parto.

Verificaram que, as expetativas de autoeficácia, positivas quanto à importância de controlar a dor e quanto ao facto de o conseguir, predizem a persistência no controlo da mesma, sem recorrer a medicação, de uma forma melhor que outras variáveis preditivas, tais como, a importância para a mãe de um parto sem

medicação, o uso de medicação prévia ou o locus de controlo. Apuraram, ainda, que as expetativas de autoeficácia da mulher contribuem mais para explicar a persistência no controlo da dor do que as expetativas de resultado ou a importância do controlo da dor.

Lowe (1989; 1991) verificou que a confiança da mulher na sua capacidade para lidar com o parto é um preditor significativo da percepção da dor de trabalho de parto. Usou a análise de regressão para avaliar a capacidade de variáveis seleccionadas (incluindo fatores fisiológicos e psicológicos) para explicar a variância na experiência da dor, usando como instrumento de medida o McGill Pain Questionnaire. Descobriu que a confiança na capacidade para lidar com o parto contribuiu em 24 a 31% na variação efetiva da dor durante a fase ativa e de transição do trabalho de parto.

Em 1993, a mesma investigadora, desenvolveu o Childbirth Self-Efficacy Inventory para medir a confiança que a mulher tinha nas suas capacidades para lidar com o trabalho de parto, e usou o modelo de autoeficácia para distinguir entre dois tipos de expetativas para o parto:

Expetativas de autoeficácia – definem-se como a avaliação da mulher sobre a sua capacidade para ter um determinado comportamento (i.e, vou conseguir estar relaxada durante o trabalho de parto).

Expetativas de resultado – avaliação da mulher de que esse comportamento leva a um determinado resultado (i.e: relaxar durante o trabalho de parto leva a menos dor).

Propôs, ainda, quatro fatores principais como influenciadores da autoeficácia no trabalho de parto (Lowe, 1993):

- experiência anterior de trabalho de parto;
- aprendizagem vicariante a partir de outras pessoas e dos *mass media*;
- persuasão verbal de outros influentes;
- ansiedade e stresse.

Examinando os resultados das expetativas de autoeficácia numa amostra de 100 mulheres australianas, Drummond e Rickwood (1997) verificaram que só a experiência positiva e o conhecimento acerca do trabalho de parto podem predizer as expetativas de autoeficácia. Não encontraram relação entre a autoeficácia e os níveis de apoio social e de ansiedade percebidos pelas participantes.

As crenças são ideias pré-existentes, consideradas como verdades absolutas, acerca da realidade, e que formam a percepção de nós mesmos, dos outros e do ambiente. Influenciam a percepção, a expressão e o controlo da dor, se

verdadeiras ou falsas, adaptativas ou mal adaptativas, podem tornar-se a realidade que influencia o comportamento da mulher (Salveti & Pimenta, 2007). Crenças fortes na eficácia para exercer controlo sobre a própria condição física servem como prognóstico psicológico, indicador do nível pessoal de funcionamento na saúde. No entanto, a crença da mulher no resultado não leva necessariamente à execução da atividade requerida, saber que o relaxamento provoca menos dor não ajuda, a não ser que acredite que consegue relaxar quando estiver em trabalho de parto.

As sessões de preparação para o parto, componente importante da educação pré-natal (Manning & Wright, 1983; Slade, Escott, Spiby, Henderson, & Frase, 2000; Direção Geral da Saúde, 2001), devem incorporar a autoeficácia no seu curriculum por forma a encorajem as mulheres a serem participantes ativas no seu parto.

Vários estudos foram desenvolvidos desde os anos 80 (Manning & Wright, 1983; Crowe & Baeyer, 1989; Lowe, 1993; Dilks & Beal, 1997; Ip, Chan, & Chien, 2005), contudo em Portugal, não se encontraram estudos sobre a promoção da autoeficácia nas mulheres grávidas e sua eficácia no controlo da dor e na experiência e satisfação com o parto.

2. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A saúde além de ser um direito humano fundamental e social é, também, um processo de escolha individual. O que entendemos por saúde e o valor que lhe atribuímos leva a sociedade e o indivíduo a investirem na sua manutenção, através de ações de promoção e proteção, fundamentais para uma melhor qualidade da vida e para o desenvolvimento económico e social dos países.

2.1. Promoção da saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978) a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, considerando que, para que se possa atingir, é necessário existirem políticas de saúde que promovam ações que enfatizem o envolvimento dos estados e dos indivíduos. Recomenda que os cuidados de saúde primários sejam a componente chave na aquisição de “Saúde para todos” e que incorporem a educação como uma forma de promoção e proteção da saúde, da participação comunitária e da promoção da autoconfiança dos indivíduos.

Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que se realizou em Ottawa, em novembro de 1986, o conceito de promoção da saúde foi definido como:

... o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. (OMS, 1986, p.1),

sendo a saúde entendida como um meio para se obter melhores condições de vida e como um conceito positivo que salienta a importância do desenvolvimento das capacidades sociais e individuais no seu controlo. Na Carta de Ottawa (OMS, 1986) é reconhecida a importância da equidade em saúde e são delineados cinco espaços de atuação para promoção da saúde: construção de políticas públicas de saúde saudáveis, criação de ambientes favoráveis promotores de saúde, empoderamento

das comunidades, reforçando a sua ação, promoção da literacia em saúde por forma a desenvolver as competências pessoais, reorientação dos serviços de saúde e definição da ação para o futuro.

Em 1988, na cidade de Adelaide, na Austrália, realizou-se a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, subordinada ao tema - Políticas públicas saudáveis, dando prosseguimento às orientações acordadas nas conferências de Alma-Ata e de Ottawa. Nesta conferência foi enfatizada a equidade e a justiça social como condições essenciais na área da saúde, sendo referido que para o seu cumprimento é necessário implementar estratégias de negociação e mediação. Várias áreas de ação prioritária foram recomendadas dizendo uma delas respeito à mulher. Foi definido que os países deveriam desenvolver políticas centradas na saúde da mulher promovendo o seu acesso à informação, aos recursos financeiros e redes existentes, e permitindo a sua participação ativa na promoção da saúde. Uma das propostas centrou-se no desenvolvimento de práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres, e na criação de mecanismos de apoio às mulheres com crianças e dependentes a seu cargo (OMS, 1988).

A promoção da saúde e as atividades a si inerentes continuaram a ser discutidas ao longo dos anos em diversas conferências realizadas em Sundsvall, 1991, Jacarta, 1997, México, 2000, Bangkok, 2005, Nairobi, 2009 e Helsínquia, 2013. Foram consolidados os princípios fundamentais: a saúde é um direito fundamental e a equidade em saúde manifestação de justiça social.

Melhores condições de vida e um maior envolvimento dos indivíduos e dos grupos de uma comunidade na obtenção e manutenção da sua saúde são, então, objetivos da promoção da saúde. Desta forma, e de acordo com Santos, Barlem, Silva, Cestari e Lunardi (2008), o campo de atuação da promoção da saúde centra-se no “desenvolvimento de competências pessoais, como forma de fortalecimento comunitário, expondo a educação em saúde como um meio de melhorar a autoestima, aumentar os conhecimentos e ajudar os indivíduos e comunidades a serem responsáveis pelos seus comportamentos de procura de saúde” (p. 651).

Para atingir estes objetivos, com êxito, os enfermeiros podem adotar uma prática baseada em teorias ou modelos de promoção de saúde que ajudam a perceber os determinantes de saúde, promovem o conhecimento e orientam para uma ação eficiente de resposta às necessidades detetadas.

De entre os vários modelos de promoção de saúde existentes, considerámos que o Modelo de Promoção da Saúde (MPS), concebido por Nola Pender na década de 1980, se adaptava ao propósito deste estudo.

2.1.1. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

De acordo com Pender (2011) o MPS surgiu com o propósito de ajudar os enfermeiros a compreenderem que os determinantes do comportamento em saúde (que, de acordo com Gonzalez e Ribeiro (2004) podem ser definidos como qualquer conduta com potencial para influenciar negativa ou positivamente a saúde) devem ser a base para o aconselhamento em saúde, pois permitem a identificação dos fatores que influenciam esses comportamentos. O modelo assenta no princípio de que o indivíduo, de acordo com a sua natureza multidimensional, deve ser visto de forma holística, mas as partes podem ser estudadas no contexto do todo, considerando que os seres humanos interagem com o ambiente e mudam-no de acordo com as suas necessidades e objetivos.

O modelo tem como foco central oito crenças que se configuram como pontos críticos para a intervenção de enfermagem e assenta em duas bases teóricas: Na teoria da expectativa-valor, a qual presume que a pessoa inicia um comportamento quando percebe que metas passíveis de ser atingidas conduzem a resultados valorizados e quando as influências sociais consideram o comportamento adequado, e na teoria social cognitiva de Albert Bandura (1977) que designa a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento, sugerindo que as pessoas só modificam o seu comportamento quando alteram a sua forma de pensar (Pender, 2011). A autoeficácia é uma das crenças incluídas nesta teoria e um conceito central do modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002; 2011).

As teorias de enfermagem contribuem para o conhecimento da disciplina, definindo conceitos chave como enfermagem, pessoa, ambiente e saúde, considerados por Garcia e Nóbrega (2004,) como "... a matriz disciplinar da Enfermagem" (p. 231). Pender inclui estes conceitos no seu modelo considerando que enfermagem compreende a cooperação com os indivíduos, famílias e comunidade, de forma a produzir condições promotoras de um estado de saúde ótimo e um maior nível de bem-estar, relacionando-se com as intervenções e estratégias que a enfermeira usa para a promoção dos comportamentos de saúde.

Pessoa é definida por Pender (2011), como um "organismo biopsicossocial parcialmente moldado pelo ambiente, mas que também procura criar um ambiente em que o seu potencial humano, inerente e adquirido, pode ser totalmente expresso" (p. 3). É capaz de resolver problemas, tomar decisões e tem potencial para mudar comportamentos. Tem características individuais e experiências de vida que moldam os seus comportamentos, incluindo os comportamentos de saúde.

Quanto ao ambiente, é visto como o contexto social, cultural e físico, no qual o ciclo de vida da pessoa se desenrola. Deve ser compreendido como resultado das relações entre o indivíduo e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos. Pode ser manipulado pelo sujeito por forma a gerar contextos mais positivos e facilitadores dos comportamentos de saúde (Pender, 2011).

O termo saúde, segundo Pender (2011), quando relacionado com o indivíduo é definido como a

... atualização do potencial humano inerente e adquirido através de um comportamento dirigido ao objetivo, autocuidado competente e relacionamento satisfatório com os outros, enquanto ajustamentos são efetuados, conforme as necessidades, de forma a manter a integridade estrutural e harmonia com ambientes relevantes. (p. 3).

A saúde não é a ausência de doença, é um estado ativo positivo que todos pretendem atingir. Sob o aspeto individual, familiar e comunitário, pode ser vista como a melhoria do bem-estar, devendo ser estudada durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, numa perspetiva holística. A promoção da saúde deve, por isso, ser vocacionada para aumentar o nível de bem-estar da pessoa e da comunidade.

Nora Pender (2011) define, ainda, outro conceito chave no MPS, o de doença, considerando que esta é um evento discreto, que pode acontecer ao longo do ciclo de vida de forma aguda ou crónica. Este evento pode facilitar ou dificultar a procura de saúde.

O MPS apresenta como principais pressupostos:

- as pessoas tentam criar condições de vida mediante as quais podem expressar o seu potencial de saúde;
- as pessoas têm capacidade de realizar uma autoavaliação e de identificar os seus pontos fortes;
- as pessoas valorizam o crescimento que percecionam como positivo e tentam conseguir que haja um equilíbrio admissível entre mudança e estabilidade;
- as pessoas procuram regular o seu comportamento de forma ativa;
- as pessoas interagem com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo transformadas ao longo do tempo;

- os enfermeiros e os outros profissionais de saúde são componentes da comunidade e integram o ambiente interpessoal que influencia as pessoas ao longo da vida;

- as pessoas têm capacidade para mudar o seu comportamento se necessário, sendo para tal essencial iniciar novos padrões de interação pessoa-ambiente. (Pender et al., 2002; McEwen & Wills, 2011; Pender, 2011)

Após a sua criação em 1982, o MPS foi utilizado em diversa investigação, que levou a que em 1996 fosse revisto (Pender et al., 2002). Com o objetivo de influenciar o indivíduo e de o comprometer com os comportamentos de promoção de saúde através da motivação positiva, reorganizaram-se algumas variáveis e adicionaram-se três novas: Sentimentos sobre o comportamento, compromisso com um plano de ação e exigências imediatas, e preferências pessoais (Pender et al., 2002).

No desenvolvimento do modelo, e de acordo com Pender e col. (2011), surgem catorze teoremas, com o objetivo de se constituírem como uma base de trabalho para a investigação sobre os comportamentos de saúde:

- o comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, o afeto e a promulgação de condutas de promoção de saúde;

- as pessoas comprometem-se a adotar comportamentos a partir dos quais antecipam benefícios;

- as barreiras percebidas podem limitar um compromisso com a ação, a mediação do comportamento e o comportamento real;

- a competência percebida ou autoeficácia aumentam a probabilidade de compromisso com a ação e a execução do comportamento;

- maior perceção de autoeficácia resulta em menor perceção de barreiras ao comportamento de saúde;

- os efeitos positivos de um comportamento levam a uma maior perceção de autoeficácia;

- quando emoções e efeitos positivos se associam ao comportamento, aumentam as probabilidades de compromisso e de ação;

- os indivíduos comprometem-se e adotam comportamentos de promoção de saúde mais facilmente, quando estes são modelados por pessoas significativas, que esperam que o comportamento se realize e que oferecem ajuda e apoio na sua concretização;

- o compromisso e a ação numa conduta promotora de saúde podem ser aumentados ou reduzidos pela influência interpessoal de três fontes importantes, a família, os pares e os profissionais de saúde;

- no meio ambiente as influências situacionais podem fazer diminuir ou aumentar o compromisso e a ação de uma conduta promotora de saúde;
- quanto maior é o compromisso com um plano de ação, maior é a probabilidade que se mantenham os comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo;
- quando a pessoa é sujeita a exigências imediatas, nas quais tem pouco controlo, menos provável é que consiga concretizar com sucesso um plano de ação;
- quando surgem ações mais agradáveis e por isso mais preferidas que o comportamento de promoção de saúde, menor probabilidade há de o compromisso com o plano de ação resultar no comportamento desejado;
- para criar incentivos aos comportamentos de promoção de saúde, os sujeitos podem modificar conhecimentos, efeitos, influências interpessoais e situacionais.

O MPS está assente em três elementos principais representados graficamente na figura 2:

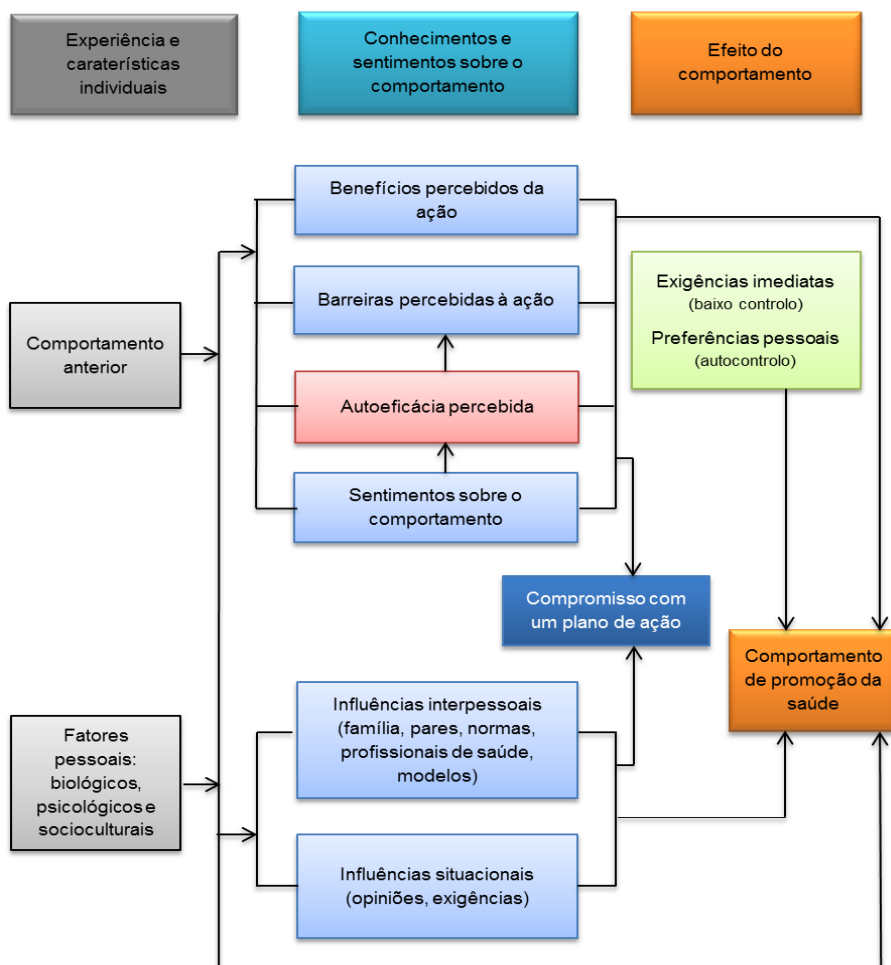


Figura 2: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Fonte: Adaptado de Victor, Lopes e Ximenes, 2005, p. 237

Experiência e características individuais – este elemento inclui duas variáveis: *comportamento anterior* - comportamentos idênticos ou parecidos ocorridos no passado, e *fatores pessoais* - características individuais que influenciam o comportamento de saúde. A influência nas crenças, no afeto e nos comportamentos de promoção da saúde que a experiência e o comportamento anteriores têm leva a que os sujeitos os utilizem para calcular a possibilidade de mudança em ações posteriores (Pender et al., 2002; McEwen & Wills, 2011). Pender e col. (2002) referem que se os enfermeiros focarem o seu plano de ação nos benefícios dos comportamentos promotores de saúde, ensinando estratégias para ultrapassar dificuldades e fornecendo reforço positivo, podem ajudar os utentes a encetarem e manterem esses comportamentos. O comportamento anterior é a variável de partida do modelo, pois influencia diretamente o comportamento de promoção de saúde (Victor et al., 2005).

Quanto aos fatores pessoais, são qualificados em biológicos, psicológicos e socioculturais e compreendem variáveis como idade, sexo, autoestima, auto motivação, estado de saúde percebido, raça, etnia, cultura, formação e nível socioeconómico, entre outros (Pender, 2011). Têm um papel importante na predição de comportamentos, na identificação de ações com necessidade de ajustamento, e em função da natureza do comportamento que se pretende ter são mais ou menos significativos (Pender et al., 2002; McEwen & Wills, 2011).

Conhecimento e sentimentos sobre o comportamento – são conceitos importantes e centrais ao modelo, são considerados por Pender (1996) como essenciais à motivação e passíveis de serem modificados pelas ações de enfermagem. O elemento compreende as seguintes variáveis: *Benefícios percebidos da ação* - interpretações mentais positivas, adquiridas após o comportamento de promoção de saúde e que fortalecem os efeitos de adotar o comportamento; *barreiras à ação percebidas* - percepções negativas sobre o comportamento, imaginárias ou reais, que por serem sentidas como dificuldades e custos pessoais, podem limitar o compromisso com a ação; *autoeficácia percebida* - julgamento sobre a capacidade pessoal de organizar e executar um determinado comportamento. Autoconfiança para a realização de um comportamento de saúde. Quanto mais elevada maior a probabilidade de comprometimento e de realização da ação, por menor percepção de barreiras percebida; *sentimentos sobre o comportamento* - mostram a reação emocional ao comportamento, ocorrem durante todo o processo e podem ser positivos ou negativos. Têm uma influência direta sobre a percepção de autoeficácia fazendo com que esta aumente, ou diminua, de acordo com o tipo de sentimento. Se

forem positivos, quando associados ao comportamento, aumentam a probabilidade de empenho na ação; influências interpessoais - incluem normas, apoio social e modelação (aprendizagem indireta mediante a observação dos outros). A família, os profissionais de saúde e a sociedade têm influência no aumento ou diminuição do compromisso e/ou envolvimento com o comportamento, pelo que podem ser considerados importantes fontes primárias na adoção de condutas promotoras de saúde por parte do indivíduo. Afetam direta e indiretamente os comportamentos adotados através da modelação e da pressão social; influências situacionais - tal como na situação anterior, podem facilitar ou impedir o comportamento de saúde através de influência direta ou indireta. Incluem as perceções acerca das opções disponíveis no ambiente, propriedades da procura e características do meio em que se vai desenrolar o comportamento promotor de saúde; compromisso com um plano de ação – refere-se às ações que o indivíduo executa para manter o comportamento de promoção de saúde previsto. A implementação do comportamento resulta da intenção de o realizar e da identificação da estratégia planeada para a sua execução com sucesso. Quanto maior é o compromisso com o plano de ação mais provável é que, ao longo do tempo, se mantenham as ações de promoção de saúde; exigências imediatas e preferências pessoais – Imediatamente antes da ocorrência intencional de um comportamento de saúde planeado, exigências imediatas e preferências pessoais podem imiscuir na consciência atitudes alternativas, que se configuram como possíveis cursos de ação (Pender, 2011). Exigências imediatas dizem respeito aos comportamentos que requerem mudanças imediatas e sobre os quais o indivíduo tem pouco controlo, devendo-se isso a situações como responsabilidade familiar e trabalho. Preferências pessoais exercem um elevado controlo sobre as ações que promovem a mudança de comportamento e os comportamentos de promoção da saúde. Segundo Victor e col. (2005) esta variável comporta dois tipos de forças, as obrigatórias e as potenciadoras.

Efeito do comportamento – refere-se ao êxito do comportamento de saúde que depende do envolvimento na ação. Inclui as ações planeadas que permitem à pessoa continuar a conduta de promoção de saúde. Calcula a probabilidade das ações planeadas e dos recursos disponíveis atingirem o objetivo. Os enfermeiros devem destacar o resultado do comportamento de promoção de saúde através de ações que têm como objetivo empoderar os indivíduos. Envolve uma única variável - Comportamento de promoção da saúde - que reflete o resultado da implementação do MPS. Refere-se, ainda, ao resultado da tomada de decisão em saúde e das ações

que decorreram dela (Pender et al. 2002; Victor et al., 2005; Sakraida, 2007; Nascimento, 2011; Pender, 2011).

Para os enfermeiros, a promoção da saúde é um dos focos principais da sua atividade. Através da educação para a saúde podem empoderar e inculcar responsabilidade para o autocuidado, conseguindo melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. O MPS configura-se como um modelo capaz de os ajudar a perceberem as causas com potencial para influenciar os comportamentos de saúde das pessoas e das comunidades.

2.2. O enfermeiro e a promoção e educação para a saúde

Os enfermeiros de saúde materna e obstétrica (ESMO) têm como responsabilidade agir como promotores e educadores para a saúde, sendo a importância do seu desempenho realçada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), tanto no REPE, art.º 5º, ponto 4, alínea c), onde refere que o enfermeiro de cuidados gerais deve “Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias” (OE, 2012, p.16), como no documento relativo ao perfil de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista que refere que estes têm como competência “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (OE, 2009, p. 31), devendo durante esse período informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis, preparar para o parto e parentalidade responsável, promover o plano de parto e aconselhar e apoiar a mulher na tomada de decisão.

Na promoção da saúde uma noção central a ter em conta é o empoderamento que, sendo um conceito multidimensional com origem nos termos “reforço do poder”, “transferência do poder” ou “capacitar” (Kameda & Shimada, 2008, p. 39), se foca no potencial que a pessoa tem para desenvolver capacidades de controlo e determinação através do desenvolvimento de competências, da autoestima e da autoeficácia (Pereira, Fernandes, Tavares, & Fernandes, 2011). Estar empoderado significa possuir a força necessária para tomar decisões e, em saúde, refere-se à responsabilidade individual e autonomia na manutenção do estado de saúde (Kameda & Shimada, 2008). O empoderamento proporciona ao indivíduo e comunidade a oportunidade de encetarem ações promotoras de comportamentos de promoção de saúde, e envolve um processo de educação e cooperação entre os

intervenientes, neste caso, indivíduo/comunidade e profissionais de saúde (Leal, 2006).

Segundo Tones e Tilford (2001) o empoderamento individual é

...um estado relativo à posse de um elevado nível de poder, capacidade para realizar escolhas. Está associado a crenças sobre a causalidade e a natureza do controlo promotor de saúde, com o grau real de autoestima e com o conjunto de habilidades que contribuem para o exercício do poder sobre a vida e a saúde (p. 40).

Na gravidez, o conceito de empoderamento significa sentimentos de realização pessoal e de autonomia que, segundo Kameda e Shimada (2008), são adquiridos através de interações pessoais e situacionais, as quais resultam no aumento da energia necessária ao sucesso da gravidez e do parto. A autoeficácia é, aqui, um conceito importante, pois uma grávida com alta autoeficácia consegue, não só gerir a sua gravidez, como também, tornar-se uma participante ativa no seu parto, podendo obter, assim, melhor experiência e satisfação com todo o processo (Kameda & Shimada, 2008).

A educação permite o aumento das capacidades da pessoa, é um processo que envolvendo a história de vida do indivíduo, as crenças, os valores e a relação com o ambiente, possibilita a aprendizagem (Carvalho & Carvalho, 2006). A educação para a saúde pode ser definida, segundo Tones e Tilford (2001),

... como qualquer atividade intencional relacionada com a aprendizagem sobre saúde e doença e desenhada com o objetivo de promover mudanças nas capacidades dos indivíduos. Para ser efetiva deve produzir mudanças no conhecimento e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, levar a mudanças de crenças e atitudes, facilitar a aquisição de competências e levar a mudanças de comportamento e estilos de vida. (p. 30).

É um processo contínuo, dirigido às várias dimensões do indivíduo, que deve integrar a pessoa/comunidade no planeamento e na ação em saúde, para que possam assumir a sua responsabilidade e autonomia.

Pode ser caracterizada como uma forma de comunicação, pois assume que “a pessoa tem direito ao conhecimento e que o conhecimento é poder”, e de ensino

dado ser uma atividade planejada e centrada na obtenção intencional de resultados específicos (Tones & Tilford, 2001, p. 30).

A educação para a saúde é uma componente essencial e importante da promoção para a saúde e constitui uma das suas ferramentas mais eficaz. Tem como objetivos capacitar a pessoa/comunidade para se tornarem responsáveis pela sua vida e saúde, ajudar os indivíduos a identificarem os seus problemas e necessidades em saúde e a perceberem como os podem resolver, através da identificação dos recursos disponíveis e do planeamento e execução de ações adequadas à concretização, com sucesso, de comportamentos de saúde. Para isso, deve possuir uma visão holística, que permita aos intervenientes desenvolver processos internos que, com respeito pelo seu estilo de vida e crenças, possibilitem a adoção de comportamentos de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

Configura-se como um instrumento útil na preparação da mulher/casal para a tomada de decisão e participação ativa no trabalho de parto e parto. Como a mulher/casal necessitam de conhecimento para a tomada de decisão, o enfermeiro de saúde materna e obstétrica deve gerar e utilizar as oportunidades de contacto com a pessoa/comunidade para transmitir esses conhecimentos. Isto exige dinâmica de trabalho, pois educar as pessoas para a saúde é criar situações que permitam a sua transformação, através do aumento do conhecimento e da mudança dos comportamentos de saúde. É, por isso, importante a relação que se estabelece entre os vários intervenientes, pois dela depende o sucesso do programa planeado.

2.3. A preparação para o parto como forma de educação para a saúde

A gravidez e o parto são eventos marcantes na vida das mulheres e das suas famílias (Domingues, Santos, & Leal, 2004). São períodos que geram transições desenvolvimentais e mudanças significativas, que podem alterar o equilíbrio emocional da mulher, originando estados de tensão, ansiedade ou medo. A gravidez é um processo que apesar de ser fisiológico e normal, é gerador de profundas mudanças ao nível físico, emocional, familiar e social, que motiva na mulher/casal um forte desejo de aprender, e o parto gera sentimentos de ambivalência porque, por um lado permite ver o bebé querido, por outro é percecionado como um risco para a saúde, sendo por isso uma experiência geradora de stresse (Ip et al., 2005).

A institucionalização do parto expôs as mulheres a um modelo de intervenção biomédico, centrado em procedimentos invasivos que levaram à perda de autonomia e participação no processo (Schmalfuss, Oliveira, Bonilha, & Pedro, 2010). Com vista a contrariar estes resultados, considera-se ser necessária a promoção da participação ativa da mulher/casal no trabalho de parto e parto.

A preparação para o parto é uma componente da educação para a saúde, considerada como fonte importante de educação pré-natal (Manning & Wright, 1983; Slade et al., 2000; DGS, 2001). Pode ser definida como um "...programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação activa no processo do parto." (Ankrett, 1992 cit. por Couto 2003, p. 66), ou como "Oferecer informação e apoio para facilitar o nascimento de filho e intensificar a capacidade da pessoa para desenvolver e desempenhar o papel de pai/mãe" (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010, p. 538). Neste âmbito, dotar a grávida/casal de conhecimentos e capacidades que a/os ajudem a tomar decisões adequadas à promoção dos seus potenciais de saúde é um dos objetivos dos enfermeiros de saúde materna e obstétrica. No sentido da sua concretização, planeiam e implementam intervenções que permitem tornar a grávida/casal mais conscientes, autónomos e capazes de tomar decisões, pelo que necessitam reconhecer as suas competências e ter capacidade de negociação, de comunicação e mente aberta.

No planeamento de ações de educação para a saúde é necessário ter em conta o contexto cultural, social, económico e ambiental da grávida/família, avaliar o seu nível de conhecimento sobre o processo de parto e perceber quais as suas necessidades e crenças. Na realização da intervenção deve: ser utilizada linguagem clara, objetiva e adequada, estabelecer-se uma relação de ajuda, pois a ligação com a grávida/família é uma componente que pode ser inibidora ou facilitadora do empoderamento (Aston, Saulnier, & Robb, 2010), criar-se interesse e clarificar as escolhas disponíveis e, por fim, avaliarem-se os resultados obtidos, reformulando as ações se necessário (Tones & Tilford, 2001; Carvalho & Carvalho, 2006).

O ESMO responsável pelas sessões de preparação para o parto precisa estar habilitado para trabalhar com adultos, ter conhecimentos sobre estilos de aprendizagem e dinâmica de grupos adequados aos vários níveis de literacia, ter experiência de trabalho com grávidas e conhecimento prático do processo de parto, pois é parte intrínseca do seu papel oferecer uma preparação de qualidade.

3. A PREPARAÇÃO PARA O PARTO

A maternidade e o nascimento de uma criança, como já mencionado, são acontecimentos únicos, pelo que, podem ser acompanhados de ansiedade, dúvidas e medo. A ansiedade, o medo e a dor, baseados em tradições orais e escritas, tornaram urgente a necessidade de desmistificação de preconceitos e de valores negativos (Couto, 2006).

A mulher tem direito a experienciar o trabalho de parto¹ de acordo com as suas crenças e valores. A experiência que espera vir a ter durante o parto, é influenciada por um conjunto de fatores que têm a ver com dimensões de cariz individual e familiar, relacionados com a experiência anterior ou com a experiência de pessoas que lhe são próximas, e com as normas vigentes na cultura e sociedade em que está integrada (Pacheco, Costa, & Figueiredo, 2009).

O trabalho de parto realizou-se em casa durante séculos. O conhecimento sobre este evento tão importante para a mulher e família, passava de geração em geração, e a mulher, em conjunto com os seus familiares, planeava o parto, decidia quem queria que estivesse presente, decorava o ambiente de acordo com as suas crenças e valores e, com o apoio de todos, confiava em si e permitia-se ter as reações que o seu corpo lhe pedia. Num ambiente familiar, entre mulheres que proporcionavam apoio, conforto e confiança (familiares, amigas e parteiras ou curiosas), a parturiente sentia-se segura e acompanhada, e o parto era entendido como um evento natural.

No entanto, uma alta taxa de morbilidade e mortalidade materna e infantil, consequência de condições de vida precárias, más condições de saneamento e de higiene, má alimentação e dificuldade no acesso a cuidados de saúde adequados, justificou a transferência do parto para o ambiente hospitalar passando os médicos a encarregar-se deste evento que até ao momento era da única responsabilidade das mulheres. O parto passou, assim, a ser visto como uma doença e não como um processo normal e fisiológico.

O trabalho de parto passou a acontecer num local anónimo, solitário, desconfortável, assustador e subjogador da vontade da mulher, dado ela ter de parir fora do seu ambiente, de acordo com as regras da instituição e não como o corpo lhe pedia. Esta mudança de ambiente fez com que a mulher passasse a ter medo, facto que se refletiu numa desadequada resposta física e psicológica ao parto.

¹ Trabalho de parto – definido na CIPE @Versão 2 (ICN, 2011) como: “Processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo uterino até à expulsão da placenta.” (p. 104)

3.1. Métodos de preparação para o parto

Quando o parto passou a ser efetuado nos hospitais, em ambientes estéreis, frios, autoritários, com um número enorme de intervenções de rotina e onde a mulher passa a ter um papel secundário, passivo, repleto de medo, ansiedade e dor, surge a necessidade da preparação para o parto.

Dick-Read, obstetra inglês, ao verificar que as mulheres que pariam no hospital se sentiam sós, tensas e com medo, o que as levava a parir com mais dificuldade, numa tentativa de lhes reduzir a percepção de dor de trabalho de parto, começou a informá-las acerca do que lhes iria acontecer e de que forma poderiam colaborar ativamente no nascimento do seu filho (Couto, 2006). Focando a sua atenção na forma como a dor de trabalho de parto era afetada pela tensão muscular desencadeada pelo medo, elaborou a teoria de parto sem dor por ausência do medo, a qual expôs em 1933 no seu livro *“Birth without fear”* (Bergstrom, Richards, Proctor, Morse, & Roberts, 2009). O seu método orienta sobre a fisiologia do parto, os exercícios para a musculatura do períneo e do abdómen e as técnicas de relaxamento. Tem como premissa que informando a mulher sobre o que vai acontecer durante o trabalho de parto, esta vai ter menos medo e ficar menos tensa, logo, terá menor percepção de dor (Bergstrom et al., 2009). Dick-Read procurou, ainda, ensinar as mulheres grávidas a colaborarem de forma ativa no trabalho de parto (Couto, 2006). Este obstetra é considerado um dos pilares da preparação para o parto (PPP) tendo o seu método constituído o ponto de partida para alguns dos modelos que existem atualmente (Walker, Visger, & Rossie, 2009). Um deles foi implementado pela International Childbirth Educators Association (ICEA), organização profissional criada em 1960², após a visita do Dr. Dick-Read aos Estados Unidos da América, em 1940, ter suscitado interesse na formação de grupos de preparação para um parto consciente e ativo.

A ICEA promove a livre tomada de decisão assente no conhecimento das diferentes alternativas que existem para a concretização do parto. Tem como filosofia que “o nascimento de um bebé representa o nascimento de uma família” (ICEA, 2013, s.p.), pelo que, os cuidados na maternidade, centrados na família, são o seu principal objetivo e a base da sua filosofia. Considera que o cuidado centrado na família é uma atitude que reconhece um evento vital, valoriza a importância desse evento para a

² ICEA - organização que apoia os profissionais de saúde e os educadores pré-natais através da promoção de programas de educação e formação contínua, facultando recursos educacionais e programas de certificação profissional.

mulher e família respeitando a sua individualidade e autonomia, percebe que a tomada de decisão da mulher é influenciada por muitos fatores, obriga que seja disponibilizada à grávida toda a informação necessária à concretização dos seus objetivos e à partilha da responsabilidade dos cuidados.

Em 1951, Fernand Lamaze, médico obstetra francês, influenciado pelos estudos de Pavlov, sobre reflexos condicionados, desenvolveu o método Lamaze, que consistia no ensino e treino de técnicas respiratórias e de relaxamento com o objetivo de criar uma resposta condicionada às contrações uterinas do trabalho de parto, interferindo, assim, com a transmissão de sinais de dor do útero até ao cérebro (Bergstrom et al., 2009), ajudando as mulheres a controlarem a dor de trabalho de parto (Lothian & De Vries, 2005). Lamaze tinha como objetivo introduzir a crença de que uma preparação para o parto adequada levaria a uma diminuição da percepção da dor de trabalho de parto. Defendeu, ainda, que o apoio emocional contínuo do progenitor era importante, incluindo o seu envolvimento no nascimento, pelo que era instruído para ser o treinador da mulher durante o trabalho de parto, incentivando-a e ajudando-a a manter-se relaxada e a respirar corretamente durante as contrações uterinas. O apoio dado por uma enfermeira especialmente treinada, também era preconizado por este método que se espalhou rapidamente pela Europa e pelos Estados Unidos, rotulado de *Parto sem Dor* e utilizando o termo “psicoprofilaxia” como seu descritor (Walsh, 2012).

Em 1960, Elisabeth Bing e Marjorie Karmel criaram a ASPO/Lamaze (atual Lamaze Internacional), organização sem fins lucrativos composta por pais, educadores e profissionais de saúde (Lamaze Internacional, 2013), que desenvolveu e promoveu o método nos Estados Unidos da América. No entanto, apesar de existirem estudos que revelam que as grávidas que frequentaram aulas de preparação para o parto, segundo o método Lamaze, tinham partos mais rápidos, apresentavam mais energia, menos dor, medo, cansaço e tristeza em geral (Morgado, Pacheco, Belém, & Nogueira, 2010), a evidência científica demonstrou que o método não tinha a eficácia desejada (Lothian & De Vries, 2005). Hoje em dia consagra-se, não como um método, mas sim como uma filosofia de parto (Lamaze International, 2013) que tem como missão promover, apoiar e proteger o parto natural, saudável e seguro (Lothian & De Vries, 2005).

Segundo a Lamaze Internacional (2013) a sua filosofia “...declara a normalidade do nascimento, reconhece a capacidade inata da mulher para parir e promove as práticas para um nascimento saudável.” (s.p.) e os seus fundamentos consideram que:

- o parto é normal, natural e saudável; a mulher tem habilidade inata para parir; a experiência de parto afeta profundamente a mulher e a família; a confiança e a habilidade da mulher para parir são reforçadas ou diminuídas pelos profissionais de saúde e pelo local de nascimento; a mulher tem direito a parir livre de intervenções médicas de rotina; o parto pode, em segurança, ser realizado em casa, casas de parto e hospitais; e a preparação para o parto, segundo Lamaze, capacita a mulher para a tomada de decisão informada em saúde, para assumir a responsabilidade pela sua saúde e para confiar na sua habilidade inata para parir. (Lamaze International, 2013, s.p.).

O seu objetivo é que cada mulher tenha confiança em si, tenha liberdade para encontrar conforto durante o trabalho de parto, e possua apoio familiar e de profissionais de saúde que acreditem que ela tem em si a capacidade para parir.

As aulas, segundo esta filosofia, têm como objetivos preparar a mulher para ter o seu filho em segurança; ensinar a encontrar, através de uma vasta diversidade de formas, o conforto necessário durante o trabalho de parto; ajudar a desenvolver um plano de parto que reflita as intenções da mulher, e preparar para a tomada de decisão informada. Ao contribuir para que as mulheres tomem decisões informadas, as aulas promovem mais conhecimento sobre o parto normal e dão oportunidade à mulher/casal de discutirem as suas escolhas. Têm, também como princípio expor a melhor evidência científica mesmo que esta seja contrária à prática clínica em uso (Romano & Lothian, 2008).

Com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996) para os cuidados no parto normal, a Lamaze Internacional identificou seis princípios orientadores da prática de cuidados, que são o suporte para o conhecimento e as habilidades ensinadas nas aulas:

o trabalho de parto inicia-se por si só; deve haver liberdade de movimentos durante o trabalho de parto; o apoio deve ser contínuo durante o trabalho de parto e parto; não devem existir intervenções de rotina; o “puxo” deve ser espontâneo e o parto deve realizar-se em posição de gravidade neutra; não deve haver separação da mãe e do

bebê criando-se, assim, oportunidades ilimitadas para a amamentação.

(Lamaze International, 2013, s.p.).

O curso envolve cerca de seis casais, é efetuado semanalmente, ao longo de várias semanas, num total de aproximadamente 12 horas. Nele, os casais aprendem, sobre técnicas respiratórias e de relaxamento, exercício físico na gravidez, estilos de vida saudáveis, nutrição, amamentação, comportamento do recém-nascido e pós-parto. Segundo Eappen e Robbins (2002), os princípios atuais da preparação para o parto incluem:

- o parto é um rito de passagem, não um evento médico (mesmo que cuidados médicos façam parte do parto);
- a essência da PPP é a autodescoberta, não a assimilação de informação obstétrica;
- o professor é o meio para o processo de descoberta dos pais, não o perito de quem flui a sabedoria;
- a PPP é um processo contínuo, não uma estrutura estática para aprendizagem de técnicas e conhecimentos;
- o que determina o conteúdo das aulas são as necessidades individuais dos casais e as suas diferenças;
- “ativa” e “autoexpressão criativa” são expressões importantes na PPP;
- o objetivo da PPP é preparar as mães para se consciencializarem sobre o trabalho de parto, não para conseguirem atingir determinado resultado;
- os resultados da gravidez e do trabalho de parto são influenciados por diversos fatores que não podem ser controlados pelo planeamento;
- no sentido de ajudar os pais a mobilizarem as suas estratégias de *coping*, é fundamental reconhecer que eventos inesperados e indesejáveis podem acontecer durante o trabalho de parto;

- os pais merecem que se suporte qualquer opção de parto que desejem (seja com métodos farmacológicos, tecnologia, parto em casa, ou aleitamento artificial);
- a dor é uma parte inevitável do trabalho de parto, no entanto muito pode ser feito para evitar o “sofrimento”;
- as técnicas para lidar com o trabalho de parto funcionam melhor quando integradas na vida diária, do que quando usadas só para o parto;
- os companheiros ajudam melhor como guardiões do parto ou parceiros carinhosos, não como treinadores, pois também precisam de apoio;
- para os pais a gravidez, o parto e o pós-parto são períodos de aprendizagem e de ajustamento contínuos, pelo que o apoio e a educação devem ser disponibilizados neste período,
- a PPP é também preparação para a parentalidade (p. 104, 105).

Em Portugal, o método psicoprofilático foi introduzido em 1953, pelos obstetras Pedro Monjardino e Cesina Bermudes, e pelo psiquiatra Seabra Dinis. Na década de 1960, Graça Mexia continuou o trabalho já desenvolvido e lutou pela oficialização do método (Couto, 2003). Preconiza-se que o curso se inicie por volta das 28 semanas de gestação, inclua uma a duas sessões educativas por semana, para grupos de 6 a 12 mulheres/casais. Cada sessão compreende uma parte teórica, destinada a informar a grávida/casal sobre gravidez e parto, e uma parte prática, que engloba o treino de técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios e condicionamento de reflexos (Couto, 2003).

Uma outra proposta, o método Bradley (1965), surgiu com o objetivo de preparar a mulher/casal para o parto natural. Assenta no princípio de que a mulher não deve ser sujeita a intervenções médicas desnecessárias, que os exercícios respiratórios e de relaxamento são meios eficazes para lidar com a dor de trabalho de parto, e realça o papel de apoio do pai, afirmando que este deve ter uma participação ativa no trabalho de parto, agindo como um treinador e encorajando a mulher a ter um parto natural (Walker et al., 2009). A mulher é incentivada a confiar no seu corpo e na sua capacidade para parir. Para a prossecução do seu método, Bradley redigiu as necessidades da mulher em trabalho de parto, afirmando que durante esse processo, ela precisa de conforto físico, de estar só, num ambiente

obscurecido, em silêncio, de relaxar, controlando a respiração e fechando os olhos (Bradley, 2008).

Ao longo dos anos foram efetuados vários estudos sobre a importância do apoio contínuo durante o trabalho de parto, admitindo-se a ideia de que as mulheres eram mais eficazes nesse papel do que os homens (Kennell, Klaus, McGrath, Robertson, & Hinkley, 1991; Langer, Campero, Garcia, & Reynoso, 1998; Scott, Klaus, & Klaus, 1999; Hodnett et al. 2002; Hotimsky & Alvarenga 2002; Hodnett, Downe, Edwards, & Walsh, 2005; McGrath & Kennell, 2008; Sosa, Crozier, & Robinson, 2012). Atualmente, segundo Walsh (2012), começa a surgir evidência científica sobre a importância dos pais no parto, o que levou a uma evolução do método Bradley, que passou a incluir, nas suas aulas, o treino para todos os tipos de acompanhante.

Presentemente existem novas formas de preparação para o parto, tais como a *Birthing from Within Holistic Sphere* (England & Horowitz, 2000). Este modelo estimula a utilização de processos de ensino que promovem a aquisição, por parte da mulher/ casal, de dois tipos de conhecimento que considera essencial: O conhecimento primordial – a mulher tem capacidade inata para parir; e, o conhecimento moderno – em que a mulher é esclarecida sobre a cultura médica e hospitalar. Assenta numa preparação espiritual que é o seu centro e guia fundamental (England & Horowitz, 2000). Este modelo mostra quatro pontos de vista distintos de parto: o materno, o paterno, o do bebé e o cultural, que são explorados um por aula, através de processos de autodescoberta introspetiva e experiencial. Ao longo das aulas, o papel do instrutor vai-se modificando passando de mestre para parceiro no processo de descoberta da mulher/casal e dos seus recursos internos (England & Horowitz, 2000).

O HypnoBirthing (Walsh, 2012) recupera a ideia de Dick-Read de que é possível experienciar um parto sem dor ao suprimir-se a ansiedade. Esta técnica foi desenvolvida nos EUA por Maie Mongan, em 2005, e tem por objetivo reduzir a ansiedade e aumentar a confiança da mulher no trabalho de parto através do uso da linguagem e da utilização do relaxamento e da respiração. Palavras como “contração e dor” não são utilizadas, sendo substituídas por termos como “onda, vaga” (Walsh, 2012).

O *Mindfulness-Based Stresse Reduction (MBSR)* (Bishop, 2002) é um programa desenvolvido por Kabat-Zinn, em 1979, que se baseia num procedimento sistemático de consciencialização do momento. Assume que uma maior consciência do momento presente fornecerá uma perceção mais verídica, reduzindo o efeito

negativo e melhorando a vitalidade e o *coping* (Bishop, 2002). Em 1998, Nancy Bardacke adapta o programa MBSR ao parto e parentalidade, desenvolvendo o *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Programme (MBCP)*, com o objetivo de minorar o impacto do stresse relacionado com os desafios da gravidez, parto e parentalidade precoce, através da utilização de práticas de meditação e com a finalidade de promover a saúde e o bem-estar familiar. Este programa pretende, através da meditação, encorajar a mulher grávida a viver o momento, consciencializando-se acerca da experiência presente e, dessa forma, tornando-se capaz de lidar com problemas como a ansiedade antecipatória, o medo e a dor. Desenvolve-se ao longo de oito a dez semanas, em grupos de 12 a 20 grávidas, durante 2h a 2h30mn. É fornecido aos participantes material de suporte às aulas teóricas e um CD para imaginação guiada (Duncan & Bardacke, 2010).

Para além das técnicas descritas existem outras que a investigação tem provado serem eficazes, como por exemplo, os exercícios de yoga aplicados à gravidez e o *Centering Pregnancy*, que adota o princípio da integração da preparação para o parto nos cuidados pré-natais, que deixam de ser efetuados de forma individual e passam a ser realizados em grupo (Klima, Norr, Vonderheid, & Handler, 2009).

Em Portugal, a preparação para o parto é entendida como um direito, devidamente explanado na Lei nº 142/99 de 31 de agosto que faz parte da rotina pré-natal. Apesar disso, a manutenção das intervenções de rotina no trabalho de parto e a alta taxa de cesarianas existente no país levou, em 2010, à criação do projeto “Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada” com o objetivo de se “construir um consenso sobre conceitos, princípios e práticas promotoras do parto normal” (Leite, Pinheiro, Catarino, Freitas, & Marques, 2012, p. 9), sendo a preparação para o parto considerada um fator hegemónico na promoção do parto normal.

A preparação para o parto é oferecida nos Centros de Saúde, habitualmente, a partir das 32 semanas de gestação e nas clínicas privadas a partir das 28 semanas. Em muitas instituições, estão centradas no método psicoprofilático e compreendem, além da preparação para o parto, a preparação para a parentalidade, incentivando o envolvimento do companheiro.

Incluem, frequentemente, dois tipos de aula: *teórica*, onde se proporciona informação sobre o processo de nascimento (anatomia e fisiologia do trabalho de parto, nascimento, dor de trabalho de parto), sobre métodos farmacológicos e não-farmacológicos de alívio da dor de trabalho de parto, sobre amamentação e cuidados ao recém-nascido; e aula *prática* onde, de forma a dar resposta aos três objetivos

base do método - tornar conhecido o desconhecido, condicionar reflexos adequados descondicionando os não adequados, e aumentar o limiar de sensibilidade à dor - se efetua o treino de técnicas de relaxamento e respiratórias (para aumentar o limiar de sensibilidade à dor), do esquema de erros (para condicionar reflexos adequados), se realiza a simulação do trabalho de parto (com o objetivo de tornar conhecido o desconhecido) e se faz o treino do período expulsivo.

O esquema de erros consiste na contração sequencial dos músculos dos braços, das pernas e da face. Tem como objetivo ajudar a mulher a condicionar o relaxamento do corpo perante a presença de uma contração uterina. A grávida é ensinada que perante uma contração uterina (simulada pela contração do músculo indicado) deve tentar relaxar os músculos do corpo. A repetição do exercício deve ser efetuada em todas as aulas e sempre da mesma forma, pois só assim se consegue atingir o objetivo de descondicionar reflexos errados (contração muscular do corpo perante a contração uterina) e condicionar os reflexos corretos (relaxamento durante a contração uterina).

Como recomendado pela DGS (2001), nas aulas deve-se dar à mulher a oportunidade de desenvolver estratégias de *coping* para a gestão da dor e da ansiedade durante o trabalho de parto, ensinando-lhe não só estratégias comportamentais, mas também cognitivas, tais como: técnicas de distração [que envolvem a dispersão da atenção sobre a dor, tanto através de utilização de técnicas passivas (a atenção é desviada para outro estímulo), como ativas (desenvolvimento de tarefas que compitam com a dor, tais como somar ou contar para trás)] e de confronto (para transformação da experiência emocional por processos abstratos e internos). A DGS sugere, ainda, que os profissionais de saúde recorram à técnica de reestruturação cognitiva, de forma a ajudarem a mulher a lidar melhor com os agentes stressores e a encarar a situação de uma forma mais positiva.

No entanto, e de acordo com Escott, Slade e Spiby (2009), nas aulas de preparação para o parto, é ensinado um número limitado de estratégias para a gestão da dor de trabalho de parto, estando o ensino mais centrado em quatro técnicas comportamentais: o controlo da respiração, o relaxamento, o posicionamento e mais recentemente a massagem. Escott, Spiby, Slade e Fraser (2004) mencionam que esta é uma limitação importante, dado saber-se que as mulheres, tanto as que assistiram a aulas de preparação para o parto como as que não assistiram, quando em trabalho de parto empregam uma série de estratégias autoiniciadas, muitas das quais de natureza cognitiva.

3.2. A eficácia da preparação para o parto

Desde o início da preparação para o parto, no século XX, que muita investigação foi realizada, dando origem a diversos métodos e técnicas (Parto sem medo de Dick-Read, 1933; Método psicoprofilático de Lamaze, 1951; Método do parto assistido de Bradley, 1965; MBCP, 1998; Hypnobirthing, 2005, entre outros), todos com a finalidade de preparar a mulher e o seu companheiro para uma melhor vivência do trabalho de parto, como já constatámos.

Mas, será que a preparação para o parto é eficaz?

Tighe (2010) comenta que se mantém o debate acerca do valor da preparação para o parto. Gagnon e Sandall (2011), numa revisão sistemática de literatura efetuada sobre o assunto, revelam que os efeitos da preparação para o parto se mantêm desconhecidos e Walsh (2012) afirma que é difícil comparar os vários modelos existentes, pois, na literatura, há diferenças nos objetivos, nos prestadores de cuidados, nos métodos utilizados e no alvo dos cuidados, o que torna difícil ou quase impossível a comparabilidade. No entanto, relativamente a algumas variáveis, como a dor de trabalho de parto, a analgesia epidural, a ansiedade e o medo, a satisfação e a experiência de parto e o tipo de parto, os resultados parecem apontar para a eficácia das aulas de preparação para o parto.

Walsh (2012) refere que relativamente ao trabalho de parto, os investigadores encontraram pouca evidência de que as sessões de preparação para o parto reduzem a dor de trabalho de parto, o número de pedidos de epidural, ou que aumentem a taxa de parto normal. No entanto, há evidência de que a sua frequência está associada a uma maior satisfação com a experiência de parto.

Fabian, Rådestad e Waldenström (2005), no estudo que desenvolveram sobre a opinião das mulheres e possíveis resultados da preparação para o parto e parentalidade, na Suécia, chegaram à conclusão que 74% das mulheres consideravam a PPP útil e 40% revelaram, também, interesse nas aulas de preparação para a parentalidade, havendo uma relação positiva entre a opinião das mulheres e o número de sessões frequentadas. Concluíram que a PPP está associada a uma mais elevada procura de analgesia epidural e de utilização de técnicas de alívio da dor, tanto farmacológicas, como não farmacológicas. Não encontraram associação estatística entre a frequência das aulas e a experiência de parto, memória de dor de trabalho de parto e tipo de parto.

Num estudo experimental, efetuado na Suécia em 2009, Bergstrom, Kieler e Waldenström tiveram por objetivo avaliar o efeito da preparação para o parto sobre

três aspetos, que consideraram major: dor de trabalho de parto expressa pela necessidade de analgesia epidural, experiência de parto e experiência de stresse parental na parentalidade precoce. Criaram um modelo de preparação para o parto natural com treino em psicoprofilaxia focado, exclusivamente, na preparação para o parto, e compararam-no com o modelo *standard* de cuidados, em vigor no país, o qual alocava igual tempo à preparação para o parto e à preparação para a parentalidade e não incluía qualquer prática psicoprofilática. Concluíram não haver diferenças entre os grupos quanto aos pedidos de analgesia epidural, experiência de parto ou experiência de stresse parental.

Em 2010, Maimburg, Vaeth, Dürr, Hvidman e Olsen efetuaram um estudo experimental com o objetivo de identificar se a participação em aulas de PPP, durante a gravidez, tinha efeito sobre o trabalho de parto. Concluíram que as nulíparas que frequentaram o curso chegaram mais vezes ao hospital na fase ativa do trabalho de parto e com mais dilatação cervical (cerca de 0,9 cm) e que tendiam a usar menos meios farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, inclusive analgesia epidural. Não verificaram diferenças, entre grupos, no que diz respeito à experiência de parto.

McMillan, Barlow e Redshaw, em 2009, realizaram uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de avaliar o custo e a eficácia da educação pré-natal e identificar a opinião dos intervenientes acerca do seu papel e benefícios. No que diz respeito à PPP, apuraram que a frequência das aulas estava associada a altos níveis de satisfação com a experiência de parto, principalmente se os processos educativos utilizados promoviam a participação ativa do casal e o envolvimento e apoio do companheiro, e que o conhecimento adquirido pela mulher a ajudava a sentir que controlava o processo de parto. Verificaram, também, que existia evidência de que os casais desejavam ter informação sobre relaxamento e gestão da dor de trabalho de parto, e que as adolescentes preferiam frequentar aulas com grupos de pares, em vez de grupos com mulheres mais velhas. No entanto, descobriram haver pouca evidência no que concerne às técnicas, tradicionalmente ensinadas, reduzirem a dor de trabalho de parto e os pedidos de analgesia epidural ou melhorarem os resultados clínicos. Consideraram existir uma evidência limitada sobre o relacionamento da musicoterapia com um maior relaxamento no parto e os resultados foram inconclusivos sobre a sua influência no tipo de parto.

Num trabalho efetuado em 2007, e revisto em 2011, Gagnon e Sandall (2011) pretenderam avaliar a eficácia dos cursos de preparação para o parto e parentalidade na aquisição de conhecimento, na ansiedade, na sensação de controlo, na dor, no

trabalho de parto, na amamentação, nas capacidades parentais e no ajustamento psicológico e social. Para isso, efetuaram uma revisão sistemática de literatura que incluiu nove estudos, envolvendo 2284 mulheres. Após análise, concluíram que são, ainda, desconhecidos os benefícios da preparação para o parto nas variáveis em estudo.

Lindgren e Erlandsson (2010) e Martin e Robb (2013) referem que a maioria das mulheres considera ser importante obter conhecimento sobre o parto, pelo que julgam relevantes as aulas de preparação para o parto.

Em síntese, podemos afirmar que há alguma evidência científica de que a preparação para o parto é eficaz no que diz respeito à promoção da satisfação com a experiência de parto, à obtenção de conhecimento sobre trabalho de parto, técnicas de relaxamento e gestão da dor de trabalho de parto e, também, na promoção da participação ativa do casal e no envolvimento e apoio do companheiro.

Há evidência contraditória sobre a sua eficácia na redução do recurso a meios farmacológicos para alívio da dor de trabalho de parto, inclusivé analgesia epidural, e no aumento da utilização de técnicas não farmacológicas.

Nas variáveis ansiedade, controlo e dor de trabalho de parto, são, ainda, desconhecidos os seus benefícios.

3.3. A experiência de parto

A experiência de parto é culturalmente determinada e influenciada por diversos fatores como a presença de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto, o tipo de parto, a dor percebida e o seu controlo, entre outros (Figueiredo et al., 2002). Quando a mulher sente que os profissionais de saúde a cuidam com respeito e empatia referencia uma maior satisfação com a experiência de parto (Simkin, 2006).

Um trabalho de parto mais prolongado, mais difícil e complicado, a perceção negativa de desempenho durante o parto, a vivência de uma intensidade de dor maior do que a esperada e o facto de não se sentir acompanhada durante o trabalho de parto são fatores apontados, pelas mulheres, como razões para uma perceção de experiência de parto negativa (Soet, Brack & Dilorio, 2003; Peterson, 2008). Quando a mulher considera que ela e o feto estão em perigo durante o trabalho de parto, tem perceção de que o parto é traumático (Simkin, 2006). Esta experiência traumática pode ser geradora de sintomas depressivos ou mesmo de stresse pós-traumático,

que condicionará, eventualmente, a mulher a assumir a sua maternidade (Soet et al., 2003).

A dor de trabalho de parto é um dos fatores que mais negativamente interfere na experiência de parto, levando a que a mulher fique menos disponível para se envolver emocionalmente com o bebé (Figueiredo et al., 2002). Frequentemente recordada, pode ser sentida como uma experiência traumática, o que pode coibir algumas mulheres de voltarem a engravidar (Niven, 1988). É um assunto que preocupa a mulher desde o início da gestação (Saito & Gualda, 2002).

Segundo a International Study Pain Association (ISPA, 1994), a dor pode ser definida como “uma experiência emocional e sensorial desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (p. 210). É um fenómeno complexo e multidimensional, onde fatores como a idade, a personalidade, a cognição, o comportamento, os valores e os modelos culturais, a ansiedade, a experiência anterior e o ambiente, influenciam as respostas individuais aos estímulos dolorosos (DGS, 2001; Truchon, 2001; Meredith, Ownsworth, & Strong, 2008). É uma percepção individual, única e distinta (Roberts, Gulliver, Fisher, & Cloyes, 2010). Pode ser aguda se for de início recente e limitada no tempo, ou crónica, se prolongada no tempo (Zasler, Martelli, & Nicholson, 2005; Meredith et al., 2008).

No trabalho de parto, a dor pode ser definida como uma “Sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto” (ICN, 2011, p. 50). Tem origem na mecânica do parto e na sua transmissão estão envolvidos o componente supra espinhal – afetivo motivacional – sensível às técnicas psicossomáticas, e o componente espinhal segmentar – relacionado com os neurónios do corno posterior da medula. Os medicamentos, a electroestimulação ou a acupunctura são eficazes neste componente, impedindo a passagem do estímulo doloroso através das vias aferentes nociceptivas ou modulando a sua retransmissão ao nível das sinapses do corno posterior da medula (Manica et al., 1994).

No primeiro estágio de trabalho de parto a dor tem origem no útero, anexos e estruturas ligamentares. É uma dor visceral, intensa, difusa, diferida, tipo cólica e acompanha-se de hiperatividade do sistema nervoso autónomo. No segundo estágio, a dor advém das áreas de enervação do nervo pudendo e é agravada pelos estímulos provocados pela compressão da apresentação sobre as estruturas pélvicas, a distensão do períneo e a descida do feto, sendo conduzida pelos nervos somáticos, caracterizando-se a dor somática como uma dor intensa e bem localizada. No terceiro

estádio, a dor deve-se à separação e expulsão da placenta, à isquemia uterina provocada pelas contrações dos vasos uterinos e às lacerações.

Lowe (2002) refere que a dor de trabalho de parto envolve da mesma forma componentes emocionais e sensoriais, e é altamente individual. É uma dor que desencadeia uma série de alterações no equilíbrio homeocinético, que produzem mudanças hemodinâmicas, da frequência e intensidade das contrações uterinas, do tempo de trabalho de parto e do tipo de nascimento (DGS, 2001). Distingue-se dos outros tipos de dor por ser, apenas, um sinal de que o bebé vai nascer e não estar associada a trauma, mas sim a um processo normal e fisiológico; pode ser comparada a uma dor relacionada com uma atividade física violenta, igual à dos sujeitos que se testam até ao limite; é central ao parto, não um infeliz efeito secundário; promove o progresso do TP; protege o canal de parto e o feto; assegura altos níveis de oxitocina e endorfinas; é autolimitada; rítmica e intensifica-se ao longo do tempo (Schmid, 2007). É, normalmente, definida pela maioria das mulheres (60%, segundo Niven e Gijbers, 1984) como uma dor de intensidade elevada, tão grave como a dor provocada pela artrite, a dor fantasma e a dor de origem oncológica (Melzack et al., 1981; Niven & Murphy-Black, 2000; Escott et al., 2009). Havendo, segundo Escott e col. (2009) pouca evidência que mostre que a mulher atribua à dor de trabalho de parto, um significado diferente do que é atribuído à dor aguda, embora existam trabalhos que discutam esse aspeto (Simkin, 2000; Davim et al, 2008).

A dor de trabalho de parto nem sempre foi percebida como uma característica biológica indicadora de que um trauma ou lesão vão ocorrer e, por isso, causadora de sofrimento. Anteriormente ao catolicismo o parto era vivenciado de forma natural, sendo as contrações uterinas sentidas como um sinal natural de trabalho de parto e não um sinal de dor. Neste período as mulheres viviam bem com o seu corpo, com a sua sexualidade e com o trabalho de parto. Após o advento da religião católica, o parto passa a ser encarado como um processo doloroso em virtude da necessidade de expiação do pecado de Eva. A partir desse momento o parto fica inexoravelmente associado à dor e ao sofrimento, como referenciado em Genesis 3, 16: “[Deus] disse também à mulher: multiplicarei os sofrimentos de teu parto, darás à luz com dores, ...”. A dor no parto torna-se, assim, um meio necessário à purificação dos pecados, sem possibilidade de ser vivenciada de outra forma, pois o seu alívio seria considerado pecado (Mallén-Pérez, Juvé-Udina, Roé-Justiniano & Domènech-Farrarons, 2015).

A partir do século XIX o parto passa para o âmbito médico e perde a sua característica fisiológica. A dor, neste contexto, é abordada, unicamente, do ponto de

vista biológico e as mulheres são condicionadas a encarar as contrações uterinas como muito dolorosas e fora do seu controlo sendo, por isso, justificada a utilização de medicação para o seu alívio (Mallén-Pérez et al., 2015). Intervenção que, segundo Zveiter, Progianti e Vargens (2005), contribuiu para que a mulher passasse a considerar a dor de trabalho de parto inútil e de necessária eliminação.

Nos dias de hoje, a dor no parto é, ainda, sentida por algumas mulheres como “o marco inicial da maternidade e que o ‘preço a ser pago’, por esta, poderia ficar ‘quase esquecido’, após o prêmio que seria a chegada do filho. No imaginário de muitas mulheres, ser uma boa mãe é aquela que sofre as dores do parto, com a finalidade de cumprir o seu papel” (Davim et al., 2008, p.101).

Enquanto as mulheres encontrarem sentido na experiência da dor de trabalho de parto para a transição para a parentalidade (Costa, Figueiredo, Pacheco, & Pais, 2003; Davim et al., 2008), e enquanto a dor de trabalho de parto for documentada como severa e extremamente severa (Melzack, 1978), a necessidade da sua gestão é óbvia, pelo que conhecer as estratégias de coping utilizadas e as características individuais que podem influenciar o seu uso durante o trabalho de parto é essencial (Escott et al., 2009).

Durante o trabalho de parto, um dos objetivos dos profissionais de saúde é a gestão da dor. Para isso, existem dois métodos, que segundo alguns autores (Simkin & Bolding, 2004; Roberts et al., 2010) podem ser considerados como divergentes: o método farmacológico e o não farmacológico. O primeiro circunscreve a dor a algo patológico que é necessário eliminar. Segundo Simkin e Bolding (2004) este método insere-se num modelo médico de cuidados, pelo que aceitá-lo obriga a uma resposta farmacológica, direcionando-se, assim, a mulher para a utilização de analgesia (Roberts et al., 2010).

O segundo destina-se a melhorar as sensações físicas e psicológicas através do ensino de técnicas que têm como objetivo ajudar a mulher a lidar com a dor de trabalho de parto sem recurso a drogas (Simkin & Klein, 2009). Este método pode incluir-se num modelo de cuidados centrados na mulher (Simkin & Bolding, 2004). Esta perspetiva vê o trabalho de parto como um processo fisiológico e individual, com potencial para ser influenciado por múltiplos fatores. Considera que a mulher tem direito à autodeterminação, à informação e à participação ativa neste processo, e que a sua habilidade para o prever vai influenciar a experiência de parto (Roberts et al., 2010).

As sessões de preparação para o parto, como já mencionado, têm como principal objetivo ensinar à mulher e ao seu companheiro estratégias para lidar com

a dor de trabalho de parto. As estratégias de *coping* são influenciadas pela natureza, pelo tipo e pela intensidade do estímulo doloroso. A natureza das estratégias de *coping* utilizadas relaciona-se com a forma como estas foram adquiridas, formalmente através das aulas de preparação para o parto ou informalmente através de experiências anteriores de dor, aprendidas por tentativa e erro. É, também, influenciada pela situação na qual vai ser usada (Escott et al., 2009).

Relativamente à natureza do estímulo doloroso, na dor de trabalho de parto as mulheres usam estratégias que não usariam em outras situações, como por exemplo, pensamentos positivos, de prazer, facilitados pela presença do feto dentro de si. Contudo, a intensidade da dor, que vai aumentando ao longo do trabalho de parto, faz com que estratégias que no início eram eficazes, se tornem ineficazes, levando a mulher a mudar de estratégia ou a recorrer a métodos farmacológicos.

No que concerne à dor, sabe-se que tanto o âmbito como a forma como a pessoa a vê, têm o poder de influenciar a sua experiência. Por exemplo, se um indivíduo tem, somente, pensamentos negativos acerca da dor e dos seus resultados (tendência para catastrofizar), vai reportar maiores níveis de dor, mesmo quando estão a ser usadas estratégias de *coping* para o seu alívio (Geisser, Robinson, & Pickren, 1992). Catastrofizar é uma reação usada antes de começarem as sensações esperadas de dor, como forma de reduzir antecipadamente o sofrimento (Sullivan, Rodgers, & Kirsch, 2001). Esta reação pode levar a pessoa a sobrestimar os níveis de dor que poderão existir à *posteriori* e, assim, a não utilizar as estratégias de *coping* aprendidas.

É importante identificar estes indivíduos, pois, existem estudos que referem que o treino de certos tipos de estratégias, como o treino da autoinstrução (que tenta alterar as afirmações negativas sobre a dor e promover o uso da técnica de resolução de problemas) é benéfico para os indivíduos com tendência para catastrofizar, enquanto o treino de técnicas de distração beneficia mais os indivíduos sem essa tendência (Escott et al., 2009).

A identificação de padrões de cognição que se podem revelar como potenciais fatores de sofrimento para as parturientes é especialmente importante para as mulheres com tendência para catastrofizar a dor. A inclusão do ensino de estratégias cognitivas nas sessões de preparação para o parto pode ser particularmente útil, pois pode ajudar as mulheres a encontrarem outras estratégias de *coping* que se revelem mais eficazes (Heyneman, Fremouw, Gano, Kirkland, & Heiden, 1990). A autoeficácia relacionada com a dor e a catastrofização são variáveis

psicossociais que predizem, tanto a forma como a dor vai ser percebida como a incapacidade que pode causar (Arnstein, 2000).

O desejo de controlo e a procura de informação, também, podem influenciar a percepção de dor. Quanto à procura de informação, Shiloh, Mahlev, Dar e Ben-Rafael (1998) referem que as mulheres, durante o trabalho de parto, utilizam estratégias de *coping* de acordo com os seus estilos de procura de informação (estilos de monitorização ou de evitamento). No seu estudo, verificaram que as mulheres, que tinham menor necessidade de informação, usavam mais as técnicas de distração quando não podiam visualizar as contrações uterinas no cardiotocógrafa, do que as mulheres que procuravam informação.

Baron e col. (1993, cit. por Escott et al., 2009) investigaram o desejo de controlo sobre o que está a acontecer durante um procedimento doloroso e o impacto das estratégias de *coping* e concluíram que o uso de técnicas de distração, focado nas sensações ou nas emoções, tem um efeito diferenciador na percepção de dor independentemente de o desejo de controlo da pessoa sobre o que lhe está a acontecer seja alto ou baixo. Ainda, segundo os autores, os sujeitos com alto desejo de controlo experienciam maior sensação de dor quando são instruídos a usar técnicas focadas nas emoções do que com o uso de técnicas focadas nas sensações, verificando-se o oposto no grupo que manifesta menor desejo de controlo.

De acordo com Melzack (1978) cada indivíduo experiencia e gere a dor de forma diferente, única, e quer esta seja aguda ou crónica podem classificar-se as respostas em três dimensões: física, cognitiva e emocional.

Bruehl e Chung (2004) no seu trabalho sobre técnicas empregues na gestão da dor aguda, no sofrimento e sua eficácia, relativamente à gestão da dor de trabalho de parto, entre outras, referem serem, essencialmente, utilizadas três técnicas: informação (que se refere ao fornecer informação antecipada sobre todos os procedimentos e sensações com que as mulheres se podem deparar durante o trabalho de parto), relaxamento e estratégias cognitivas. Quanto à eficácia das técnicas utilizadas, os mesmos autores, após uma revisão de literatura, concluíram que, dada a limitação dos estudos analisados e a falta de estudos aleatórios, as intervenções não-farmacológicas podem ser efetivas para a gestão da dor de pequena intensidade, não havendo, neste momento evidência que indique que determinada técnica é melhor que a outra (Escott et al., 2009).

Apesar disso, o uso de estratégias de *coping* durante o trabalho de parto parece ter um efeito positivo sobre a experiência de parto (Slade et al., 2000). No entanto, nem todas as mulheres as usam, pois, e de acordo com estes

investigadores, o ensino destas estratégias nas aulas de preparação para o parto não garante a sua utilização durante o trabalho de parto. Esta conclusão é baseada num estudo que desenvolveram, que revelou que embora as mulheres tivessem altos índices de intenção, só 51% das parturientes usavam o posicionamento e 40% o relaxamento (estratégias de *coping* do tipo comportamental). Apesar de verificarem que 88% das mulheres usavam as técnicas respiratórias ensinadas, indicam que esta percentagem pode ser explicada pelo facto de ser uma técnica simples, fácil de aprender, menos dependente da prática e de fácil aplicação.

A utilização de estratégias de *coping* depende da intencionalidade da mulher e das suas preferências. A intencionalidade para a utilização depende dos julgamentos de autoeficácia, pois eles vão influenciar a intenção de agir da pessoa. É em função dos juízos de autoeficácia que o indivíduo tem incentivo para agir e imprimir uma determinada direção às suas ações, pelo facto, de antecipar mentalmente o que pode realizar para obter resultados, pelo que, estes determinam o seu nível de motivação. A formação de intenções para a utilização de estratégias de *coping* é importante, mas, nem sempre é suficiente para a pessoa agir, pois é necessário que ela acredite na sua capacidade para realizar determinado comportamento (Bandura, 1977). Pelo que, quanto maior for a percepção de autoeficácia, maior a probabilidade da pessoa utilizar estratégias de *coping* para a gestão da dor.

No trabalho de parto, as estratégias de *coping* que se desenvolveram a partir de experiências anteriores têm maior hipótese de aumentar a informação sobre autoeficácia e, por isso, de serem mais vezes empregues no futuro, dado a experiência anterior ser um dos determinantes da autoeficácia mais influente (Salvetti & Pimenta, 2007). No entanto, planejar o parto nem sempre é fácil, pois eventos relacionados com a mudança no contexto, reforço, apoio e o uso de intervenções obstétricas podem influenciar a forma como as mulheres implementam as suas estratégias para a gestão da dor e da ansiedade (Spiby, Slade, Escott, Henderson, & Fraser, 2003).

Relativamente à preferência por estratégias de *coping*, as mulheres em trabalho de parto podem gerir melhor a dor se tiverem treinado estratégias que coincidam com as suas preferidas. Se existem estratégias de *coping*, empregues em outras experiências de dor com eficácia, a sua utilização pode ser mais facilmente usada no trabalho de parto do que habilidades recém-aprendidas (Escott et al., 2009). Nas sessões de preparação para o parto, o enfermeiro de saúde materna e obstétrica precisa ter em consideração essas experiências, ajudando a mulher a explorar os

estilos e preferências de *coping*, respeitando, dessa forma, a sua aprendizagem anterior e as diferentes crenças e ideias que tem sobre como lidar com a dor e o trabalho de parto.

Outro dos fatores relevantes para a experiência de parto é o *medo* (Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006). Na CIPE ® (ICN, 2011), o medo encontra-se definido como “Sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (p. 61). Existe quando um estímulo externo provoca comportamentos de fuga ou evitamento (Baptista et al., 2006). É uma emoção básica, que está presente em todas as idades, culturas e raças (Barlow, 2002; Plutchik, 2003; Baptista et al., 2006).

O medo do parto pode manifestar-se por sintomas de stresse, que influenciam as atividades de vida diária, o desejo de um parto por cesariana e o adiamento da gravidez (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmäki, 2001; Melender, 2002; Hildingsson, Rådestad, Rubertsson, & Waldenström, 2002; Bahl, Strachan, & Murphy, 2004; Nilsson & Lundgren, 2009). Fenwick e col. (2013) referem que mais de 13% das mulheres adiam a gravidez devido a este tipo de medo. Manifesta-se em sintomas físicos e psicológicos, leva a um aumento da perceção de dor de trabalho de parto (Areskog, Uddenberg, & Kjessler, 1981; Lang et al., 2006), determina cesariana eletiva (Saisto et al., 2001; Hildingsson et al., 2002; Saisto & Halmesmäki, 2003; Bahl et al., 2004), trabalho de parto prolongado, risco de aborto e potencia uma experiência de parto negativa e um baixo nível de satisfação (Areskog et al., 1981; Larsen, O’Hara, Brewer, & Wenzel, 2001; Hildingsson et al., 2002; Johnson & Slade, 2002; Melender, 2002; Hofberg & Ward, 2003; Saisto & Halmesmäki, 2003; Wax, Cartin, Pinette, & Blackstone, 2004; Waldenström, Hildingsson, & Ryding, 2006; Lang et al., 2006; Hildingsson, 2008; Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki, & Saisto, 2008; Nilsson & Lundgren, 2009; Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009). Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques e Pais (2004) verificaram que 48,3% das mulheres sentiram medo, ou muito medo, durante o trabalho de parto e parto e Saisto e Halmesmäki (2003) que o medo intenso do parto está presente em cerca de 6 a 10% das parturientes. Fenwick e col., num estudo efetuado em 2009, descobriram que 50% das mulheres sentiam um medo moderado do parto e 26% um medo intenso.

O medo do parto está ligado a causas bem definidas com importante impacto na mulher e na família, tais como: medo da dor, das complicações, da morte, dos danos físicos, do desconhecido, e medo pela saúde e bem-estar do bebé (Klein, Sakala, Davis-Floyd, & Rooks, 2006; Lyberg & Severinsson, 2010; Salomonsson,

Wijma, & Alehagen, 2010; Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines, Pallant, Karlström, & Hildingsson, 2011).

De acordo com a paridade, as nulíparas referem medo severo relacionado com a falta de controlo percebida e com a falta de confiança na sua capacidade de ter um filho em segurança. Alguns autores definem este medo como “medo primário do parto” (Nieminen, Stephansson, & Ryding, 2009; Fenwick, Staff, Gamble, Creedy, & Bayes, 2010; Fenwick et al., 2013). A causa de medo do parto nas múltiparas, segundo Fenwick e col. (2013), está frequentemente associada a uma experiência anterior de parto negativa, definindo-se este medo como “medo secundário” ou “tocofobia” (Zar, Wijma & Wijma, 2001; Saisto et al., 2001; Hofberg & Ward, 2003; Fenwick et al, 2013).

O medo do parto, como já observado, tem um profundo efeito na mulher, pelo que a sua prevenção e tratamento são importantes. Na Suécia, um grupo de enfermeiros de saúde materna e obstétrica chamado “Aurorateams” é responsável pelo tratamento do medo do parto. Este tratamento consiste em dois a quatro contactos com o casal, informação sobre o processo de trabalho de parto, treino de técnicas de relaxamento, visita ao bloco de partos e desenvolvimento de um plano de parto. O número de contactos pode aumentar de acordo com as necessidades detetadas. O foco de atenção é o medo que a mulher sente do parto, a forma como o experiencia e como a afeta. As mulheres são, ainda, referenciadas para o obstetra ou psicólogo, quando desejam um parto induzido ou por cesariana, ou apresentem problemas psicológicos severos (Waldenström et al., 2006; Nilsson & Lundgren, 2009; Fenwick et al., 2013).

Saisto e col. (2001) desenvolveram um estudo experimental, aleatório e controlado, que teve como objetivo avaliar a possibilidade de redução de solicitação de cesariana ajudando as mulheres a ter um parto vaginal sem medo. Utilizaram a terapia cognitiva para tornar isso possível. A intervenção consistiu num conjunto de contactos entre as mulheres, o obstetra e a enfermeira de saúde materna e obstétrica. Os contactos envolviam: informar sobre o processo de trabalho de parto, conversar sobre experiências anteriores, sentimentos e crenças, efetuar exercícios comportamentais e cognitivos, dar informação sobre formas de alívio da dor e possíveis intervenções no trabalho de parto e no período expulsivo, visitar o bloco de partos e desenvolver um plano de parto. Verificaram que a intervenção foi eficaz, dado observar-se um decréscimo de pedidos de cesariana nas mulheres que anteriormente as desejavam, havendo mais partos vaginais de curta duração e mulheres com uma experiência mais positiva.

Fenwick e col. (2013) efetuaram um estudo experimental, aleatório, controlado, com o objetivo de testar a eficácia do aconselhamento psicoeducativo denominado BELIEF (*Birth Emotions – Looking to Improve Expectant Fear*) oferecido pelas “midwives” às mulheres com medo do parto, na Austrália. A pesquisa foi desenvolvida numa amostra de grávidas entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação, que referenciavam ter muito medo do parto. A intervenção psicoeducativa era oferecida pelas enfermeiras de saúde materna e obstétrica, por telefone, às 24 e 34 semanas de gestação, e tinha como objetivo rever as expectativas de parto, trabalhar os elementos stressantes do trabalho de parto, discutir estratégias para desenvolvimento de redes de apoio, afirmar que os eventos negativos do parto podem ser geridos e desenvolver um plano de parto. As mulheres recebiam, ainda, um prospeto informativo sobre os tipos de parto. Observaram que comparativamente com o grupo de controlo, as mulheres do grupo experimental reportaram: menores níveis de medo, menos conflitos relacionados com a tomada de decisão, menos sintomatologia depressiva, maior autoeficácia para o parto, e melhoraram os resultados obstétricos.

Como referenciado, torna-se necessário minimizar os efeitos do medo do parto intervindo precocemente, pelo que é importante que nas sessões de preparação para o parto os enfermeiros trabalhem com as grávidas os medos que elas sentem, por forma a reduzirem os seus efeitos negativos e para que o parto possa constituir-se como uma experiência mais positiva.

O tipo de parto é outro dos fatores com impacto na experiência de parto. A investigação realizada tem vindo a mostrar essa influência indicando que o parto vaginal está relacionado com relatos de experiências mais positivas e uma maior satisfação (Figueiredo et al., 2002; Costa et al., 2003) e o parto por cesariana com experiências mais negativas (Green, Coupland e Kitzinger, 1990; Waldenström, 1999; Saisto et al., 2001; Figueiredo et al., 2002; Costa et al., 2003) cujos fatores estão relacionados com a autoeficácia para lidar com o parto, com a satisfação com o parto, com o controlo externo e com a informação fornecida pelos profissionais (Rizk, Nasser, Thomas, & Ezimokhai, 2001; Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco, & Pais, 2007)

Estes dados são importantes se os relacionarmos com o número elevado de cesarianas efetuadas (em Portugal cerca de 35,9%, em 2012) e com o número reduzido de mulheres que solicitam cesariana (Gamble & Creedy, 2001; Barbosa et al., 2003; Fenwick, Hauck, Downie, & Butt, 2005; Mazzoni et al., 2011; Karlström, Nysted, Johansson, & Hildingsson, 2011; Milhinhos, Lavaredas & Clode, 2012;

Martin, Bulmer & Pettker, 2013), pois sugerem que as grávidas portuguesas não estão a receber cuidados de saúde de qualidade, podendo estar os profissionais de saúde a promover uma experiência mais negativa de parto.

O controle percebido durante o trabalho de parto e parto, também, pode influenciar a experiência de parto (Green et al., 1990; Simkin, 1991; Slade, MacPherson, Hume, & Maresh, 1993; Waldenström, Borg, Olsson, & Wall, 1996; Hart & Foster, 1997; Waldenström, 1999; Gibbins & Thomson, 2001; Schneider, 2002; Parratt & Fahy, 2003; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Ayers e Pickering, 2005; Larkin, Begley, & Devane, 2009). Neste contexto, segundo Waldenström e col. (2004) pode significar autocontrole e/ou controle sobre o que está a acontecer.

O autocontrole, de acordo com a CIPE® (ICN, 2011) pode ser definido como as “disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida” (p. 41). Quando conseguido, durante o processo de parto, ajuda a mulher a obter altos níveis de satisfação com a experiência de parto (McMillan et al., 2009).

O controle sobre o que está a acontecer está relacionado com o grau de envolvimento no processo de tomada de decisão (Domingues et al., 2004) e com o ambiente. É, também, um fator valorizado pelas mulheres e promove, tanto uma experiência mais positiva de parto, como um maior nível de satisfação e menor depressão (Domingues et al., 2004; Waldenström et al., 2004).

A falta de controle é um forte preditor de uma experiência negativa de parto (Green et al., 1990; Slade et al., 1993; Waldenström et al., 1996; Hart & Foster, 1997; Waldenström, 1999; Waldenström et al., 2004), referindo Waldenström e col. (2004) que este resultado se observa tanto em presença de partos sujeitos a intervenção médica como em partos naturais. Quanto ao seu significado, os mesmos autores expõem que significa falta de controle físico e mental devida à dor severa, ao medo de lesão ou morte, às preocupações sentidas com a sua saúde e o bem-estar do bebé, preocupações relacionadas com não ser capaz de não gritar ou evitar o pânico e falta de apoio dos profissionais de saúde.

A percepção de controle, segundo Larkin e col. (2009), não é constante durante o trabalho de parto, nem significa o mesmo para todas as mulheres (Green & Baston, 2003), algumas desejam que sejam os profissionais a assumir o controle, enquanto outras esperam negociar os cuidados com os profissionais, sendo isso muito importante para sentirem que estão a controlar o processo de parto (Larkin et al.,

2009). Sentir-se em controlo contribui não só para a satisfação com a experiência de parto, mas também para sentimentos de realização e bem-estar (Gibbins & Thomson, 2001; Green e Baston, 2003).

A experiência de parto é um fator que influencia profundamente a forma como a mulher efetua o seu processo de transição para a parentalidade. Quando positiva leva, segundo Conde e col. (2007) e Hardin e Buckner (2004), a sentimentos de bem-estar, enriquecimento pessoal, autoeficácia e autocontrolo. Estes sentimentos vão ter repercussões a longo prazo, tanto na capacidade para lidar com futuros eventos stressantes, como no exercício da maternidade. Este facto releva para os enfermeiros de saúde materna e obstétrica, pois torna claro que, após se terem identificado os fatores que influenciam a experiência de parto, é importante perceber como se pode ajudar a mulher a conseguir percecionar uma experiência positiva.

2 – MATERIAL E MÉTODOS

O conhecimento científico resulta de uma investigação que segue uma metodologia capaz de analisar e resolver problemas (Fachin, 2006). Segundo Marconi e Lakatos (2003) constitui um “conhecimento contingente, pois suas proposições ou hipóteses têm sua veracidade ou falsidade conhecida através da experiência e não apenas pela razão” (p. 80). É real, sistemático, verificável e exato, pois “novas proposições e o desenvolvimento de técnicas podem reformular o acervo de teoria existente” (p. 80)

O método é o conjunto de ações, sistemáticas e racionais, que permite alcançar o objetivo, traçando o caminho a ser seguido, detetando erros e auxiliando nas decisões (Marconi & Lakatos, 2003). Neste estudo adotou-se o método hipotético-dedutivo, que segundo Marconi e Lakatos (2003) “... se inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual formula hipóteses e, pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenômenos abrangidos pela hipótese” (p. 106).

O método seguido para responder às questões de investigação elaboradas previamente, centrou-se numa pesquisa de caráter misto que, segundo Jones (1997), apresenta várias vantagens, podendo melhorar os resultados dos estudos. O paradigma qualitativo, secundário neste estudo, quando aplicado à saúde, tenta compreender o significado de um fenómeno e não o fenómeno em si, pois o conhecimento desse significado, para a vida das pessoas, é importante para a melhoria da qualidade dos cuidados (Turato, 2005). A sua utilização permitiu o acesso a conteúdos não possíveis de apurar pelo paradigma primário (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007). O paradigma quantitativo, primário no estudo, caracteriza-se pelo emprego da quantificação concretizada através da utilização de questionários e uso de análise estatística com o fim de determinar um padrão de dados e seu significado (Richardson, 1989; Dzurec & Abraham, 1993; Dalfovo, Lana & Silveira, 2008).

A combinação dos dois métodos permite reduzir as limitações de cada um, pelo que a sua utilização conjunta se complementa, ajudando a compreender e explicar de forma mais clara, fenómenos que de outra forma poderiam permanecer ocultos (Ribeiro, 2010; Polit & Beck, 2011).

1. PROBLEMÁTICA, OBJETIVOS E FINALIDADE

A preparação para o parto, como referido, tem como principal objetivo ensinar à grávida técnicas que apoiam a utilização de estratégias de *coping* adequadas à gestão do trabalho de parto. Apesar de já ser efetuada em várias instituições de saúde do nosso país há vários anos, a sua eficácia não se encontra comprovada na promoção da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, nem na satisfação com a experiência de parto.

Estudos demonstram que a autoeficácia durante o parto influencia a forma como este é percebido (Manning & Wright, 1983; Lowe, 1991; 1993; Slade et al., 2000). Slade e col. (2000) e Manning e Wright (1983) recomendam que as aulas de preparação para o parto incorporem e reforcem a teoria de autoeficácia no seu *curriculum*. Consideram que estas aulas contribuem para que a mulher e o seu companheiro fiquem informados, tenham objetivos realistas, aprendam estratégias de *coping* para a gestão da dor, fiquem preparados para a tomada de decisão e obtenham um sistema de apoio adequado de outras pessoas significativas e de profissionais de saúde. Entender a perceção da dor de trabalho de parto, assim como a perceção de autoeficácia da mulher no pré-parto, pode ajudar os profissionais de saúde a prepararem adequadamente a grávida para o parto e, dessa forma, ajudarem a promover uma experiência de parto positiva (Prata, Santos & Reis Santos, 2009).

A autoeficácia foi aplicada em numerosa investigação sobre confiança materna e resultado do parto. Várias pesquisas foram desenvolvidas, contudo, em Portugal não se encontraram estudos sobre a promoção da autoeficácia na gravidez nem sobre a sua influência na satisfação com o parto.

Neste sentido, a seguinte questão deu origem ao desenvolvimento deste estudo: será que a promoção da autoeficácia durante a gravidez melhora a experiência e a satisfação com o parto?

Com vista à sua consecução definiram-se os seguintes objetivos:

- identificar as intervenções de enfermagem mais adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto;
- desenvolver um programa de intervenção em enfermagem promotor da autoeficácia no trabalho de parto;
- implementar o programa desenvolvido nas sessões de preparação para o parto;
- avaliar a eficácia do programa implementado, na autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto;

- avaliar o impacto do programa na satisfação das mulheres com a experiência de parto.

O estudo tem como finalidade contribuir para melhorar o conhecimento sobre o contributo da autoeficácia na experiência e satisfação com o parto, concorrendo para o desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem que permita à mulher uma maior satisfação com a experiência de parto e, dessa forma, a promoção de uma melhor ligação mãe-filho.

A pertinência do estudo associa-se à possibilidade de preparar melhor as grávidas, aumentando a sua autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, e ao contributo para a reflexão das práticas de educação para a saúde que os enfermeiros de saúde materna e obstétrica se encontram a desenvolver nas sessões de preparação para o parto, auxiliando a perceber como podem ajudar a grávida a utilizar as medidas de conforto aprendidas e as estratégias escolhidas, durante o trabalho de parto. Por estarem implementadas nas várias instituições de saúde, e por fazerem parte da rotina pré-natal e terem uma função importante na educação da mulher/casal, o estudo afigura-se oportuno, no sentido em que visa tornar as sessões de preparação para o parto mais eficazes, através da promoção de intervenções com melhor custo-efetividade (DGS, 2012).

2. DESENHO DO ESTUDO

O desenho do estudo pode ser caracterizado como um conjunto de estratégias, ou um plano e estrutura do trabalho de investigação que compreende a identificação do tipo de abordagem metodológica que se vai utilizar para responder a uma determinada questão de investigação. Envolve a definição das características básicas do estudo, tais como, a população e a amostra a serem estudadas, a definição do modo como será efetuada a colheita de dados, a existência ou não de intervenção direta sobre os indivíduos, o processamento e a análise da informação e a descrição organizada e calendarizada das tarefas e questões logísticas envolvidas. A sua elaboração tenta reduzir e minimizar o viés e o acaso (Oliveira, 2009).

De forma a dar resposta aos objetivos propostos, realizaram-se quatro estudos, em duas etapas distintas.

A primeira etapa teve como finalidade elaborar um programa de intervenção em enfermagem promotor da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto. Para a sua concretização realizou-se uma revisão de literatura e efetuaram-se dois estudos:

Estudo I – Intervenções de enfermagem para a promoção da autoeficácia no trabalho de parto. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de cariz qualitativo e corte transversal. Teve como objetivo geral identificar um conjunto de intervenções de enfermagem adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto. Compreendeu, além da revisão da literatura, entrevistas a mulheres no período pós-parto. Os resultados obtidos permitiram prosseguir para o segundo estudo.

Estudo II – Autoeficácia nas sessões de preparação para o parto: estudo de consensos. Estudo descritivo, de cariz quantitativo, que teve como objetivo geral validar as intervenções identificadas estudando a sua relevância para as sessões de preparação para o parto. Para a sua concretização foi utilizada a técnica de Delphi - técnica de obtenção de opiniões e de consensos de um grupo de especialistas com experiência no assunto. Após a realização de duas rondas foi obtido o consenso e foram validadas as intervenções de enfermagem que iriam integrar o programa de intervenção.

A segunda etapa teve como finalidade implementar e avaliar a eficácia e o impacto do programa de intervenção em enfermagem previamente elaborado, na perceção de autoeficácia das grávidas para lidar com o trabalho de parto e na satisfação com a experiência de parto. Neste sentido, desenvolveram-se duas pesquisas:

Estudo III - Escutar as mulheres: detetar necessidades para a preparação para o parto. Estudo exploratório, descritivo, de corte transversal e cariz misto. Desenvolveu-se com o objetivo geral de conhecer as expectativas e preferências das grávidas relativas ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à sua confiança para lidar com o trabalho de parto. Para a sua concretização foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada, duas escalas e o questionário de autoeficácia no trabalho de parto (QAETP);

Estudo IV - Implementação e avaliação do programa “Construir a confiança para o parto”. Estudo quasi-experimental, com um desenho pré e pós-teste, com medidas repetidas, e grupo controlo, com o objetivo geral de contribuir para o aumento da autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto, concorrendo para uma maior satisfação com a experiência de parto. Para a sua realização usou-se o QAETP e o questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP).

No sentido de facilitar a compreensão e de se permitir uma visualização global dos estudos descritos, apresenta-se um esquema do desenho da investigação.

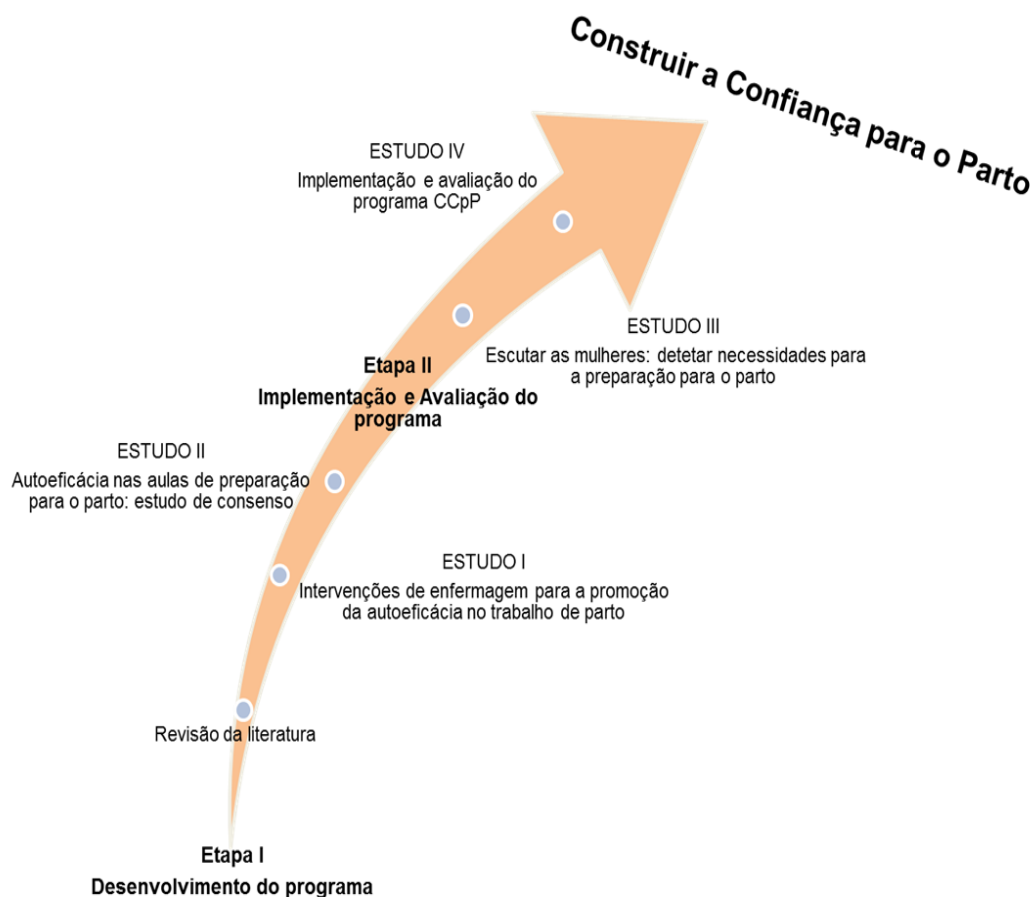


Figura 3: Desenho de investigação

Nos capítulos seguintes apresenta-se cada estudo *per si*.

2.1. População e amostra

O contexto e os participantes, dos estudos I, III e IV foram provenientes de uma instituição hospitalar da região norte de Portugal, que abrange uma população de cerca de três milhões de pessoas e se afirma como um centro de referência. Definiu-se como universo de estudo a Clínica da Mulher, delimitando-se a população à unidade orgânica de obstetria e medicina materno-fetal: Serviços de Consulta de Grávidas e de Puerpério.

Todas as mulheres que se encontravam internadas no serviço de puerpério integraram a população alvo do estudo I. A amostra, não probabilística acidental, foi constituída por 25 puérperas, com mais de 20 anos, que se encontravam internadas

no referido serviço e que aceitaram participar no estudo. A colheita de dados realizou-se no dia da alta hospitalar, no período compreendido entre março e abril de 2009.

O estudo II envolveu enfermeiros e profissionais de saúde com conhecimento ou experiência na área da autoeficácia ou preparação para o parto. Foram convidados a participar no estudo 72 peritos distribuídos pela zona Norte, Centro e Sul de Portugal. A amostra, constituída por 42 peritos, foi obtida de forma não probabilística e intencional, por julgamento. O estudo realizou-se entre junho e julho de 2010

Os estudos III e IV decorreram entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, e tiveram como população alvo todas as mulheres grávidas que frequentavam as consultas de obstetrícia da instituição onde se desenvolveu a pesquisa e tinham intenção de assistir às sessões de preparação para o parto. A amostragem foi não probabilística, por conveniência. A amostra do estudo III foi constituída por 246 grávidas e a do estudo IV por 121 mulheres, com 20 ou mais anos de idade e que aceitaram participar no estudo.

No desenrolar do estudo quasi-experimental (estudo IV), as participantes, tanto no momento da divisão dos grupos, como durante a implementação do programa, não tiveram conhecimento da sua pertença ao grupo experimental ou ao grupo controlo, pelo que o estudo foi cego.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Para a concretização desta investigação foram utilizados vários instrumentos de recolha de dados, designadamente:

- Entrevista semiestruturada, para a qual foi elaborado um guião para identificação das intervenções mais adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto a usar no estudo I (anexo I). O objetivo foi obter dados que permitissem conhecer a opinião das participantes sobre a influência dos determinantes de autoeficácia na confiança materna e na experiência de parto, e dessa forma identificar um conjunto de intervenções de enfermagem adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto.

- Questionários: “Questionário Delphi – 1ª Ronda” e “Questionário Delphi – 2ª Ronda”. Foram aplicados no estudo II, sendo elaborados após revisão de literatura e análise das entrevistas efetuadas no estudo I. Tiveram como objetivo geral validar as

intervenções de enfermagem identificadas. São compostos por duas partes, a primeira com questões destinadas a recolher os dados sociodemográficos da amostra, e a segunda por uma escala que permitia ao perito indicar o seu grau de concordância com as intervenções apresentadas. (anexo II).

- Entrevista semiestruturada, usada na 2ª etapa do trabalho. Foi elaborado um guião de entrevista com o objetivo de colher os dados necessários à caracterização da amostra, e de conhecer as expectativas e preferências das grávidas, que tinham intenção de frequentar as sessões de preparação para o parto na instituição em estudo, relativas ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à confiança da mulher para lidar com o trabalho de parto (anexo III).

- Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto (QAETP). Aplicado nos estudos III e IV, para avaliar a autoeficácia das mulheres para lidarem com o trabalho de parto. É uma escala de autorrelato que tem como objetivo medir as expectativas de resultado e de autoeficácia no trabalho de parto e no parto. Foi usada a versão portuguesa, traduzida e validada por Neves (2010).

- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). Usado no estudo IV. Teve como objetivo avaliar a satisfação com a experiência de parto. É um questionário de autopreenchimento, com questões relativas às expectativas, experiência, satisfação e dor no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Foi construído e validado para a população portuguesa por Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques e Pais (2004) (anexo IV).

É efetuada uma explicação mais pormenorizada, de cada instrumento, nos capítulos seguintes.

2.3. Considerações éticas

No planeamento e no desenrolar de uma pesquisa é importante que o investigador tenha presente que a investigação "(...) junto de seres humanos levanta questões morais e éticas" (Fortin, 1999, p.13), pelo que, é premente respeitar os princípios éticos e direitos fundamentais do processo de pesquisa que envolve pessoas.

Na realização deste estudo teve-se em conta os direitos dos participantes, uma vez que todos foram informados, como preconizado por Fortin (2009), sobre:

- o seu direito de decidir, livremente, aceitar ou recusar a todo o tempo a participação no estudo, informando-se que a recusa não levaria a qualquer prejuízo na assistência prestada durante e após a participação no estudo;

- os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto que poderia resultar da participação na investigação. Informou-se que não se previa que o estudo trouxesse riscos, mas sim, que trouxesse como benefício uma melhor preparação da grávida para o parto, tornando-a mais confiante e ativa, podendo assim uma maior confiança levar a uma maior satisfação com o parto. O principal incómodo que, eventualmente, poderia causar seria um pequeno aumento no tempo de duração da sessão de preparação para o parto, e algum tempo para o preenchimento dos questionários, que se previa ser de, aproximadamente, 30 minutos;

- a privacidade e a confidencialidade da informação. Dada a natureza da recolha de dados, aquando da realização das entrevistas, pela interação pessoal que estas exigem, não foi possível manter o anonimato (Streubert & Carpenter, 2002), mas foi garantida às participantes a privacidade e confidencialidade dos dados.

De acordo, com o preconizado pela Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983) todos os participantes dos estudos I e III assinaram o termo de consentimento informado (anexo V). No estudo II considerou-se que todos os sujeitos consentiam na sua participação quando devolviam por correio eletrónico o questionário enviado, devidamente preenchido.

Foi autorizada a utilização do QAETP pela autora, que procedeu à sua tradução e adaptação para a população portuguesa (Neves, 2011) e pela criadora do questionário original, o Childbirth Self-Efficacy Inventory (Lowe, 1993) (anexo VI).

Foi consentida a aplicação do QESP pelos autores que realizaram a sua construção e validação para a população portuguesa (Costa et al., 2004) (anexo VII).

A realização do estudo no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da instituição foi autorizada pelo Conselho de Administração após parecer positivo da Comissão de Ética da Instituição, bem como do Diretor e da Enfermeira Chefe dos respetivos Serviços (anexo VIII).

2.4. Tratamento dos dados

Neste estudo, no que diz respeito ao tratamento de dados resultantes das entrevistas efetuadas, usou-se a técnica de análise de conteúdo de acordo com o proposto por Bardin (2004). Este procedimento será descrito mais pormenorizadamente no capítulo seguinte.

No processo de análise dos dados quantitativos, para verificar a fidelidade dos questionários, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação *alpha de Cronbach* que permite avaliar a consistência interna do instrumento aplicado. O estudo descritivo dos dados foi realizado com recurso às medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, coeficiente de variação e amplitude interquartil).

Com o objetivo de analisar a normalidade da distribuição das variáveis utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. No sentido de extrapolar os resultados para a população, foi utilizada a estatística inferencial, nomeadamente, os testes paramétricos (*t-Student* para amostras independentes e emparelhadas e análise de variância, *F-ANOVA*, para medidas repetidas) e não-paramétricos (teste de Qui-quadrado, *U-Mann Whitney* e *Kruskal-Wallis*) sempre que não se apuraram as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos.

Relativamente à significância, considerou-se que os valores encontrados eram significativos quando $p < ,05^*$; muito significativos quando $p < ,01^{**}$ e extremamente significativos quando $p < ,001^{***}$. Valores estatísticos com p igual ou superior a 0,05 foram considerados como diferença estatística não significativa.

O tratamento estatístico foi processado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0, para Windows.

A organização e a apresentação de dados foram efetuadas por estudo e de acordo com o tipo de variáveis, sendo os resultados quantitativos apresentados em tabelas e gráficos.

Nos capítulos seguintes, são apresentados, de forma discriminada, os vários estudos que esta investigação compreende.

3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA NO TRABALHO DE PARTO

A autoeficácia tem sido descrita como uma variável importante para a adoção de um grande número de comportamentos relacionados com a saúde (Schunk & Carbonari, 1984; O'Leary, 1985; 1992; Strecher et al., 1986; Wallston, 1992).

As crenças de autoeficácia estão na origem da motivação, bem-estar e realização pessoal, e têm um papel importante na obtenção e modificação do comportamento. Isto acontece porque se a pessoa não acredita que as suas ações produzem o resultado esperado, vai ter pouco incentivo para agir ou perseverar em face de dificuldades (Pajares, 2002).

Os indivíduos formam as suas crenças de autoeficácia mediante a interpretação da informação que obtêm. Bandura propõe que existam pelo menos quatro determinantes possíveis para a autoeficácia: experiências pessoais de sucesso, observação do desempenho dos outros (aprendizagens vicariantes), persuasão verbal e perceção dos estados somáticas e emocionais (Bandura, 1977; 1981; 1986; 1997; Bzuneck, 2001; Pajares, 2002; Pereira & Almeida, 2004; Baptista et al., 2006; Zinken et al., 2008). Estes determinantes podem atuar de forma independente ou combinada, não influenciando a autoeficácia de modo automático, mas através de um processamento cognitivo pelo qual a pessoa considera, por um lado, as suas próprias capacidades percebidas e as experiências passadas e, por outro lado, os diversos componentes da situação, tais como a dificuldade da função, o seu grau de exigência e a possível ajuda que possa receber.

No que diz respeito ao trabalho de parto, a confiança materna foi identificada por Lowe (1989; 1991) como um componente importante no *coping* do trabalho de parto, tendo a autora verificado que a confiança da mulher na sua capacidade para lidar com o parto é um preditor significativo da perceção da dor de trabalho de parto. Diversa pesquisa efetuada, associou o aumento da confiança materna com uma experiência de menos dor durante o trabalho de parto (Crowe & Baeyer, 1989) e por consequência com uma maior satisfação com o parto.

Neste capítulo, apresenta-se o tipo de estudo, os objetivos e a sua finalidade, o material e método, os resultados, a discussão, bem como algumas considerações finais.

1. TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS E FINALIDADE

Após se ter efetuado uma revisão da literatura relativa aos determinantes de autoeficácia na confiança materna e experiência de parto, e no sentido de melhor compreender a percepção das mulheres sobre a temática em estudo, desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo, de cariz qualitativo e corte transversal.

Para a sua concretização delinear-se os seguintes objetivos:

- conhecer a experiência anterior de parto, de um grupo de participantes, e a sua influência na autoeficácia para lidar com esse momento;
- conhecer a opinião das participantes sobre a importância da aprendizagem vicarial na promoção da confiança para lidar com o trabalho de parto;
- analisar de que forma a persuasão verbal promove a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto;
- analisar de que forma a percepção dos estados somáticos e emocionais influencia a confiança materna e a experiência de parto.

A finalidade do estudo foi identificar um conjunto de intervenções de enfermagem adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto.

2. MATERIAL E MÉTODO

Neste subcapítulo descrevem-se a população e a amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos para a análise de dados.

2.1. População e amostra

A abordagem qualitativa numa investigação exige um trabalho de proximidade e interação com o investigado, com um grupo, ou a observação em contexto natural, o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas

pensam, sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2010).

Desta forma, a escolha do contexto está intimamente relacionada com o local onde os indivíduos de interesse se encontram, tendo a recolha de dados sido efetuada no Serviço de Puerpério de uma instituição hospitalar da região Norte do país.

A população alvo do estudo foi constituída por mulheres no período pós-parto que se encontravam internadas nesse serviço.

O método de amostragem escolhido foi não probabilístico acidental, dado permitir obter amostras simples constituídas por indivíduos que acidentalmente participam no estudo (Ribeiro, 2010).

O número adequado de participantes depende, entre outros fatores, das características da investigação, pelo que, para determinar o tamanho da amostra nos devemos basear nas ações que permitem atingir o objeto de estudo. Segundo Fortin (2009) nas abordagens qualitativas o tamanho da amostra é, habitualmente, decidido pela saturação dos dados, que acontece quando a colheita de dados já não facultava novas informações.

A amostra foi, então, constituída por 25 puérperas, com mais de 20 anos, que se encontravam internadas no referido serviço, no dia da alta hospitalar (48 a 72h pós-parto), no período compreendido entre março e abril de 2009 e que aceitaram participar no estudo.

Todas as entrevistas foram efetuadas pela investigadora.

2.2. Instrumento de recolha de dados

A natureza deste estudo conduziu a que se utilizasse a entrevista semiestruturada como método de colheita de dados, por se tratar de um instrumento que permite reunir uma quantidade adequada de informação (Polit & Beck, 2011).

Nas entrevistas, o entrevistador segue o entrevistado fazendo perguntas ocasionais para ajustar o foco ou para clarificar aspetos importantes. Tem, usualmente, um guia com os tópicos a serem cobertos, embora sem uma ordem rígida.

No início, realizou-se uma pesquisa bibliográfica que permitiu elaborar o guião da entrevista que, por si, possibilitou que se dispusesse de uma série de perguntas

semiestruturadas pelas quais nos norteámos. O guião foi elaborado de acordo com os objetivos de estudo, tendo por base a teoria social cognitiva de Bandura (1977).

Relativamente ao registo, os dados podem ser escriturados de diversas formas e tipos e, posteriormente, decodificados e organizados para dar sentido à investigação (Ribeiro, 2010). Vários autores (Bogdan & Biklen, 1994; Quivy & Campenhoudt, 2008) consideram que a gravação das entrevistas é essencial sendo a melhor forma de evitar a perda de informações importantes, pelo que, seguindo as suas orientações, as entrevistas foram gravadas e guardadas em formato digital.

Estabeleceu-se contacto com as participantes, com a finalidade de apresentar o estudo, os objetivos, a finalidade, a escolha do local e obtenção de autorização para a gravação das entrevistas, bem como para garantir a confidencialidade. Após obtenção de consentimento informado, e depois de todas as condições estarem reunidas, procedeu-se à realização da entrevista, que teve uma duração média de 20 minutos.

2.3. Procedimentos para a análise de dados

No tratamento da informação, que se iniciou após a transcrição das entrevistas, usou-se a técnica de análise de conteúdo que, segundo Bardin (2004), é “...um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção desta mensagem” (p. 31).

A análise de conteúdo foi efetuada em três fases: na primeira procedeu-se à organização “que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise” (Bardin, 2004, p. 95) realizando-se leituras sucessivas, entrevista a entrevista, a fim de possibilitar a enumeração das categorias; na segunda, que consiste na descrição analítica, isto é, na administração sistemática das decisões tomadas, efetuou-se a codificação dos dados e criaram-se as unidades temáticas e categorias. A análise categorial, segundo Bardin (2004), é útil quando utilizada em discursos diretos e simples, pois permite “a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem” (Bardin, 2004, p. 32). A homogeneidade (uma categoria tem apenas um registo e uma dimensão da análise), a exaustividade (análise profunda e pormenorizada), a exclusividade (cada unidade

de significação só pertence a uma categoria), a objetividade (as diferentes partes de um mesmo material são sempre codificadas da mesma forma) e a pertinência e adequação no processo de categorização (as unidades de significação estão conforme o conteúdo e os objetivos do estudo), foram os princípios básicos, recomendados por Bardin (2004), que se respeitaram.

Na terceira fase, que expressa o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação, no sentido de se comprovar a fidelidade da interpretação, recorreu-se a dois investigadores experientes que realizaram, igualmente, a análise de conteúdo das entrevistas. Após serem confrontados os resultados entre os pesquisadores, efetuou-se a escrita descritiva e interpretativa dos padrões emergentes.

A apresentação dos resultados é efetuada de acordo com a unidade temática e as categorias definidas. Excertos das entrevistas acompanham a descrição dos dados sendo cada excerto identificado de acordo com a codificação atribuída à entrevista a que pertence, por exemplo: (E1) - Entrevista realizada à participante 1.

3. ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após se efetuar a caracterização sociodemográfica das participantes, procedeu-se à análise, interpretação e discussão dos dados empíricos.

3.1. Caracterização da amostra

A amostra, como referido anteriormente, foi constituída por 25 puérperas, cujas idades variaram entre os 23 e os 42 anos, sendo a média de idades de 32,3 anos, com um desvio padrão de 4,5.

Relativamente ao estado civil, a maioria (84%, $n=21$) era casada ou vivia em união de facto, 12% ($n=3$) eram solteiras e uma (4%) era divorciada.

Quanto ao nível de escolaridade, 56% ($n=14$) das puérperas estavam habilitadas com um curso de licenciatura, 16% ($n=4$) terminaram o 3º ciclo do ensino básico ou o ensino secundário e 12% ($n=3$) possuíam o 2º ciclo do ensino básico.

No que diz respeito à atividade profissional, verificou-se que 52% ($n=13$) das participantes tinham uma profissão enquadrada, no quadro da Classificação

Portuguesa das Profissões 2010 (INE, 2011), no grupo dos *Especialistas das atividades intelectuais e científicas*, 12% ($n=3$) inseriram-se no grupo dos *Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores*, 8% ($n=2$) no grupo do *Pessoal administrativo* e no grupo dos *Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices* respetivamente, e 4% ($n=1$) pertenciam ao grupo dos *Técnicos e profissões de nível intermédio*. Estavam numa situação de desemprego 16% ($n=4$) das inquiridas.

A maioria das puérperas (52%, $n=13$) era primípara, sendo 48% ($n=12$) multíparas. Todas as multíparas tiveram o seu último filho há mais de três anos.

As aulas de preparação para o parto foram frequentadas por 64% ($n=16$) das puérperas. Iniciaram-nas entre as 12 e as 36 semanas de gestação ($M=30,1$, $DP=5,8$) e assistiram, em média, a 10 sessões ($DP=5,2$). Verificou-se serem as primíparas que mais as frequentaram, com uma diferença estatisticamente significativa (Teste exato de Fisher, $p=,04$) entre os grupos.

Quanto ao tipo de parto, 68% ($n=17$) das participantes tiveram o seu filho por parto eutócico, 12% ($n=3$) tiveram parto distócico por ventosa e 20% ($n=5$) efetuaram cesariana.

Em média, o trabalho de parto durou 8 horas e 33 minutos ($DP=5:34h$), com uma duração mínima de 2h e 30min. e uma duração máxima de 20h. Das puérperas que tiveram parto por via vaginal, 80% ($n=16$) solicitaram analgesia epidural. Verificou-se uma diferença bastante significativa no resultado das variáveis pedido de analgesia epidural e duração do trabalho de parto ($U=6,500$, $p=,011$), observando-se que nas mulheres que solicitaram analgesia epidural o trabalho de parto foi mais prolongado.

Quanto à experiência de parto, 64% ($n=16$) das participantes referiram ter tido uma experiência positiva, enquanto as restantes a classificaram como negativa (36%, $n=9$).

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos anteriormente, tendo por base o referencial teórico, procedeu-se à análise de conteúdo dos discursos produzidos tendo-se estabelecido *a priori* um único domínio “Determinantes de autoeficácia” que agrega as categorias: experiência anterior, persuasão verbal, aprendizagem vicarial, e perceção dos estados somáticos e emocionais. Onze subcategorias surgiram após exploração dos significados expressos nos discursos das participantes (Quadro 1).

Quadro 1: Determinantes de autoeficácia

Categorias	Subcategorias
Experiência anterior	Experiência anterior de trabalho de parto positiva Experiência anterior de trabalho de parto negativa Expetativas sobre o trabalho de parto
Persuasão verbal	Persuasão verbal de pessoas significativas Persuasão verbal de peritos
Aprendizagem vicarial	Aprendizagem vicariante dos <i>mass media</i> Partilha de experiências
Perceção dos estados somáticos e emocionais	Ansiedade Medo Dor Autocontrolo

3.2. Determinantes de autoeficácia

Bandura (1977, 1997) sugere quatro determinantes de autoeficácia que podem atuar de forma independente ou combinada. A informação assim adquirida influencia a autoeficácia através de um processamento cognitivo pelo qual o indivíduo considera, por um lado, as suas próprias capacidades percebidas e experiências passadas e, por outro, a dificuldade da função, o seu grau de exigência e a possível ajuda que possa receber.

3.2.1. Experiência anterior

A interpretação dos resultados de comportamentos anteriores é o determinante com mais influência na aquisição da autoeficácia. Esta torna-se no maior contributo individual para aumentar a confiança, pois fornece a informação mais forte para realçar crenças de eficácia, proporciona informação direta sobre a realização e leva à formação de juízos de eficácia mais exatos. A experiência anterior de trabalho de parto positiva foi considerada como relevante pelas mulheres, como se pode verificar nos testemunhos seguintes:

“(...) o primeiro parto correu espetacularmente bem, estava muito bem controlada, tive um ótimo acompanhamento e adorei aquilo, (...)” (E4)

“(...) eu sabia que tinha que passar por aquilo [trabalho de parto] e era muito novinha, muito inexperiente e estava na faculdade, foi tudo uma surpresa, a gravidez e consegui, portanto, aí deu-me uma força para que os outros [partos] fossem iguais.” (E12)

A percepção positiva da experiência anterior de trabalho de parto levou a sentimentos de bem-estar, de confiança e de percepção de controlo, o que corrobora o argumentado por Conde e col. (2007) que referem que quando percecionada como positiva, a experiência de parto leva a “(...) sentimentos de enriquecimento pessoal e bem-estar, percepção de eficácia e controlo (...)” (p. 51).

Pelo contrário, uma percepção negativa, originada por uma experiência anterior de trabalho de parto negativa, leva a sentimentos de medo e de insegurança, como podemos entender dos discursos seguintes:

“Eu antes de vir (...) estava com um bocado de medo, porque a minha filha do meio foi a pior experiência que eu tive (...) foi um parto muito doloroso (...) se tivesse sido a primeira a nascer eu não tinha tido mais filho nenhum, foi mesmo uma má experiência.” (E5)

“Desta segunda vez, realmente, vim mais apreensiva (...) realmente eu vim muito otimista da primeira vez e foi uma má experiência, desta segunda vez vim mais apreensiva (...)” (E13)

Uma experiência anterior de parto, percecionada como negativa, segundo Conde e col. (2007), pode originar sentimentos de impotência e de incapacidade para lidar com a situação futura, pois está relacionada com mais altos níveis de ansiedade e de percepção de dor. Bzuneck (2001) refere que experiências anteriores percecionadas como fracassos estão associadas a ansiedade frente a novas tarefas, por afetarem a percepção de autoeficácia. Num estudo fenomenológico efetuado por Nilsson, Bondas e Lundgren (2010) com o objetivo de descrever o sentido da experiência anterior de parto em mulheres grávidas com um medo intenso do parto, os autores concluíram que uma experiência anterior relacionada com sentimentos de inadequação e com falta de apoio no trabalho de parto permanece gravada na mente das mulheres, dando origem a sentimentos de medo, de solidão e de falta de confiança na sua capacidade para parir.

Considerando esta influência nas experiências futuras e o grande impacto na confiança materna, o questionamento sobre experiências anteriores, é uma intervenção de enfermagem que se reconhece como necessária. A identificação prévia das experiências anteriores de parto, principalmente as negativas, permite à enfermeira de saúde materna e obstétrica adaptar a sua intervenção às

necessidades da cliente, trabalhando atempadamente os sentimentos negativos relacionados com o parto.

Quanto às expetativas relativas ao trabalho de parto, elas afetam a forma como a mulher vai vivenciar essa experiência:

“Eu para este parto vim com uma expetativa maior (...) não correu bem! (...) com esta minha filhota pensei que podia viver ainda melhor o parto, aproveitar cada minutinho, e acho que talvez por circunstâncias do próprio serviço, não me apercebi muito bem, aquilo teve que ser um bocadito mais acelerado, o que me privou de viver este parto, o meu último parto (...)” (E4)

“Eu antes de vir já sabia que ia ser um parto fácil.” (E5)

“Agora da minha filha o processo foi diferente, (...), vim com outra expetativa e senti mais o dequite, senti uma dor maior, desta vez, não me desliguei tanto do que estava à volta, mas claro fiquei contentíssima, mas foi diferente, no primeiro filho o impacto foi maior.” (E6)

Identificar as expetativas que a mulher tem em relação ao trabalho de parto e ajudá-la a criar expetativas realistas é essencial, pois, como reporta uma das participantes:

“(...) ter informação real mesmo, objetiva, acima de tudo, é isso, ser objetiva, é muito importante, porque assim temos realmente consciência de como é que as coisas são na realidade, nem pintar as coisas muito cor-de-rosa, mas também não pôr um quadro negro e traumático.” (E24)

Estes dados corroboram o referido por Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais (2003) a “(...) formulação de expetativas mais realistas (...) poderão ser de extrema importância para a diminuição do mal-estar e das preocupações que em muito contribuem para a deterioração da qualidade da experiência de parto.” (p. 65), sugerindo os autores que para a sua concretização é necessária uma maior preparação e maior participação da mulher no trabalho de parto.

3.2.2. Persuasão verbal

A persuasão verbal consiste num encorajamento verbal dado por sujeitos dignos de confiança, ou pessoas significativas, e peritos. É uma estratégia assente na avaliação feita pelos outros, que pode contribuir para desempenhos com sucesso se o reforço positivo for proporcionado dentro dos limites reais, e se a experiência da pessoa é estruturada para que possa ter sucesso (Bandura,1997). As crenças de autoeficácia também se podem desenvolver como resultado da persuasão social,

que é empregue na tentativa de convencer as pessoas de que possuem as capacidades necessárias para alcançar o que procuram.

Pela análise dos discursos consegue-se perceber que as participantes consideraram relevante a persuasão verbal de pessoas significativas:

“(…) a minha prima tinha tido um filho há pouco tempo e disse-me que era fácil: -Tu só tens de chegar lá e eles dizem: ‘puxa e tu puxas mais nada, dás três puxos e ela está cá fora’. E eu ia assim nessa ideia.” (E6)

No entanto, uma das intervenientes no estudo observou que a persuasão verbal efetuada por outros significativos pode acarretar uma responsabilidade acrescida por elevar as expectativas quanto ao comportamento expectável durante o trabalho de parto:

“Claro, que depois há sempre aquele peso, as mães e as avós: -‘Ai, vai ser um parto normal, tudo normal, nem vais necessitar de anestesia, tu vais ver!’; - é o ideal.” (E24)

A persuasão verbal efetuada por peritos foi, também, considerada importante. A informação veiculada, nas aulas de preparação para o parto, transmitiu sentimentos de tranquilidade, segurança e confiança:

“... as aulas teóricas são muito produtivas, gostei muito. Sim, acho que eles explicam tudo, as contrações que uma pessoa vai sentir, o que se vai passar, o ter que conseguir controlar a dor (...).” (E8)

“E a maneira da enfermeira falar é muito bom, a forma como ela nos fala, isso tudo ajuda e a pessoa fica mais segura.” (E9)

“Também tiveram o cuidado de dar alguma informação sobre a epidural, os falsos mitos, tudo isso, e depois ouvi também experiências ... das próprias pessoas que estavam a dar formação, acho que nos tranquiliza. Dá muita confiança!” (E24)

Desenvolver a autoeficácia através da informação sobre as capacidades para realizar uma tarefa é convincente se a comunicação for efetuada por pessoas credíveis, consideradas peritas na área, como podemos verificar nos testemunhos:

“(…) ter o apoio dos profissionais que nos dizem que conseguimos, e todos com a mesma filosofia, ajuda no parto.” (E15)

“(…) ajudou eu ter tido as aulas com a enfermeira parteira que depois na hora estava lá, ajudou muito. Também tínhamos outro tipo de relação - que foi das aulas (...).” (E24)

Reforçar positivamente a capacidade para ser ativa no trabalho de parto é, também, uma intervenção adequada, pois como refere Bandura (1997), através da persuasão positiva, as pessoas podem sentir-se encorajadas e estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como sendo superiores às suas capacidades.

3.2.3. Aprendizagem vicarial

A autoeficácia pode, também, ser influenciada pela análise do desempenho de outras pessoas, como uma experiência indireta que se obtém pela observação de um modelo. Esta fonte de informação pode produzir mudanças importantes e duradouras no comportamento dos indivíduos com pouca certeza das suas capacidades, ou com pouca experiência anterior.

A aprendizagem vicariante, de acordo com Lowe (1993), pode acontecer através da visualização do comportamento dos outros ou através dos *mass media*. Na sociedade atual a *internet* tornou-se uma fonte de informação importante, inclusive na área da saúde, onde a procura de informação é cada vez maior (Santana & Pereira, 2007; Larsson, 2009), pois segundo Burneo (2006) é um meio acessível e robusto para a educação em saúde. A aprendizagem vicariante dos *mass media* foi uma das subcategorias que emergiram, tendo as intervenientes no estudo referido ter recorrido à *internet* para obter informação:

“(...) informei-me andei a ver na *internet* a consultar blogs ver sites e pronto queria um parto o mais natural (...)” (E16)

“De vez em quando entrava na *internet* e via aqui uma coisa, ali outra coisa, basicamente. Alguma dúvida que tivesse em relação a algum tema ia ver.” (E25)

De igual modo, visualizar vídeos sobre trabalho de parto foi também uma ação valorizada por algumas participantes no estudo, como se pode notar nos seguintes testemunhos:

“(...) acho que era muito importante que se visualisassem vídeos, (...)” (E4)

“Uns filmes, até é bom, até é positivo (...)” (E18)

O papel da modelação, segundo Bandura (1997), dá a oportunidade ao indivíduo de adquirir crenças de autoeficácia através da observação de outros bem-sucedidos. Filmes que reflitam experiências de parto positivas e que mostrem a forma como outras mulheres lidaram com o trabalho de parto, transmitem às grávidas uma sensação de confiança, principalmente se estas conseguirem encontrar semelhanças que lhes permitam dizer “*se ela foi capaz, eu também sou*”.

No entanto, se observados sem supervisão de um profissional devidamente qualificado que comente o filme que se está a observar, podem levar a sentimentos de insegurança, de medo e potenciar a ansiedade, como apurado nos depoimentos seguintes:

“Ver vídeos, (...), para pessoas indecisas pode não ser bom.” (E12)

“Ver vídeos não, porque acho que poderia ter um efeito contrário. Nesta altura conheci muitas grávidas que foram procurar à net ver trabalhos de parto e isso, depois vinham e diziam já viste aquilo e vinham aterrorizadas. Eu (...) às duas semanas [de gravidez] vi na TV qualquer coisa sobre o parto natural e chorei do princípio ao fim.” (E15)

“Vi vídeos, porque pesquisei na net (...) mas achei que aquilo realmente - cada caso é um caso e então... não achei que facilitasse, sinceramente acho que não.” (E22)

“(...) eu cheguei a ver uns [filmes] (...) aquilo era traumático!” (E24)

A aprendizagem vicariante é particularmente poderosa quando os observadores veem semelhanças em alguns atributos e, então, assumem que o modelo é diagnóstico da sua própria capacidade. Observar as pessoas desempenhando atividades sem consequências adversas, pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de as realizar, dando-lhe oportunidade de crer nas suas próprias capacidades (Bandura, 1977,1997). Nas sessões de preparação para o parto, se se optar por mostrar às grávidas filmes sobre o trabalho de parto, estes devem refletir experiências positivas, ser comentados e estar de acordo com as características do grupo a que se destinam.

A partilha de experiências como forma de aprendizagem vicarial, que permite a análise da experiência dos outros, foi considerada uma atividade importante na construção da confiança da mulher na sua capacidade de lidar com o trabalho de parto e parto, como se pode constatar nos seguintes depoimentos:

“(...) se houvesse alguém que fosse falar da sua experiência (...) era isso que eu queria dizer com o realismo, saber de experiências mais próximas da verdadeira.” (E4)

“Saber experiências de outras pessoas (...) experiências positivas sim, porque as pessoas não ficam com tantos receios, não ficam tão tensas.” (E13)

“(...) fez-me sentir mais autoconfiança a partilhar a experiência. Tínhamos o grupinho e a gente ia partilhando a experiência e foi uma coisa positiva (...).” (E17)

Convidar casais para relatarem a sua experiência de parto e promover a discussão intragrupo sobre procedimentos no trabalho de parto confirmam-se como intervenções relevantes a desenvolver nas sessões de preparação para o parto.

3.2.4. Percepção dos estados somáticos e emocionais

A percepção de estados somáticos e emocionais pode levar o indivíduo a inferir que não é capaz de realizar certas tarefas, originando uma influência negativa nas suas crenças de autoeficácia.

As crenças de autoeficácia influenciam os padrões de pensamento e as reações emocionais de um indivíduo. Alta autoeficácia ajuda a criar sentimentos de serenidade na aproximação a atividades e tarefas difíceis. Ao contrário, pessoas com baixa autoeficácia podem crer que as coisas são mais difíceis do que realmente são, crença que nutre ansiedade, stresse, depressão e ainda uma visão estreita sobre a melhor forma de resolver um problema.

A percepção de autoeficácia, segundo Pereira e Almeida (2004) foi analisada como um "...fator de proteção da resposta fisiológica de stresse. Representa a 'avaliação secundária' no modelo transacional de stresse de Lazarus, referindo-se à apreciação das competências pessoais para lidar com os agentes ameaçadores" (p. 587). Os indivíduos manifestam menor ansiedade e uma resposta fisiológica reduzida quando creem possuir as capacidades apropriadas para enfrentar ou controlar um agente stressor.

Pelos discursos expostos, observa-se que os sentimentos de ansiedade estiveram presentes durante a gravidez e o parto e são mencionados por quase todas as participantes do estudo:

"Ela [a médica] quis sempre que fosse parto natural, e sempre que ela falava disso vinham-me as lágrimas aos olhos por que não era isso que eu queria (...) Fiquei traumatizada!" (E9)

"(...) quanto tempo demora uma contração (...) olhar para o relógio e saber que está quase a passar, (...)." (E9)

"(...) foi um bocadinho desesperante eu estar ali tantas horas, eu cheguei mesmo a ter uma crise de ansiedade bastante grande." (E23)

"(...) eu estava desesperada, já chorava, estava mesmo a desesperar!" (E25)

A ansiedade é uma resposta emocional que se traduz por um sentimento de insegurança ou medo sem fundamento real. Como exposto na CIPE® (ICN, 2011), trata-se de uma emoção negativa, que se caracteriza por "sentimentos de ameaça, perigo ou angústia" (p. 39). Pode exprimir-se por um sentimento de inquietação, sensação de perigo iminente (medo de insucesso, morte súbita, medo de perder o controlo, medo de ficar mentalmente desestabilizado) e, ainda, ser acompanhada por algumas manifestações físicas, tais como xerostomia, taquicardia, sudorese, opressão torácica e vertigens. No parto, a ansiedade está negativamente associada

com a presença de expectativas positivas (Costa et al., 2004). Neste sentido, Salvetti e Pimenta (2007) consideraram que para melhorar a percepção de autoeficácia e o desempenho é preciso minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade e o medo, e melhorar o bem-estar físico.

As intervenções de enfermagem sugeridas para aliviar a ansiedade passam por identificar a ansiedade-traço, característica estável e permanente dos indivíduos (Telles-Correia & Barbosa, 2009), e por ensinar técnicas de autocontrolo da ansiedade. Para diminuir a ansiedade, pode-se utilizar terapia comportamental, com vista a modificar comportamentos relacionados com o medo e a diminuir a resposta fisiológica e, ainda, terapia cognitiva com o fim de modificar as crenças e os padrões de pensamento relacionados com o medo, as interpretações catastróficas e a atenção (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Durante a gravidez, nas sessões de preparação para o parto, é aconselhado numa primeira fase dar informação à grávida sobre os fatores que podem ser desencadeadores do medo e da ansiedade, tais como, as sensações com que as parturientes se podem deparar durante o trabalho de parto, o ritmo do trabalho de parto, ou as características das contrações uterinas. Numa segunda fase, com a finalidade de diminuir as respostas ansiosas, designadamente as respostas fisiológicas e a alteração das crenças, são ensinadas habilidades, tais como: o reforço do auto pensamento positivo, as crenças positivas sobre trabalho de parto, a gestão de emoções negativas (como o medo, a irritabilidade, a impaciência) e a identificação de padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de *coping* tendencialmente mais adaptativas (e.g. “não sou capaz”). Na terceira fase é efetuado o confronto com a situação, através da visita ao bloco de partos e da visualização de filmes sobre o trabalho de parto, de forma a diminuir as respostas ansiosas e a aumentar as expectativas de autoeficácia.

As sessões de relaxamento e o proporcionar às pessoas habilidades para reduzirem as reações fisiológicas adversas e para alterarem as interpretações da informação somática, segundo Batista e col. (2006), são intervenções eficazes para aumentar a autoeficácia.

Um fator, particularmente relevante relacionado com o parto é o medo. Pelos testemunhos abaixo mencionados constata-se que as participantes vivenciaram medo ou mesmo muito medo do parto durante a gravidez, antecipando a sua reação no trabalho de parto:

“Eu, para esta, até já tinha pedido para fazer uma cesariana, por causa da experiência anterior, porque tinha tanto medo.” (E6)

Quando as múltiparas admitem medo, este é muitas vezes resultado de uma experiência anterior negativa (Fenwick et al., 2013).

Para algumas primigestas, a dor e a desconfiança na sua capacidade para parir gera medo (Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009; Fenwick et al., 2013):

“Porque, eu vinha com medo, (...) chegava cá ao hospital e sempre que tinha algumas dores ou alguma contração ficava sempre em pânico, pelo medo com o parto. Tinha muito medo das dores, de correr alguma coisa mal comigo, de correr alguma coisa mal com o bebé.” (E25)

Estes dados corroboram os de outros investigadores que verificaram que 48,3% das mulheres sentiram medo ou muito medo durante o trabalho de parto e parto (Costa et al., 2004). Saisto e Halmesmäki (2003) comprovaram que o medo intenso de parto está presente em cerca de 6 a 10% das parturientes, manifestando-se em sintomas físicos e psicológicos, sendo a causa de cesariana eletiva em cerca de 7 a 22% dos nascimentos. A evidência sugere que o medo do parto e a confiança estão intimamente ligados. Mulheres com maior perceção de autoeficácia relatam menos medo do que mulheres com baixa perceção de autoeficácia (Lowe, 2000).

O medo do parto aumenta a perceção de dor e potencia uma experiência de parto negativa (Saisto & Halmesmäki, 2003; Lang et al., 2006). Desta forma, torna-se necessário minimizar os seus efeitos intervindo precocemente. Lang e col. (2006) consideram importante utilizar, nas sessões de preparação para o parto, estratégias como: a educação e o confronto com a situação, por forma a reduzir o medo, e a obterem-se resultados mais positivos com a experiência de parto. Referem que informar acerca dos procedimentos no trabalho de parto é um meio efetivo na redução do medo.

Fenwick e col. (2013) sugerem que as técnicas de relaxamento e a visita à sala de parto são intervenções eficazes para diminuir o medo do parto, sendo isso mesmo o considerado pelas participantes do estudo:

“Saber relaxar, foi muito útil no trabalho de parto.” (E3)

“Aprender a relaxar aumenta a confiança das pessoas. É muito importante.” (E12)

“Relaxar é extremamente importante. Nós não temos noção da pressão que fazemos muitas vezes só em franzir os olhos, da tensão, o corpo fica tão tenso, tão tenso, que é complicado mesmo relaxar, e eu achei muito importante.” (E25)

“Ver bem o local onde se vai ter [o parto], ver se os profissionais são bons, é essencial.” (E20).

“Visitar a sala de partos foi muito importante.” (E23)

Quanto à dor de trabalho de parto é referenciada pela maioria das mulheres como uma dor de intensidade elevada (Melzack et al., 1981; Niven & Gijbers, 1984; Escott et al., 2009). É um fenómeno complexo e multidimensional em que a idade, a personalidade, a cognição, o comportamento, os valores e os modelos culturais, a ansiedade, a experiência anterior e o ambiente influenciam as respostas individuais aos estímulos dolorosos.

Como se observa nos depoimentos, a dor de trabalho de parto é comum nas inquiridas e influencia a forma como o parto é vivenciado:

“O trabalho de parto correu mal, porque passei muitas horas em trabalho de parto e sofri um bocadinho, com as dores.” (E2)

“(...) sem aquela dor como senti no início, nada de muito, se pudesse ser sem sofrimento preferia porque aproveitava ao máximo.” (E5)

“(...) a gente chega a um ponto em que as dores são tantas, em que já dói em todos os sítios!” (E6)

“No parto a dor causa sofrimento, mas como sabemos que é um sofrimento temporário que vai levar a uma nova vida, nós encaramos essa dor com uma perspetiva completamente diferente. (...) a dor às vezes tira-nos o foco a concentração, naquele momento em que precisamos de ouvir e obedecer às instruções que nos estão a dar, porque temos de colaborar, senão não funciona.” (E7)

“Ter que estar ali a puxar e tentar não sentir aquela dor muito forte (...) aí é que eu fiquei sem forças, foi traumatizante.” (E8)

“(...) o ter que conseguir controlar a dor (...).” (E9)

“Eu também não conseguia estar em casa com aquelas dores todas.” (E23)

A dor é um dos fatores que mais negativamente interfere na experiência de parto levando a que a mulher fique menos disponível para se envolver emocionalmente com o bebé (Figueiredo et al, 2002).

A “dor de trabalho de parto desencadeia uma série de alterações que levam a mudanças hemodinâmicas, da frequência e intensidade das contrações uterinas, do tempo de trabalho de parto e do tipo de nascimento” (DGS, 2001, p. 52), pelo que a sua gestão se torna importante. No Plano Nacional de Luta Contra a Dor, a DGS (2001) recomenda que se devem ensinar formas de autocontrolo da dor, incluindo estratégias não farmacológicas. Não só estratégias comportamentais mas, também, estratégias cognitivas, tais como: técnicas de distração (envolve a dispersão da atenção sobre a dor, tanto através de técnicas passivas - a atenção é desviada para outro estímulo - como ativas - desenvolvimento de tarefas que compitam com a dor, tais como somar ou contar para trás) e técnicas de imaginação dirigida (envolve a

visualização de si próprio a executar com êxito a função desejada, utilizando componentes visuais, auditivos e emocionais).

Bruehl e Chung (2004) no seu trabalho sobre técnicas empregues na gestão da dor aguda, no sofrimento, e sua eficácia, relativamente à dor de trabalho de parto, dizem serem essencialmente utilizadas três técnicas de gestão da dor: informação, relaxamento e estratégias cognitivas. Também Heyneman e col. (1990) referem que a identificação de padrões de cognição, que se podem revelar como potenciais fatores de sofrimento para as parturientes, é de particular importância, pelo que a inclusão do ensino de estratégias cognitivas na preparação para o parto pode ser muito útil para as mulheres com tendência para catastrofizar a dor. Instruir e treinar a autodeclaração de forma a aumentar o limiar de sensibilidade à dor, de forma a negar os aspetos negativos da dor ou focando-se nos aspetos positivos dela (reinterpretação), e ainda o treino da autoinstrução – tentar alterar as afirmações negativas sobre a dor e promover o uso da técnica de resolução de problemas – são intervenções que se considera serem relevantes para os enfermeiros de saúde materna e obstétrica efetuarem na preparação para o parto.

No entanto, há mulheres que continuam a encontrar sentido na experiência da dor de trabalho de parto como uma forma de transição para a parentalidade, como representado nos depoimentos abaixo, que estão de acordo com os resultados dos estudos de Costa e col. (2004) e de Davim, Torres e Dantas (2008):

“O parto é emocional, vai para além da dor, ... e acho que a dor faz parte de saber ser mãe, de olhar para um filho e dizer este custou-me, mas, faz parte disso ser mãe. A dor é um componente fisiológico faz parte do processo.” (E3)

“Eu desvalorizo muito a dor, porque se não mata, a pessoa aguenta, porque é uma dor natural (...). Sei que isto não acontece no parto, por alguma razão, esta dor não vai ao limite, é fácil de superar e depois pelo motivo que é, supera-se”. (E12)

O sentimento de competência encoraja a mulher a procurar conhecimento sobre trabalho de parto, e ajuda-a a construir objetivos realistas e a aprender formas de lidar com a dor de trabalho de parto. A mobilização desse conhecimento e as habilidades levam a uma participação mais ativa, a uma experiência menos dolorosa e mais satisfatória (Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009) e a uma maior perceção de autoeficácia.

Muitos estudos evidenciam que o sentir-se em controlo é um dos fatores que mais contribui para a experiência de parto, para o bem-estar emocional e para a confiança materna (Lowe, 2000; Green & Baston, 2003). Como exposto na CIPE® (ICN, 2011) controlo significa “exercer uma influência forte sobre uma situação” (p.

46). No trabalho de parto, controlo pode ter vários significados. Num estudo desenvolvido por Green e Baston (2003) os autores referem que para as mulheres em trabalho de parto, sentir-se em controlo diz respeito ao domínio sobre as atividades dos profissionais, sobre o seu comportamento durante o trabalho de parto e sobre a gestão da dor durante as contrações uterinas. Consideram que o primeiro aspeto se relaciona com o controlo externo - controlo sobre o que nos é feito, relacionado com a participação na tomada de decisão, de um ponto de vista mais social, e os dois últimos dizem respeito ao controlo interno - controlo sobre o corpo e o comportamento, mais fisiológico, um controlo sobre o próprio corpo (Green & Baston, 2003).

Nos testemunhos das participantes, verifica-se que sentir-se em controlo é uma variável muito importante para as mulheres inquiridas, e que o controlo sobre o seu comportamento e sobre a dor é essencial:

“(...) se a pessoa se souber controlar corre tudo muito bem e a dor nem parece ser tão forte como é, (...)” (E10)

“(...) ser capaz de controlar os pensamentos negativos naquele momento, o pensar que vai correr tudo mal, o procurar estar o mais calma possível e confiar.” (E13)

Para algumas mulheres sentir falta de controlo, em associação com a baixa confiança na sua capacidade para parir, origina medo:

“(...) eu é que me descontrolei, porque cismeiei que não havia de gostar, queria que me tirassem o bebé sem eu ajudar nada, não queria estar a sentir nada.” (E7)

“(...) eu já estava muito cansada e por muito que fizesse força (...) eu já não o conseguia fazer.” (E20)

“(...) tinha medo de me descontrolar facilmente, porque sei que é uma coisa que me acontece com alguma facilidade e tinha bastante receio.” (E22)

“Eu acho que na altura quando uma pessoa está com dores, acho que não pensa em nada e perde o controlo, e então a perda de controlo acho que é o pior, e neste caso e em particular acho que perder o controlo com uma vida cá dentro (...)” (E25)

O controlo no trabalho de parto e a confiança estão relacionados. Lowe (2000) indica que mulheres mais confiantes necessitam de menos ajuda e acreditam que conseguem manter o controlo.

Para as participantes do estudo o incentivo dado pelos profissionais de saúde e pelas pessoas significativas, o tipo de respiração, a música e o conhecimento de si mesmas, transmitiu-lhes confiança e facilitou o controlo percebido durante o trabalho de parto:

“Dar a mão ao marido (...) ter o apoio dos profissionais de saúde foi muito significativo para mim.” (E1)

“Tive o apoio de um enfermeiro que não conhecia de lado nenhum. Apesar de ser estranho para mim senti-me bastante à vontade com ele, era uma pessoa extremamente carinhosa, sempre preocupado, eu senti-me muito apoiada e essa parte foi muito boa.” (E22)

“(...) o importante é mesmo termos ali o apoio [do marido] que nos dá segurança e no momento que a gente não tem forças, ele está ali e a gente consegue chegar ao fim.” (E20)

“Estava concentrada na respiração a pensar que ela nos absorve, mas a dor continua lá, mas, assim, conseguimos ter um bom controlo.” (E4)

“(...) a respiração foi muito importante, ajudou a mentalizar, porque imaginei como era o parto.” (E5)

“Se a pessoa desde que sabe que está grávida se se for preparando mentalmente (...) for fazendo estes exercícios, de meditação, com muita música ambiente, eu fiz o parto com música. São exercícios vitais para saberem do que são capazes.” (E3)

“(...) acho que nas aulas principalmente deve-se trabalhar o autoconhecimento, porque a mulher tem que se conhecer bem.” (E7)

“(...) o que é preciso é a pessoa conhecer-se bem.” (E10)

O controlo percebido durante o trabalho de parto é um dos fatores influenciadores da experiência de parto (Green et al., 1990; Simkin, 1991; Slade, MacPherson, Hume, & Maresh, 1993; Waldenström, Borg, Olsson, & Wall, 1996; Hart & Foster, 1997; Waldenström, 1999; Gibbins & Thomson, 2001; Schneider, 2002; Parratt & Fahy, 2003; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004; Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004; Ayers e Pickering, 2005; Larkin, Begley, & Devane, 2009). Como referido nos discursos das participantes, sentimentos de controlo foram percebidos quando se sentiram apoiadas pelos companheiros e tratadas com respeito pelos profissionais de saúde, resultados que vão ao encontro dos de Peterson (2008) e Soet e col. (2003) que indicam que o apoio proporcionado por pessoas significativas tem um impacto positivo na experiência de parto e na perceção de controlo. Também o uso de estratégias de *coping* para lidar com a dor de trabalho de parto, tais como o uso de técnicas respiratórias, fazer exercícios de meditação e ouvir música foi considerado útil pelas mulheres, resultados corroborados por Saisto e col. (2001), DGS (2001), Lang e col. (2006), Mongan (2005), Baptista e col. (2006), Cepeda, Carr, Lau, & Alvarez (2006) e Bradley (2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu identificar a percepção das mulheres sobre a experiência anterior de parto, sobre a importância da experiência vicarial e da persuasão verbal para a construção da confiança no trabalho de parto, e ainda identificar a forma como a percepção dos estados somáticos e emocionais afeta a experiência de parto. Partindo dos seus resultados, e interligando-os com as evidências oriundas da revisão da literatura, foi possível identificar um conjunto de intervenções de enfermagem passíveis de promover a autoeficácia no trabalho de parto.

Quanto aos determinantes de autoeficácia, o presente estudo demonstrou que a experiência anterior parece ser o fator com mais influência na autoeficácia e na satisfação com o parto. Ela influi na forma como a mulher antecipa e vivencia o parto. Experiências negativas baixam a percepção de autoeficácia, originam medo, ansiedade e o desejo de ter um parto por cesariana. Em contrapartida, experiências positivas transmitem confiança, e levam a uma melhor experiência e satisfação com o parto.

A persuasão verbal foi outro dos determinantes de autoeficácia que se revelou importante principalmente se for efetuada por pessoas significativas e por indivíduos que a mulher reconhece como competentes. No entanto, pode induzir maior ansiedade se provocar um sentimento acrescido de responsabilidade, gerado por um aumento das expectativas relativas ao comportamento expectável durante o trabalho de parto.

Adquirir confiança através da experiência vicarial foi, também, um resultado encontrado. Considerando as intervenientes que consultar *blogs*, visualizar vídeos sobre o parto, e partilhar experiências com outras mulheres na mesma situação é relevante. No entanto, foi considerado, por algumas das participantes, que a visualização de vídeos deveria ser efetuada de forma controlada e devidamente comentada por profissionais de saúde, pois a falta de informação sobre o processo de parto e a violência das imagens poderia provocar mais medo do parto.

A necessidade de se ter conhecimento sobre todo o processo de trabalho de parto e parto e a formação de expectativas realistas foram outros dos aspetos considerados essenciais para a promoção da autoeficácia e para a obtenção de uma experiência mais positiva de parto. O conhecimento é essencial, sobretudo para as mulheres sem experiência prévia, pois ajuda a adquirir domínio sobre o processo de parto.

Relativamente à experiência de parto, apesar da maioria das inquiridas ter referido uma experiência positiva, um número considerável (36%, $n=9$) mencionou ter tido uma experiência negativa. Este resultado configura-se como um elemento importante para a atuação do enfermeiro de saúde materna e obstétrica, pois como já referido, o impacto da experiência de parto é frequentemente vivido e poderoso mesmo muitos anos após o parto. Estas experiências são sentidas como experiências traumáticas e, tal como as experiências positivas, podem ter efeitos profundos na memória da mulher influenciando não só posteriores experiências de parto, como se pôde verificar neste estudo, como também, a decisão para engravidar novamente e a forma como a mulher se vincula ao recém-nascido. O apoio, tanto dos profissionais de saúde como das pessoas significativas, foi referenciado, pelas mulheres, como um dos fatores mais importantes tanto na manutenção da confiança, como na sensação de controlo e na experiência e satisfação com o parto.

O medo, a ansiedade e a dor são estados somáticos e emocionais que condicionam negativamente a mulher, levando a uma baixa perceção de autoeficácia e a uma pobre experiência de parto. Atuar sobre eles é uma das responsabilidades dos profissionais de saúde que lidam com a grávida e com a parturiente, pelo que é importante que planeem intervenções que minimizem estes fenómenos e, assim, ajudem a mulher a ter uma experiência mais positiva de parto.

Finalmente, pela análise dos testemunhos das participantes, confirmada com a revisão da literatura, pode-se inferir um conjunto de intervenções de enfermagem promotoras da autoeficácia no trabalho de parto (anexo IX), que em seguida se descrevem:

- Ajudar a criar expectativas realistas;
- Ajudar a gerir emoções (medo, irritabilidade, impaciência);
- Ajudar a identificar padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de *coping* (“não sou capaz”);
- Ajudar a preparar para cada contração uterina;
- Analisar o desejo de participar na seleção de estratégias de alívio da dor;
- Comentar vídeos sobre o trabalho de parto;
- Convidar casais para relatarem a sua experiência de parto;
- Definir objetivos curtos e atingíveis;
- Efetuar visita guiada ao bloco de partos;
- Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade;
- Fornecer *feedback* avaliativo (elogiar, dizer que é capaz);
- Identificar ansiedade-traço;

- Identificar como interpreta a dor de trabalho de parto;
- Identificar crenças sobre trabalho de parto e parto;
- Identificar estratégias de *coping* habitualmente utilizadas na gestão da dor aguda e intensa;
- Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina;
- Incentivar o auto pensamento positivo;
- Informar sobre a dor de trabalho de parto;
- Informar sobre as sensações com que se podem deparar durante o trabalho de parto;
- Informar sobre técnicas não-farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto;
- Instruir e treinar autodeclaração - de forma a aumentar o limiar de sensibilidade à dor, ou de forma a negar os aspetos negativos da dor ou focando nos aspetos positivos desta (reinterpretação);
- Instruir sobre musicoterapia;
- Instruir sobre o ritmo de trabalho de parto;
- Promover discussão intragrupo sobre procedimentos no trabalho de parto;
- Questionar sobre experiências anteriores;
- Reforçar positivamente a capacidade para ser ativa no trabalho de parto;
- Treinar técnica de distração - envolve a dispersão da atenção sobre a dor, tanto através de técnicas passivas (a atenção é desviada para outro estímulo), como ativas - desenvolvimento de tarefas que compitam com a dor, tais como somar ou contar para trás;
- Treinar técnica de imaginação dirigida - envolve a visualização de si próprio a executar com êxito a função desejada, utilizando componentes visuais, auditivos e emocionais;
- Treinar técnica de relaxamento;
- Treinar técnica respiratória;
- Treino da autoinstrução - tenta alterar as afirmações negativas sobre a dor e promover o uso da técnica de resolução de problemas;
- Visualizar vídeos sobre o trabalho de parto.

Após a realização desta pesquisa, os resultados obtidos permitiram prosseguir para o estudo II, que vai ser explanado no capítulo seguinte.

4 - AUTOEFICÁCIA NAS SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO: ESTUDO DE CONSENSO

O ensino e o desenvolvimento de estratégias para a gestão e controlo do trabalho de parto são objetivos a serem alcançados nas sessões de preparação para o parto, de modo a contribuir para uma experiência positiva e para a satisfação com o parto.

As intervenções de enfermagem podem, segundo a Nursing Interventions Classification (NIC), ser definidas como “*um qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente*” (Bulechek et al., 2010, p. XXV). Podem ser interdependentes, quando iniciadas por outros profissionais de saúde e implementadas pelo enfermeiro, ou autónomas quando iniciadas e implementadas pelo enfermeiro. Neste último caso, resultam como resposta a um diagnóstico de enfermagem.

Como argumentado por Manning e Wright (1983) a eficácia da preparação para o parto pode ser aumentada se nela incluirmos o ensino da autoeficácia. A fim de se desenvolver um programa de intervenção de enfermagem que contribua para a introdução do ensino da autoeficácia nas sessões de preparação para o parto, efetuou-se, numa primeira fase, um estudo exploratório para identificação das intervenções de enfermagem promotoras da autoeficácia no trabalho de parto.

Depois se ter efetuado uma revisão de literatura, e realizado entrevistas a mulheres com experiência de parto, foram identificadas quarenta e sete intervenções passíveis de promover a autoeficácia no trabalho de parto. Com a finalidade de validar as intervenções identificadas, estudando a sua relevância para as sessões de preparação para o parto, procedeu-se à realização de um estudo de consensos, descritivo e de cariz quantitativo.

Para a sua concretização definiram-se os seguintes objetivos:

- validar as intervenções de enfermagem identificadas no estudo I, na promoção da autoeficácia no trabalho de parto;
- validar a relevância das intervenções de enfermagem nas sessões de preparação para o parto.

1. MATERIAL E MÉTODO

Nesta fase, e de forma a dar resposta aos objetivos, efetuou-se um estudo de consensos, recorrendo-se à técnica de Delphi, uma vez que se trata do método mais ajustado de um grupo de indivíduos (peritos na área em estudo) dar resposta a um problema complexo através de um processo de comunicação devidamente estruturado (Dalkey, 1969, Fink et al., 1984; Young & Jamieson, 2001; Linstone & Turoff, 2002; Irvine, 2005).

A técnica de *Delphi* surge, segundo Linstone e Turoff (2002), na década de 50 do século XX quando a Força Aérea Americana financiou um estudo da *RAND Corporation*. O objetivo era obter o consenso de um grupo de peritos, através da aplicação de uma série de questionários, intercalados por um *feedback* controlado sobre a opinião emitida (p. 10).

Nos estudos *Delphi* utiliza-se um conjunto de procedimentos que permitem a um grupo de peritos, de forma não presencial, trocar informação, com o objetivo de se obter uma opinião coletiva, qualificada, sobre determinado problema.

O processo *Delphi* pode efetuar-se de duas formas distintas, sendo a mais clássica, e mais comumente utilizada, a versão de “*Delphi Exercise*”, em que uma pequena equipa de investigadores produz um questionário interativo que é submetido a um grupo de peritos. Após a devolução e análise das respostas, os investigadores geram um novo questionário que submetem ao grupo para ser respondido. Os participantes no estudo têm pelo menos uma oportunidade de reavaliar as respostas originais, com base na análise das respostas do grupo. O procedimento é repetido até que seja obtido um adequado grau de consenso. Na outra forma, mais atual, na fase das rondas, em vez do investigador utiliza-se um programa informático para efetuar a compilação das respostas do grupo de peritos, permitindo acelerar o processo de resposta entre rondas. O sistema de comunicação é em tempo real, esta nova versão é denominada de “*Delphi Conference*” (Linstone & Turoff, 2002, p. 5).

O *Delphi* é uma técnica de investigação, qualitativa ou quantitativa, subjetiva, de previsão, de consensos, através da qual se procura “inferir, apurar e produzir uma opinião final” (Sousa, 2006, p. 185). Tem como fonte de informação o parecer reflexivo de especialistas numa determinada área, ou de sujeitos com conhecimento num âmbito específico, denominados peritos. Segundo Benner (2001) os peritos são

os profissionais que estão mais próximo dos padrões de excelência definidos, pois a sua prática permite-lhes compreender e apreender os significados dos problemas com que se deparam.

A finalidade de um estudo de *Delphi* é, portanto, a obtenção de “*uma visão conjunta do futuro*”, que acontece quando há “*uma consolidação do julgamento intuitivo do grupo de especialistas*” (Wright & Giovinazzo, 2000, p. 54). A sua utilização está indicada em várias situações, uma das quais é a construção de modelos, pois ajuda a definir as necessidades, a perceber quais as estratégias a serem implementadas e possibilita a caracterização das prioridades (Wright & Giovinazzo, 2000). Ao nível organizacional permite a introdução de novas estratégias e ideias.

A aplicação da técnica de Delphi tem mais benefícios se usada em situações cujo recurso a técnicas analíticas não consegue resolver o problema em questão, quando a comunicação presencial é colocada em causa devido ao tamanho do grupo ou à diferença de experiência e formação entre os elementos que o constituem (Thomson & Ponder, 1979; Justo, 2005).

Apresenta como características fundamentais o anonimato dos participantes, o *feedback* controlado e a análise estatística da resposta do grupo (Sousa, 2006; Hsu & Sandford, 2007; Almeida, Pergher & Canto, 2010). O anonimato entre os participantes é conseguido através da aplicação de questionários, e da não realização de sessões face-a-face, o que é fundamental para a diminuição dos efeitos que podem advir da influência dos membros mais dominantes, concedendo a todos os participantes a mesma oportunidade de apresentar e reagir a opiniões, sem pressão, promovendo a abertura e veracidade das suas visões sobre as questões colocadas. A análise das respostas, também é facilitada, pois, cada uma, avaliada independentemente da fonte, terá o mesmo peso, sendo cada ideia apreciada com base no seu mérito (Silva & Tanaka, 1999; Santos & Amaral, 2004; Justo, 2005). Hsu e Sandford (2007) consideram que a confidencialidade do processo é simplificada, tanto pela dispersão geográfica dos participantes, como pelo uso da comunicação eletrónica, como o correio eletrónico.

O *feedback* controlado tem como objetivo limitar o efeito do ruído comunicacional, que acontece em processos de grupo (Justo, 2005; Hsu & Sandford, 2007). Consiste num resumo estatístico dos resultados da volta precedente que é comunicado aos participantes, permitindo-lhes e incentivando-os a reavaliarem os julgamentos iniciais, possibilitando a oportunidade de gerarem conhecimento

adicional e, mais profundamente, esclarecer as informações anteriores (Sousa, 2006; Hsu & Sandford, 2007).

Após cada ronda, depois da análise estatística das respostas do grupo, agregam-se as opiniões de todos os participantes no estudo, tendo como objetivo limitar a “*tendência do grupo para a conformidade*” e assegurar que a opinião de todos está representada no produto final (Justo, 2005, p. 3; Sousa, 2006; Hsu & Sandford, 2007).

Para a implementação desta técnica houve a necessidade de definir os critérios de seleção e de eleger o grupo de peritos.

1.1. Seleção do painel de peritos

A constituição do painel de peritos integra a primeira fase do processo de Delphi e depende da natureza da investigação e do número de especialistas disponíveis (Keeney, Hasson & McKenna, 2001; Irvine, 2005; Sousa, 2006).

Os grupos podem ser homogéneos ou heterogéneos. Em áreas como a saúde, a heterogeneidade na composição do painel de peritos é uma condição requerida, pois pode levar à aquisição de consensos mais válidos, porque se consegue abranger todo o leque de opiniões (Santos & Amaral, 2004; Justo, 2005).

Quanto ao tamanho, não existe consenso entre autores sobre a dimensão ideal. Sugerindo-se dimensões mais pequenas para grupos homogéneos, e maiores, até várias centenas, para grupos heterogéneos (Linstone & Turoff, 2002; Santos & Amaral, 2004; Day & Bobeva, 2005; Justo, 2005).

O perfil dos participantes é especialmente importante para a obtenção de resultados com qualidade, pelo que, estabelecer critérios de seleção adequados é essencial. Para serem convidados a participar no estudo, os indivíduos deverão ser especialistas ou ter um conhecimento profundo sobre o assunto em estudo. Vários autores consideram que deverão, também, ser capazes de contribuir com reflexões úteis e estarem dispostos a rever as suas opiniões anteriores (Santos & Amaral, 2004; Day & Bobeva, 2005; Justo, 2005; Sousa, 2006; Hsu & Sandford, 2007).

No estudo, estabeleceram-se como critérios para integrar o grupo de peritos: ser enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, com experiência profissional superior a dois anos na preparação para o parto e exercer atividade na prestação de cuidados, na gestão de cuidados ou no ensino de enfermagem, ou ser enfermeiro especialista ou psicólogo com trabalho efetuado na área da autoeficácia,

e aceitar participar no estudo. Os peritos convidados a participarem neste estudo eram oriundos das zonas Norte, Centro e Sul do país.

Excluíram-se os questionários respondidos de forma incompleta e os devolvidos fora do prazo estabelecido.

A amostra foi obtida de forma não probabilística intencional, por julgamento, dado que a escolha dos membros foi feita de forma não aleatória e com base nos critérios estabelecidos *a priori* pelo investigador e já anteriormente descritos (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

A seleção dos peritos ocorreu por contacto eletrónico a docentes, enfermeiros e psicólogos que publicaram artigos científicos sobre a temática em questão, ou trabalhavam na área da preparação para o parto, tendo sido convidados a participar 72 profissionais. Considerou-se que todos consentiam na sua participação quando devolviam, por correio eletrónico, o questionário preenchido.

Na primeira ronda, aceitaram participar 42 dos peritos convidados, constituindo-se, assim a amostra. Na segunda ronda, a taxa de respostas foi de 88,1%, ficando a amostra final composta por 37 participantes.

Na tabela 2, está representada a caracterização dos participantes nas duas rondas.

Tabela 2: Caracterização dos participantes

	1ª RONDA N=42	2ª RONDA N=37
	M (DP), Md, Mo	M (DP); Md; Mo
Idade	42,14 (8,8); 43; 29 anos	42,11 (8,9); 43; 29 anos
Tempo de exercício profissional	20,8 (8,9); 21,5; 9 anos	20,7 (8,8); 21; 9 anos
	n (%)	n (%)
Sexo: Feminino	40 (95,2)	35 (94,6)
Masculino	2 (4,8)	2 (5,4)
Grau académico: Licenciatura	21 (50,0)	12 (32,4)
Mestrado	16 (38,1)	20 (54,1)
Doutoramento	5 (11,9)	5 (32,4)
Local da atividade profissional:		
Serviços de saúde diferenciados	15 (35,7)	11 (29,7)
Serviços de saúde primários	7 (16,7)	7 (18,9)
Escolas Superiores de Enfermagem	20 (47,6)	19 (51,4)

A maioria dos participantes era do sexo feminino, tinha uma idade compreendida entre os 28 e os 60 anos, tempo de exercício profissional entre os sete e os 37 anos e possuía o Curso de Licenciatura em Enfermagem, ou equivalente legal. Quanto à especialização em enfermagem, a maioria (82,9%, $n=34$) estava habilitada com a especialidade de saúde materna e obstétrica e 17,1% ($n=7$) eram especialistas em outras áreas, como saúde comunitária, administração dos serviços de enfermagem, enfermagem médico-cirúrgica, saúde infantil e pediatria, e saúde pública. Os participantes tinham o grau de mestre nas áreas científicas de Ciências de Enfermagem, Saúde Pública, Ciências da Educação, Administração e Planificação da Educação, Educação e Promoção da Saúde, Bioética e Psicologia da Saúde. Os cursos de doutoramento eram nas áreas científicas de Ciências de Enfermagem e de Psicologia.

Após a seleção do painel de peritos, definiram-se os critérios de consenso.

1.2. Critérios de consenso

Relativamente ao nível de consenso, de acordo com as recomendações de vários autores, adotou-se 70% como nível mínimo de concordância entre os peritos (Santos & Amaral, 2004; Almeida et al., 2010).

Quanto ao tipo de consenso, tendo em consideração a análise das pontuações em cada uma das questões, e de acordo com a escala de *Likert* de 5 pontos utilizada (em que 1 correspondia a *discordo completamente*, 2 - *discordo*, 3 - *sem opinião*, 4 – *concordo* e 5 – *concordo plenamente*) considerou-se que existia consenso elevado quando se verificavam, cumulativamente, os seguintes critérios:

- mais de 70% dos peritos revelarem **concordância total** com o item (*score* 5);
- valor de mediana igual a 5;
- ausência de comentários que indicassem um entendimento inadequado das questões.

Definiu-se os seguintes critérios de exclusão do item:

- mais de 70% dos peritos revelarem discordância com o item (*scores* 1 e 2);

- valor de mediana igual ou inferior a 2;
- existência de comentários que indicassem um entendimento inadequado das questões.

1.3. Desenho do estudo

A investigação desenvolveu-se até à obtenção de consensos que permitissem a validação da relevância das intervenções de enfermagem na promoção da autoeficácia no trabalho de parto. De acordo com Bäck-Pettersson, Hermansson, Sernert e Björkelund (2008) a validade dos resultados aumenta com as rondas sucessivas e é afetada pela taxa de resposta. Dado se iniciar a primeira ronda com um grupo de itens já estruturados aplicou-se a técnica de *Delphi* modificada que admite que o número de rondas seja limitado a duas, desde que se obtenha o consenso definido, previamente, pelo investigador.

Na figura 4 pode observar-se o desenho do estudo, com informação das diversas rondas, dos intervenientes e das estratégias usadas.



Figura 4: Desenho do estudo

2. ESTUDO DE *DELPHI*: 1ª RONDA

A primeira ronda teve início com a seleção do grupo de peritos, obedecendo aos critérios anteriormente mencionados. Como já referido, aceitaram participar no estudo 42 peritos, dos quais, 97,6% ($n=41$) estavam habilitados com o curso de Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal e 2,4% ($n=1$) eram licenciados em Psicologia. De acordo com a especialização em enfermagem, 82,9% ($n=34$) tinham a especialidade de saúde materna e obstétrica.

A recolha de dados decorreu no mês de junho de 2010 tendo os questionários sido enviados por correio eletrónico.

2.1. Instrumento de recolha de dados

Após ter sido realizada a revisão de literatura e se ter feito a análise de conteúdo às entrevistas efetuadas a mulheres no período pós-parto (estudo I), emergiram 47 intervenções de enfermagem que possibilitaram construir o questionário “Questionário Delphi – 1ª Ronda”.

O instrumento elaborado incluía uma explicação sobre os objetivos e finalidade do estudo em curso, instruções sobre como preencher o instrumento, questões para caracterização do participante, e um quadro com 47 itens estruturados, correspondentes às intervenções de enfermagem identificadas, assim como uma grelha de resposta constituída por uma escala de *Likert* de 5 pontos, em que o 1 correspondia à afirmação *Discordo completamente* e o 5 à afirmação *Concordo completamente*. Contemplava, ainda, um espaço para a inserção de comentários e/ou sugestões que considerassem pertinentes. Cada participante assinalou o *score* correspondente, de acordo com o seu grau de concordância, bem como a relevância da intervenção proposta.

2.2. Análise dos dados e discussão dos resultados

No processo de análise de dados e com o objetivo de se verificar a fidelidade do questionário, procedeu-se ao cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach* que permite avaliar a consistência interna do instrumento (Moreno-Cabas et al. 2001;

Sousa, 2006). Quanto maior o valor de *alpha*, maior a variância do conjunto de itens e menor a variância específica de cada um, o que indica a coerência entre os itens (Maroco & Garcia-Marques, 2006). O valor de *alpha de Cronbach* total foi de 0,92, revelando uma fiabilidade elevada (Murphy & Davidshofer, 2005).

Foi igualmente calculado o nível de concordância tendo por base os critérios previamente definidos. Para tal, realizou-se o estudo descritivo dos dados através da utilização de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, coeficiente de variação e amplitude interquartil).

Face aos resultados obtidos, verificou-se que os valores percentuais de concordância foram bastante elevados, sendo baixa a dispersão dos dados. Das 47 intervenções propostas foram validadas 16, obtendo-se um consenso elevado (mais de 70% de concordância, mediana igual a cinco e ausência de comentários indicadores de um entendimento inadequado das questões) (tabela 3).

Foi excluída a intervenção “Incentivar a pensar nos outros membros da família” (item 32) por se terem verificado os critérios de exclusão previamente definidos (nível de concordância total 4,8%, *Md*=2).

Tabela 3: Intervenções validadas – 1ª Ronda *Delphi*

Intervenções promotoras da autoeficácia no trabalho de parto	Concordância total %	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Md</i>	<i>CV</i>	Amplitude interquartil
3) Identificar estratégias usadas para ultrapassar situações de stresse e ansiedade	73,8	4,67 (0,72)	5,00	0,15	1,00
4) Identificar crenças sobre trabalho de parto e parto	85,7	4,76 (0,73)	5,00	0,15	0,00
14) Informar sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto	81,0	4,79 (0,56)	5,00	0,12	0,00
16) Informar sobre as sensações com que se pode deparar durante o trabalho de parto	78,6	4,69 (0,72)	5,00	0,15	0,00
21) Reforçar positivamente a capacidade para ser ativa no trabalho de parto	90,5	4,90 (0,30)	5,00	0,06	0,00
22) Ajudar a distinguir estados de tensão e de relaxamento	71,4	4,64 (0,66)	5,00	0,14	1,00
23) Ajudar a criar expetativas realistas	81,0	4,79 (0,47)	5,00	0,10	0,00

24) Ajudar a acreditar que vai ser capaz de ultrapassar a situação com êxito	85,7	4,79 (0,61)	5,00	0,13	0,00
25) Definir objetivos curtos e atingíveis	73,8	4,69 (0,56)	5,00	0,12	1,00
40) Efetuar visita guiada ao bloco de partos	73,8	4,69 (0,56)	5,00	0,10	1,00
41) Treinar técnica de relaxamento	81,0	4,79 (0,47)	5,00	0,10	0,00
42) Treinar técnica respiratória	73,8	4,62 (0,73)	5,00	0,20	1,00
43) Treinar técnicas de conforto a utilizar durante o trabalho de parto	90,5	4,90 (0,30)	5,00	0,06	0,00
44) Orientar para estratégias de comunicação com os profissionais de saúde	81,0	4,74 (0,59)	5,00	0,10	0,00
45) Instruir sobre o ritmo de trabalho de parto	81,0	4,67 (0,79)	5,00	0,20	0,00
47) Fornecer <i>feedback</i> avaliativo	92,9	4,95 (0,22)	5,00	0,04	0,00

Alguns itens foram reformulados de acordo com os comentários e sugestões do painel de peritos.

No quadro 2 estão representadas as intervenções que necessitaram ser reformuladas, assim como a respetiva redação final:

Quadro 2: Reformulação dos itens

Intervenção inicial	Intervenção final
Identificar estratégias de <i>coping</i> habitualmente utilizadas na gestão da dor aguda e intensa	Identificar estratégias de <i>coping</i> habitualmente utilizadas na gestão da dor
Ajudar a identificar a natureza dos seus estilos de <i>coping</i> e as suas preferências	Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> habituais para alívio da dor
	Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> preferidas no alívio da dor
Visualizar vídeos sobre o trabalho de parto	Explicar trabalho de parto através da visualização de vídeo
Comentar vídeos sobre o trabalho de parto	
Convidar casais para relatarem a sua experiência de parto	Organizar sessão para partilha de experiência positiva de parto
Informar sobre a dor de trabalho de parto	Informar sobre trabalho de parto e nascimento
Incentivar a pensar no bebé durante a contração uterina	Ensinar sobre imaginar o filho durante a contração uterina
Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina	Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina (de forma a perceber que estratégia de alívio da dor utilizar)
Incentivar a manter o autocontrolo	Ensinar sobre estratégias de manutenção do autocontrolo
Identificar ansiedade-traço	Identificar tendências de reação a situações percebidas como ameaçadoras (desenvolvidas a partir de experiências anteriores)
Incentivar o auto pensamento positivo	Ensinar sobre auto pensamento positivo
Incentivar a concentrar-se a ultrapassar uma contração de cada vez	Ensinar como lidar com uma contração de cada vez
Ajudar a confrontar os agentes stressores um a um	Ajudar a confrontar os agentes stressores um a um (fatores capazes de provocar maior stresse durante o trabalho de parto)
Selecionar os agentes stressores	Ajudar a mulher a identificar os agentes stressores (fatores capazes de provocar maior stresse durante o trabalho de parto)
Instruir sobre musicoterapia	Instruir sobre distração pela música
Analisar o desejo de participar na seleção de estratégias de alívio da dor	Analisar com a mulher o desejo de participar na seleção de estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

Ainda, de acordo com as sugestões dos participantes, foram introduzidas cinco novas intervenções:

- caracterizar nível de autoeficácia;
- identificar expectativas relativas ao trabalho de parto e nascimento;
- explicar sobre respostas fisiológicas e emocionais ao trabalho de parto;
- ajudar a construir / elaborar um plano de parto;
- explicar os procedimentos habituais no trabalho de parto.

3. ESTUDO DE DELPHI: 2ª RONDA

Os questionários relativos à segunda ronda englobaram 34 questões e foram, igualmente, enviados por correio eletrónico ao painel de 42 peritos, que responderam e aceitaram participar no estudo, na primeira ronda. A recolha de dados decorreu no mês de julho de 2010.

A construção do segundo questionário, como já referido, teve por base os resultados da ronda anterior e englobou as questões que tendo obtido concordância, não obtiveram consenso porque apresentaram grande dispersão dos dados e/ou os comentários sugeriam ambiguidade, e também as questões que foram reescritas e as novas intervenções que foram propostas pelos participantes no estudo. As questões foram, ainda, organizadas em duas áreas: atividades de diagnóstico (8) e intervenções de enfermagem (26).

A taxa de resposta nesta ronda foi de 88,1%, sendo a amostra constituída por 37 peritos.

3.1. Análise de dados e discussão dos resultados

Iniciou-se o processo de análise de dados pelo cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*, com o objetivo de se verificar a fidelidade e a estabilidade das decisões entre rondas (Moreno-Cabas et al., 2001, Sousa, 2006). O valor de *alpha de*

Cronbach para as 34 questões foi de 0,85, revelando uma consistência interna moderada a elevada (Murphy & Davidshofer, 2005).

Para a análise descritiva dos dados procedeu-se de forma idêntica à primeira ronda, calculando-se a percentagem de concordância a cada item e efetuando-se o estudo descritivo dos dados, através da utilização de medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, coeficiente de variação e amplitude interquartil).

Quanto às intervenções enquadradas nas atividades de diagnóstico, os peritos validaram-nas todas, com um nível de consenso elevado, de acordo com os critérios estabelecidos *a priori*, como se pode verificar na tabela 4. Os valores percentuais de concordância são elevados, variando entre o mínimo de 78,4% e o máximo de 91,9% de concordância total para os oito itens propostos. Pode-se, ainda, observar que há uma baixa dispersão dos dados, pois o desvio-padrão assume valores inferiores a um e o coeficiente de variação é inferior a 20% na maioria dos itens.

Tabela 4: Atividades de diagnóstico (8 itens)

Atividades de diagnóstico	Concordância				Amplitude interquartil
	total %	M (DP)	Md	CV	
1) Questionar sobre experiências anteriores de dor	88,1	4,32 (0,97)	5,00	0,23	1,00
2) Identificar estratégias de <i>coping</i> habitualmente utilizadas na gestão da dor	78,4	4,70 (0,74)	5,00	0,16	0,00
3) Identificar como interpreta a dor de trabalho de parto	81,1	4,68 (0,85)	5,00	0,18	0,00
4) Identificar influências culturais sobre resposta à dor de trabalho de parto	86,5	4,49 (0,90)	5,00	0,20	1,00
5) Identificar tendências de reação a situações percebidas como ameaçadoras	89,2	4,43 (0,69)	5,00	0,16	1,00
6) Caracterizar nível de autoeficácia	91,9	4,54 (0,65)	5,00	0,14	1,00
7) Analisar com a mulher o desejo de participar na seleção de estratégias de alívio da dor de trabalho de parto	86,5	4,84 (0,44)	5,00	0,09	0,00
8) Identificar expetativas relativas ao trabalho de parto e nascimento	86,5	4,86 (0,35)	5,00	0,07	0,00

Quanto à relevância das intervenções de enfermagem, após análise dos questionários respondidos na segunda ronda do estudo, obteve-se um nível de consenso mínimo de 70,3% e máximo de 91,9% de concordância total para as 26 intervenções, como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 5: Intervenções de enfermagem (26 itens)

Intervenções de enfermagem	Concordância total %	M (DP)	Md	CV	Amplitude interquartil
1) Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> habituais para alívio da dor	70,3	4,57 (0,87)	5,00	0,19	1,00
2) Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> preferidas no alívio da dor	81,1	4,73 (0,73)	5,00	0,15	0,00
3) Ajudar a desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto	89,2	4,89 (0,31)	5,00	0,06	0,00
4) Ajudar a identificar padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de <i>coping</i>	73,0	4,73 (0,45)	5,00	0,09	1,00
5) Explicar trabalho de parto através da visualização de vídeo	73,0	4,64 (0,68)	5,00	0,15	1,00
6) Organizar sessão para partilha de experiência positiva de parto	75,7	4,68 (0,67)	5,00	0,14	0,50
7) Promover discussão intragrupo sobre procedimentos no trabalho de parto	70,3	4,65 (0,59)	5,00	0,13	1,00
8) Explicar sobre respostas fisiológicas e emocionais ao trabalho de parto	83,8	4,84 (0,37)	5,00	0,08	0,00
9) Treinar técnica de imaginação dirigida	73,0	4,65 (0,63)	5,00	0,14	1,00
10) Treinar técnica de distração	73,0	4,57 (0,87)	5,00	0,19	1,00
11) Instruir e treinar autodeclaração	81,1	4,68 (0,82)	5,00	0,18	0,00
12) Instruir e treinar autoinstrução	78,4	4,65 (0,82)	5,00	0,18	0,00
13) Ajudar a preparar para cada contração uterina	89,2	4,86 (0,42)	5,00	0,09	0,00
14) Ensinar sobre imaginar o filho durante a contração uterina	73,0	4,49 (0,96)	5,00	0,22	1,00

15) Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina	81,1	4,57 (1,01)	5,00	0,22	1,00
16) Ensinar sobre estratégias de manutenção do autocontrolo	78,4	4,68 (0,67)	5,00	0,14	0,00
17) Ensinar sobre auto pensamento positivo	75,7	4,70 (0,57)	5,00	0,12	0,50
18) Ensinar como lidar com uma contração de cada vez	75,7	4,62 (0,79)	5,00	0,17	0,50
19) Ajudar a mulher a identificar os agentes stressores	81,1	4,81 (0,40)	5,00	0,08	0,00
20) Ajudar a confrontar os agentes stressores um a um	75,7	4,76 (0,43)	5,00	0,09	0,50
21) Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade	73,0	4,70 (0,52)	5,00	0,11	1,00
22) Ajudar a gerir emoções	73,0	4,73 (0,45)	5,00	0,10	1,00
23) Instruir sobre distração pela música	73,0	4,57	5,00	0,17	1,00
24) Ajudar a construir / elaborar um plano de parto	75,7	4,68	5,00	0,14	0,50
25) Explicar os procedimentos habituais no trabalho de parto	86,5	4,84	5,00	0,09	0,00
26) Informar sobre trabalho de parto e nascimento	91,9	4,92	5,00	0,06	0,00

Constatou-se, igualmente, que a dispersão dos dados é baixa na maioria dos itens, exceto nas questões: 14) “*Ensinar sobre imaginar o filho durante a contração uterina*”; 15) “*Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina*”. O item 14 apresentou um coeficiente de variação superior a 20%, e o item 15 apresentou um desvio-padrão superior a 1 e um coeficiente de variação superior a 20%.

Apesar da dispersão de dados verificada nestas duas questões, considerou-se que houve consenso, visto existir uma concordância total superior a 70%, a mediana situar-se no score 5 e, não existirem comentários dos peritos que indicassem um entendimento inadequado das questões, o que aponta para o consenso, com consistência, dos resultados.

No sentido de averiguar se existiam diferenças nas respostas entre grupos (peritos com e sem experiência de preparação para o parto, e com e sem trabalho

efetuado na área da autoeficácia), procedeu-se à utilização do teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos, nos seguintes itens:

- “Caracterizar nível de autoeficácia”, verificou-se que o grupo de peritos sem experiência de preparação para o parto apresentava um valor médio de concordância com a intervenção ($M=4,8$; $DP=0,41$) mais alto do que o dos participantes com experiência ($M=4,4$; $DP=0,73$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(34) = -2,32$; $p= ,027$);

- “Identificar expectativas relativas ao trabalho de parto e nascimento”, os inquiridos que referiram não ter trabalho efetuado na área da autoeficácia mostraram um valor médio mais elevado de concordância com o item ($M=5,0$; $DP=0,00$) do que os participantes que referiram ter trabalho realizado na área ($M=4,7$; $DP=0,46$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(17) = -2,56$; $p= ,020$);

- “Instruir e treinar autoinstrução”, os participantes com trabalho efetuado na área da autoeficácia apresentaram um valor médio mais elevado de concordância com o item ($M=5,00$; $DP=0,00$) do que os participantes que referiram não ter trabalho realizado na área ($M=4,3$; $DP=1,06$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(18) = 2,82$; $p= ,011$);

- “Informar sobre trabalho de parto e nascimento”, o grupo de peritos com experiência na preparação para o parto exibiu um valor médio de concordância mais alto com a intervenção ($M=5,00$; $DP=0,00$) do que os participantes sem experiência ($t(35) = 2,28$; $p= ,029$).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas, entre grupos, no que diz respeito às restantes questões.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos de validação de intervenções de enfermagem são importantes no sentido em que concorrem para o desenvolvimento da enfermagem, porquanto permitem homogeneizar e aferir a linguagem, melhorando a comunicação entre os profissionais e possibilitando a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes.

A utilização da Técnica de *Delphi* mostrou-se adequada para este tipo de estudo, pois viabilizou a participação de profissionais, peritos acerca de uma temática sobre a qual a investigação é ainda incipiente. No entanto, a sua aplicação não esteve livre de problemas, porque os participantes nem sempre responderam aos questionários enviados dentro dos prazos estabelecidos, o que acabou por levar à sua exclusão.

Após a realização deste estudo foram validadas as intervenções propostas, sendo consideradas pelos peritos como relevantes para a promoção da autoeficácia da mulher no trabalho de parto. As dez atividades de diagnóstico e as 41 intervenções de enfermagem validadas são apresentadas na tabela seguinte:

Tabela 6: Intervenções de enfermagem validadas

Atividades de diagnóstico
Analisar com a mulher o desejo de participar na seleção de estratégias de alívio da dor de trabalho de parto
Caracterizar nível de autoeficácia
Identificar como interpreta a dor de trabalho de parto
Identificar expetativas relativas ao trabalho de parto e nascimento
Identificar crenças sobre trabalho de parto e parto
Identificar influências culturais sobre resposta à dor de trabalho de parto
Identificar estratégias usadas para ultrapassar situações de stresse e ansiedade
Identificar tendências de reação a situações percebidas como ameaçadoras
Identificar estratégias de <i>coping</i> habitualmente utilizadas na gestão da dor
Questionar sobre experiências anteriores de dor
Intervenções de enfermagem
Ajudar a acreditar que vai ser capaz de ultrapassar a situação com êxito
Ajudar a confrontar os agentes stressores um a um
Ajudar a construir / elaborar um plano de parto
Ajudar a criar expetativas realistas
Ajudar a desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto
Ajudar a distinguir estados de tensão e de relaxamento
Ajudar a gerir emoções
Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> habituais para alívio da dor
Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> preferidas no alívio da dor
Ajudar a identificar padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de <i>coping</i>
Ajudar a mulher a identificar os agentes stressores
Ajudar a preparar para cada contração uterina

Definir objetivos curtos e atingíveis
Efetuar visita guiada ao bloco de partos
Ensinar como lidar com uma contração de cada vez
Ensinar sobre auto pensamento positivo
Ensinar sobre estratégias de manutenção do autocontrole
Ensinar sobre imaginar o filho durante a contração uterina
Ensinar técnica de autocontrole de ansiedade
Explicar os procedimentos habituais no trabalho de parto
Explicar sobre respostas fisiológicas e emocionais ao trabalho de parto
Explicar trabalho de parto através da visualização de vídeo
Fornecer <i>feedback</i> avaliativo
Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina
Informar sobre as sensações com que se podem deparar durante o trabalho de parto
Informar sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto
Informar sobre trabalho de parto e nascimento
Instruir e treinar autodeclaração
Instruir e treinar autoinstrução
Instruir sobre distração pela música
Instruir sobre o ritmo de trabalho de parto
Organizar sessão para partilha de experiência positiva de parto
Orientar para estratégias de comunicação com os profissionais de saúde
Promover discussão intragrupo sobre procedimentos no trabalho de parto
Reforçar positivamente a capacidade para ser ativa no trabalho de parto
Treinar técnica de distração
Treinar técnica de imaginação dirigida
Treinar técnica de relaxamento
Treinar técnica respiratória
Treinar técnicas de conforto a utilizar durante o trabalho de parto

Os resultados obtidos com esta investigação permitiram o desenvolvimento do programa de intervenção “Construir a confiança para o parto”, indispensável à realização do estudo III.

5 – ELABORAÇÃO DO PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO”

A Teoria Cognitivo-Comportamental tem enfatizado a importância dos profissionais de saúde conhecerem e atuarem sobre os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as atitudes dos doentes, para que possam contribuir para o controlo da dor, do bem-estar e da adaptação dos indivíduos (Zinken et al., 2008).

A educação permite o aumento das capacidades da pessoa. É um processo que, envolvendo a história de vida do indivíduo, as crenças, os valores e a relação com o ambiente, possibilita a aprendizagem (Carvalho & Carvalho, 2006). A educação para a saúde é uma forma de comunicação e de ensino. É uma componente essencial e importante na promoção da saúde e constitui uma das ferramentas mais eficaz. Tem como objetivos, capacitar os indivíduos para se tornarem responsáveis pela sua vida e saúde, ajudando-os a identificarem os seus problemas e as suas necessidades em saúde, e a perceberem como os podem resolver através da identificação dos recursos disponíveis e do planeamento e execução de ações adequadas à concretização de comportamentos de saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

Durante o período pré-natal, com o objetivo de tornar a grávida e família mais conscientes, autónomas e capazes de tomarem decisões, os enfermeiros de saúde materna e obstétrica desenvolvem uma atividade integrada na componente da educação para a saúde - a preparação para o parto (Manning & Wright, 1983; Slade et al., 2000; DGS, 2001). Nesse âmbito, preparam para o parto, promovem o plano de parto e aconselham e apoiam a mulher na tomada de decisão. No sentido de concretizar esta atividade, necessitam de planear intervenções que tenham em conta o contexto cultural, social, económico e ambiental da grávida e família, o seu conhecimento, as suas necessidades e as suas crenças. Na implementação destas intervenções precisam utilizar linguagem clara, objetiva e adequada, estabelecer uma relação de ajuda, criar interesse e clarificar as escolhas disponíveis (Correia et al., 2007; Aston et al., 2010). No final, avaliar é essencial, pois possibilita que se reformulem as ações que não permitiram concretizar o objetivo delineado (Tones & Tilford, 2001; Carvalho & Carvalho, 2006).

De forma a oferecer uma preparação para o parto de qualidade é requerido ao enfermeiro de saúde materna e obstétrica que esteja habilitado a trabalhar com adultos, tenha conhecimentos sobre estilos de aprendizagem e dinâmica de grupos adequados aos vários níveis de literacia, e com experiência de trabalho com grávidas.

Neste capítulo apresenta-se a etapa correspondente à elaboração do programa “Construir a confiança para o parto”.

1. BASES TEÓRICAS DO PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO”

Os enfermeiros de saúde materna e obstétrica, como exposto, têm a responsabilidade de agir como promotores e educadores para a saúde (OE, 2009; OE, 2012). Para tal, devem adotar uma prática que integre a melhor evidência científica, baseando-se em teorias ou modelos de promoção de saúde que auxiliem a perceber os determinantes de saúde, promovam o conhecimento e orientem para uma ação eficiente na resposta às necessidades detetadas. Uma prática baseada na evidência científica combinada com a experiência, com a opinião de peritos e com os valores e as preferências das grávidas e famílias, contribui para a excelência e a segurança dos cuidados prestados e promove a eficácia dos resultados das intervenções de enfermagem.

O programa de intervenção “Construir a Confiança para o Parto” teve como bases teóricas a teoria da Autoeficácia de Albert Bandura, a filosofia Lamaze para o século XXI e o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

A teoria social cognitiva de Albert Bandura expõe que as crenças de autoeficácia, relevantes para a proteção da resposta fisiológica ao stresse (Pereira & Almeida, 2004), são originadas pelos significados que as pessoas atribuem à informação que obtêm através de experiências pessoais de sucesso, observação do desempenho dos outros, persuasão verbal e percepção dos estados somáticas e emocionais (Bandura, 1977; 1981; 1986; 1997; Bzuneck, 2001; Pajares, 2002; Pereira & Almeida, 2004; Baptista et al., 2006; Zinken et al., 2008). São crenças pessoais acerca da capacidade de ultrapassar os obstáculos, contudo não basta que as capacidades estejam presentes, a pessoa tem de acreditar que as possui e que, por isso, consegue concretizar determinada linha de ação. A autoeficácia no trabalho de parto e parto inclui, por isso, as expectativas de autoeficácia (avaliação da grávida

acerca da sua capacidade para realizar um determinado comportamento), essenciais nos momentos da autorregulação do comportamento relativo à saúde (Bzuneck, 2001), e as expectativas de resultado (avaliação da grávida de que esse comportamento leva a um determinado resultado), importantes para a formação da intenção (Lowe, 1989; Pereira & Almeida, 2004).

A filosofia Lamaze "...declara a normalidade do nascimento, reconhece a capacidade inerente à mulher de parir e promove as práticas para um nascimento saudável." (Lamaze Internacional, 2013, s.p.). Tem como objetivo que cada mulher tenha confiança em si, liberdade para encontrar conforto durante o trabalho de parto, e possua apoio familiar e de profissionais de saúde que acreditem que ela tem em si a capacidade de parir. As aulas, segundo esta filosofia, têm como objetivos preparar a mulher para ter o seu filho em segurança; ensinar a encontrar o conforto necessário durante o trabalho de parto; ajudar a desenvolver um plano de parto que reflita as intenções da mulher e, ainda, preparar para a tomada de decisão informada. Ao contribuir para que as mulheres tomem decisões informadas, as aulas promovem mais conhecimento sobre o parto normal e dão oportunidade à mulher/casal para discutir as suas escolhas. Têm, também, como princípio, expor a melhor evidência científica, mesmo que esta seja contrária à prática clínica em uso (Romano & Lothian, 2008).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender surgiu com o propósito de se compreender quais determinantes do comportamento que deveriam ser a base para o aconselhamento em saúde. Segundo Pender (2011) está assente no princípio de que o indivíduo, de acordo com a sua natureza multidimensional, deve ser visto de forma holística. Fundamenta-se na teoria da Expectativa-Valor e na teoria Social Cognitiva, de Albert Bandura, sendo a autoeficácia uma das crenças pessoais incluídas nesta teoria, conceito central do modelo (Pender et al., 2002; 2011). Desta forma, afigura-se como um recurso útil na preparação da mulher/casal para a tomada de decisão e para a participação ativa no trabalho de parto e parto.

Estes pressupostos teóricos e as intervenções de enfermagem adequadas à promoção da autoeficácia, identificadas nos estudos realizados anteriormente, permitiram elaborar o programa "Construir a confiança para o parto" com o objetivo de promover a autoeficácia no trabalho de parto, e com a finalidade de possibilitar que a mulher obtenha uma maior satisfação com a experiência de parto e, conseqüentemente uma melhor ligação mãe-filho.

É um modelo centrado no cliente, pois reconhece os conhecimentos e capacidades inerentes à mulher para parir e valoriza as suas crenças. Apresenta, no

seu desenvolvimento, uma abordagem comportamental que tem em vista alterar as atitudes e os comportamentos das grávidas relacionados com o parto, de forma a encorajar um envolvimento ativo nesse processo; uma abordagem cognitiva, ajudando a grávida/casal a modificarem a sua forma de pensar, adotando atitudes positivas que visem aumentar a autoconfiança e a autoconsciência; e uma abordagem educacional e de empoderamento, que tem como objetivo informar e ensinar sobre autoeficácia e trabalho de parto, no sentido de facilitar as escolhas e a tomada de decisão informada, e de forma a promover a autoeficácia.

Com a sua implementação pretende-se reforçar a autoeficácia da grávida, para que esta utilize, com sucesso, estratégias de *coping* que lhe permitam lidar de forma positiva com o trabalho de parto.

2. O PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO”

O programa “Construir a Confiança para o Parto (CCpP)” destina-se a todas as mulheres grávidas com 28 ou mais semanas de gestação, maiores de 19 anos, que têm intenção de assistir a sessões de preparação para o parto, dado ser nesse âmbito que será implementado.

Engloba contactos individuais, programados de acordo com as necessidades detetadas, e sessões teóricas e teórico-práticas efetuadas em grupo. A opção pelas sessões em grupo deve-se às vantagens que apresentam, como por exemplo, as participantes sentirem-se apoiadas umas pelas outras, haver uma maior motivação, participação e envolvimento, e devido à opinião das puérperas inquiridas no estudo I, que referiram: *“Acho que as aulas serem em grupo é positivo, porque aumenta a confiança.”* (E 4); *“(…) cada uma vai tirando as suas dúvidas e há algumas [dúvidas] que outras pessoas têm e que a nós nunca se puseram, e acabamos por prestar atenção porque alguém perguntou e se aquela pessoa não tivesse perguntado nós nunca nos lembraríamos de perguntar.”* (E5).

O número de participantes por grupo pode variar de 10 a 20 pessoas, de acordo com as condições físicas do espaço onde se irão realizar as sessões, o que está de acordo com o recomendado por diferentes autores (Couto, 2003; Duncan & Bardacke, 2010).

O programa CCpP integra os determinantes de autoeficácia (experiência anterior, aprendizagem vicariante, persuasão verbal e perceção dos estados somáticos e emocionais) incluídos em quatro intervenções principais:

1. Educação para a saúde, oferecida para preparar e motivar as intervenientes a participar ativamente nas atividades de aprendizagem sugeridas e, posteriormente a serem participantes ativas no trabalho de parto. O conteúdo da informação transmitida tem por base os fenómenos biológicos e psicológicos do trabalho de parto, as estratégias para lidar com o desconforto durante o trabalho de parto e a relação da autoeficácia com o parto.

2. Instrução e treino de estratégias para lidar com o trabalho de parto: técnicas respiratórias, de relaxamento, de distração e de imaginação guiada, com o objetivo de ajudar as participantes a controlarem os estados somáticos e emocionais durante o trabalho de parto.

3. Observação vicariante de modelos, através da projeção de um filme que mostra parturientes a perseverar no controlo do trabalho de parto através da utilização das técnicas de conforto e de gestão da dor ensinadas, e a falarem sobre as suas experiências positivas de parto.

4. Contrato verbal, com o objetivo de motivar para o treino, em casa, das técnicas ensinadas.

O programa CCpP valoriza a persuasão verbal que deve ser facultada às participantes, através do incentivo positivo, com base nos resultados da sua prática, com o objetivo de fomentar a sua confiança.

Por forma a promover a tomada de decisão, a comunicação com os profissionais de saúde e o sentido de controlo oferece-se às grávidas uma embalagem com 38 frases impressas em tiras de papel colorido (cada frase representa uma prática habitual no trabalho de parto e parto) que se configuram como propostas úteis à construção de um plano de parto (anexo X). Esta estratégia permite que, de forma lúdica, em casa, a grávida e o companheiro reflitam e discutam sobre a importância que cada frase sugerida tem para cada um deles, e se a devem incluir ou não no seu plano de parto. O objetivo é que na última sessão do programa, a grávida/casal tenha elaborado um plano de parto, devidamente refletido e discutido, que espelhe as suas necessidades e preferências para o trabalho de parto, de forma a sentirem-se seguros e, ao mesmo tempo, vivenciarem o parto como uma experiência positiva.

Tendo em conta os objetivos, os conteúdos a abordar e a metodologia ativa que se preconiza, o programa compreende duas sessões teóricas e quatro teórico-práticas, cada uma delas com a duração de 90 minutos, uma sessão para uma visita guiada ao bloco de partos e um contacto individual, num total de doze horas.

As estratégias metodológicas permitem ao formador conduzir os participantes à consecução dos objetivos traçados. Entre elas inclui-se a escolha do método pedagógico e a seleção dos recursos e das atividades a disponibilizar. No decurso das sessões teóricas, tendo em conta o tipo dos conhecimentos a ministrar e o tempo disponível para o efeito, propõe-se a utilização do método expositivo e interativo. O método expositivo permite a transmissão de conhecimentos teóricos, facilitadores da estruturação e construção da aprendizagem. Para colmatar as desvantagens deste método, nomeadamente a pouca participação, recorre-se ao método interativo, através da criação de espaços de interação e debate onde se procura fazer a integração dos conhecimentos e das vivências dos participantes, e se incentiva a colocação de dúvidas, ou pedido de esclarecimentos adicionais. Para otimizar a aprendizagem considera-se relevante a utilização de diapositivos elaborados especialmente para as sessões teóricas.

Nas sessões teórico-práticas utilizam-se vários métodos, como a instrução, o treino, a persuasão verbal através do reforço positivo e do *feedback* -concretizado pelas intervenções “Ajudar a acreditar que vai ser capaz de ultrapassar a situação com êxito”, “Reforçar positivamente a capacidade para ser ativa no trabalho de parto” e “Fornecer *feedback* avaliativo”, técnicas respiratórias, de relaxamento, de distração, de reestruturação cognitiva e de confronto, e a modelação (que acontece pela observação do comportamento dos pares e do formador e, quando em grupo, permite a comparação e reestruturação de ideias e de expectativas). Estas estratégias são importantes, pois para que o adulto aceite a formação, é necessário que nela encontre uma resposta para os seus problemas.

As sessões têm, ainda, em consideração as características e necessidades dos grupos. Em função da interação que se pode estabelecer, da dinâmica gerada, das vivências e das reações dos participantes, considera-se que as estratégias planeadas podem ser modificadas. Um planeamento flexível pode ocasionar uma experiência positiva e potenciar o processo de aprendizagem. Nesse sentido, o modelo estrutural de cada uma das sessões pode ser flexibilizado de acordo com as necessidades expressas pelas participantes.

Quanto ao local, para a realização das sessões é necessário que tenha as condições necessárias, nomeadamente, espaço amplo, com luminosidade e acústica adequadas, que permita que os participantes nas sessões teóricas fiquem posicionados em semicírculo e devidamente sentados para que se possa promover uma interação efetiva; e que nas sessões teórico-práticas permita a colocação de colchões ou bolas de parto para todas as grávidas, e que entre eles haja espaço

suficiente para os companheiros. O equipamento deve ser o suficiente para o desenrolar do programa: quadro branco ou de papel, canetas, computador, projetor, mesa, modelos (bacia anatómica e feto) e cadeiras para as sessões teóricas; colchões, almofadas, rolos, bolas de parto e aparelho de som para as sessões teórico-práticas.

A satisfação com o clima em que decorre a aprendizagem é um dos elementos facilitadores da sua aquisição. O formador deve, por isso, tentar estabelecer relações de cooperação e apoio capazes de criar um clima de confiança e de solidariedade no grupo. Na tentativa de promover um clima facilitador da aprendizagem, nas sessões teóricas, organiza-se o espaço dispondo as cadeiras dos participantes em forma de U, de modo a permitir uma maior interação e participação e a facilitar a partilha de experiências.

Para o registo da presença das participantes utilizam-se fichas de presença, onde se inscreve o nome da grávida, a data provável do parto e a data das sessões em que participa.

A avaliação da eficácia do programa deve ser efetuada pelo formador e realizada antes e depois da sua implementação podendo recorrer-se a diferentes tipos de instrumentos, como os questionários ou a entrevista.

De uma forma resumida, apresenta-se no quadro 3 o programa “Construir a Confiança para o Parto”.

Quadro 3: Programa “Construir a Confiança para o Parto”

Fundamentação	Teoria da autoeficácia de Albert Bandura, Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e filosofia Lamaze.
Destinatários	Grávidas/casais com 20 anos ou mais, com 28 ou mais semanas de gestação. Grupos até 12 participantes.
Objetivos	Aumentar a autoeficácia no trabalho de parto, através da inclusão, nas sessões de preparação para o parto, de intervenções promotoras da autoeficácia.
Metodologia	Aprendizagem ativa, centrada na mulher. Reconhece os conhecimentos e capacidades inerentes que ela tem para se tornar ativa no trabalho de parto. Abordagem comportamental e cognitiva, com recurso a técnicas respiratórias, técnicas de relaxamento muscular, reestruturação cognitiva e confronto. Abordagem educacional e de empoderamento.
Conteúdos	Distribuídos pelas sessões de acordo com a tipologia de cada uma.
Sessões	Duas sessões teóricas, quatro teórico-práticas, uma visita ao bloco de partos e um contacto individual. Cada sessão tem duração de 90 minutos e é de frequência semanal. O programa tem um limite temporal de aproximadamente dois meses, num total de 12 horas.
Atividades	Educação para a saúde; instrução e treino de estratégias para lidar com o trabalho de parto; <i>role playing</i> ; observação vicariante; visualização de filmes; contrato verbal e persuasão verbal.
Formador	Deve estar habilitado para a educação de adultos; ter conhecimentos sobre estilos de aprendizagem e dinâmica de grupos adequados aos diferentes níveis de literacia; ter experiência de trabalho com grávidas e conhecimento prático do processo de parto; ter competências para estabelecer uma relação de ajuda, criar interesse e clarificar as escolhas disponíveis.
Avaliação	Efetuada pelo formador. Realizada em dois momentos: antes e depois da implementação do programa. Recurso a diferentes tipos de instrumentos: questionários e entrevista.

3. PLANEAMENTO DAS SESSÕES

O planeamento das sessões, fase prévia à implementação do programa, é uma ação considerada vital para a eficácia e qualidade do mesmo (Reis Santos, 2009). Centra-se na definição dos objetivos, das competências que se pretendem desenvolver nos participantes, dos resultados da aprendizagem, dos conteúdos a ensinar, dos tempos de formação, das estratégias e atividades a implementar, dos climas/ambientes de aprendizagem e dos recursos didáticos que seria necessário mobilizar.

As sessões teóricas e teórico-práticas do programa CCpP foram estruturadas em três etapas sequenciais: introdução, desenvolvimento e conclusão. Cada sessão, como referido anteriormente, foi planeada para 90 minutos.

A introdução é a etapa destinada à apresentação pessoal do formador e do tema a tratar, procedendo-se ao seu enquadramento. Clarificam-se os objetivos de aprendizagem e tecem-se considerações sobre o tema, que funcionam como motivação para a sessão, pois permitem sensibilizar para a importância das temáticas a abordar. Esta etapa, com uma duração aproximada de 20 minutos, compreende, ainda, um espaço para debate e esclarecimento de dúvidas.

O desenvolvimento, parte central das sessões, pressupõe a abordagem das temáticas, tendo em vista a compreensão e apreensão dos conteúdos, bem como a aquisição de habilidades, permitindo assim a consecução dos objetivos delineados. Tem uma duração aproximada de 50 minutos.

A conclusão, última etapa da sessão, com sensivelmente 20 minutos de duração, inclui um resumo dos assuntos abordados. São, também, criados espaços de interação e debate, com o objetivo de se promover a integração dos conhecimentos e incentivar a colocação de dúvidas, ou a solicitação de esclarecimentos adicionais.

1ª Sessão (*teórica*):

- 1º - Registo da presença na ficha;
- 2º - Apresentação da formadora e dos participantes;
- 3º - Introdução ao tema, debate e esclarecimento de dúvidas;
- 4º - Exposição das temáticas, de acordo com os objetivos e conteúdos definidos (quadro 4). Método expositivo e interativo. Projeção de diapositivos;

Quadro 4: Planeamento da 1ª Sessão

Sessão	Objetivos	Conteúdos
1ª Sessão Teórica	Conhecer processo biopsicossocial do parto.	Fenómenos biopsicossociais do trabalho de parto
		Informar sobre trabalho de parto e nascimento
		Explicar sobre respostas fisiológicas e emocionais ao trabalho de parto
		Informar sobre as sensações com que se pode deparar durante o trabalho de parto
		Explicar trabalho de parto através da visualização de vídeo
		Informar sobre técnicas de conforto no trabalho de parto e parto
	Adquirir capacidade para a tomada de decisão	Procedimentos habituais no trabalho de parto
		Explicar os procedimentos habituais no trabalho de parto
		Promover discussão intragrupo sobre procedimentos no trabalho de parto
	Construir o plano de parto	O que é o plano de parto, como se elabora
		Ajudar a construir / elaborar um plano de parto

5º - Resumo dos assuntos tratados. Espaço de interação e debate sobre os temas abordados, reflexão sobre crenças e expetativas relativas ao trabalho de parto e parto;

6º - Despedida.

2ª Sessão (teórica):

1º - Registo na ficha de presenças;

2º - Introdução ao tema, discussão sobre os assuntos abordados na sessão anterior, esclarecimento de dúvidas;

3º - Desenvolvimento dos tópicos definidos para a sessão (quadro 5). Método expositivo e interrogativo. Projeção de diapositivos;

Quadro 5: Planeamento da 2ª Sessão

Sessão	Objetivos	Conteúdos
2ª Sessão Teórica	Conhecer a importância da dor no trabalho de parto e parto	A dor como indicadora da evolução do TP
		Informar sobre a importância da dor no trabalho de parto e parto
	Conhecer técnicas de gestão da dor de trabalho de parto	Como gerir a dor de trabalho de parto
		Informar sobre técnicas não-farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto
		Ensinar como lidar com uma contração de cada vez
		Ensinar sobre estratégias de manutenção do autocontrolo
	Perceber a importância da autoeficácia no trabalho de parto e parto	Relação da autoeficácia com o parto
		Informar sobre autoeficácia

4º - Síntese das ideias principais. Espaço de interação e discussão sobre os temas abordados. Debate acerca das crenças, atitudes e conhecimento sobre a dor de trabalho de parto, de forma a ajudar a identificar padrões de pensamento e a confrontar os agentes stressores;

5º - Despedida.

3ª Sessão (*teórico-prática*):

1º - Registo na ficha de presenças;

2º - Apresentação dos conteúdos agendados para a sessão (Quadro 6);

3º - Discussão sobre os assuntos versados nas sessões anteriores, esclarecimento de dúvidas;

4º - Instrução e treino de técnicas, cognitivas e comportamentais, para a gestão da dor de trabalho de parto;

Quadro 6: Planeamento da 3ª Sessão

Sessão	Objetivos	Conteúdos
3ª Sessão Teórico-prática	Adquirir capacidade para a utilização de técnicas de gestão da dor de trabalho de parto e parto	Treinar técnicas para a gestão da dor de trabalho de parto
		Ajudar a distinguir estados de tensão e de relaxamento
	Treinar técnica de relaxamento	
	Treinar técnica respiratória	
	Desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto	Treinar técnica de imaginação dirigida
		Treinar técnica de distração
		Instruir sobre distração pela música

5º - Reforço positivo e *feedback* relativos ao esforço empregado na realização das atividades e aos ganhos conseguidos;

6º Contrato verbal para motivar o treino das técnicas aprendidas, em casa;

7º - Despedida.

4ª Sessão (teórico-prática):

1º - Registo na ficha de presenças;

2º - Introdução aos temas programados para a sessão (quadro 7);

3º - Discussão sobre os assuntos versados na sessão anterior, esclarecimento de dúvidas;

4º - Instrução e treino das técnicas planeadas, de acordo com os objetivos propostos;

Quadro 7: Planeamento da 4ª Sessão

Sessão	Objetivos	Conteúdos
4ª Sessão Teórico-prática	Adquirir capacidades para o controlo no trabalho de parto e parto	Como gerir estados emocionais e somáticos no trabalho de parto e parto
		Ajudar a confrontar os agentes stressores um a um
	Ajudar a gerir emoções	
	Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade	
	Desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto	Treinar técnica de relaxamento
		Instruir e treinar autodeclaração
		Instruir e treinar autoinstrução

5º - Reforço positivo e *feedback* relativos ao esforço desenvolvido na realização das atividades;

6º - Síntese das ideias principais. Espaço de interação e discussão sobre os temas abordados. Debate acerca das crenças e da forma de gerir as emoções no trabalho de parto e parto;

7º - Contrato verbal para motivar para o treino em casa;

8º - Despedida.

5ª Sessão (teórico-prática):

1º - Registo na ficha de presenças;

2º - Introdução ao tema, discussão sobre os assuntos tratados na sessão anterior, esclarecimento de dúvidas;

3º - Instrução e treino sobre o ritmo do trabalho de parto e sobre a utilização das técnicas de conforto. O formador utiliza a metodologia de *role playing* durante a simulação do trabalho de parto, incentivando as grávidas a imaginarem que estão em trabalho de parto e, assim, a aplicarem as estratégias aprendidas para lidar com a dor e o desconforto (quadro 8);

Quadro 8: Planeamento da 5ª Sessão

Sessão	Objetivos	Conteúdos
5ª Sessão Teórico-prática	Conhecer o ritmo de trabalho de parto	Simulação do trabalho de parto
		Instruir sobre o ritmo de trabalho de parto
	Desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto	Ajudar a preparar para cada contração uterina
		Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina
		Ensinar sobre imaginar o filho durante a contração uterina
		Instruir e treinar autoinstrução
		Treinar técnicas de conforto a utilizar durante o trabalho de parto e parto

4º - Reforço positivo e *feedback* relativos à capacidade para utilizar as técnicas aprendidas. Reforço acerca da capacidade para ser ativa no trabalho de parto e parto;

5º - Espaço de interação e debate sobre as intervenções de rotina no trabalho de parto e parto;

6º - Despedida.

6ª Sessão (teórico-prática):

1º - Registo na ficha de presenças;

2º - Esclarecimento de dúvidas e discussão sobre as habilidades aprendidas, nas sessões anteriores, e sobre a confiança para as utilizar durante o trabalho de parto e parto;

3º - Apresentação do plano da sessão (quadro 9);

Quadro 9: Planeamento da 6ª Sessão

Sessão	Objetivos	Conteúdos
6ª Sessão Teórico- prática	Adquirir capacidade para se tornar ativa no trabalho de parto Aumentar a perceção de autoeficácia no parto	Partilha de experiência positiva de parto
		Visualizar vídeo sobre experiência positiva de parto
		Como comunicar com os profissionais de saúde
		Orientar para estratégias de comunicação com os profissionais de saúde
		O meu plano de parto
		Analisar o plano de parto efetuado

4º - Mostrar vídeo com parturientes a perseverar no controlo do trabalho de parto mediante a utilização das técnicas de conforto e de gestão da dor ensinadas, e a falarem sobre a sua experiência positiva de parto;

5º - Reflexão e debate sobre os conteúdos visualizados;

6º - Orientação para estratégias de comunicação com os profissionais de saúde: questionar sobre procedimentos, referir as preferências, incentivar a fazer e a entregar o plano de parto aos profissionais de saúde;

7º - Análise e reflexão sobre os planos de parto efetuados pelas grávidas e companheiros;

8º - Reforço positivo e *feedback* relativos à capacidade para utilizar as estratégias aprendidas e para se tornar ativa no trabalho de parto e parto;

9º - Preenchimento do Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto;

10º - Entrega do QESP e solicitação do seu preenchimento no segundo dia após o parto.

11º - Despedida.

A sessão para visita guiada ao bloco de partos é planeada de acordo com as possibilidades dos serviços (Consulta de Grávidas e Bloco de Partos) e dos casais, ocorrendo habitualmente num dia diferente daquele que é delineado para a implementação do programa.

O número de contactos individuais varia de acordo com as necessidades expressas pelas participantes. No entanto, é planeado um contacto com cada participante, de forma a definir com a grávida/casal os seus objetivos para a preparação para o parto, analisar o seu desejo de participar na seleção de estratégias de alívio da dor de trabalho de parto, ajudar a identificar os fatores capazes de provocar maior stresse durante o trabalho de parto e, também a identificar os padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de *coping* adaptativas (i.e., “não sou capaz”).

Concluída a elaboração do programa “Construir a Confiança para o Parto”, passou-se ao estudo seguinte.

6 – ESCUTAR AS MULHERES: DETETAR NECESSIDADES PARA A PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Para se planearem intervenções de preparação para o parto que sejam eficazes, e que respondam às necessidades das mulheres e as ajudem a sentir-se confiantes na sua capacidade para lidar com o trabalho de parto, é necessário em primeiro lugar conhecê-las.

Para tal, é importante que o enfermeiro de saúde materna e obstétrica compreenda que expetativas têm relativamente ao trabalho de parto, quais os seus medos, como idealizam a dor, que estratégias de *coping* costumam usar para lidar com situações stressantes e quais as expetativas relacionadas com a preparação para o parto.

Neste capítulo faz-se a descrição do estudo efetuado, dos seus objetivos e finalidade, expõem-se o material e métodos utilizados e apresentam-se os resultados e a sua discussão.

1. TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS E FINALIDADE

De acordo com os objetivos que se pretenderam atingir optou-se por um estudo de tipo exploratório, descritivo, de cariz misto.

A escolha de um método misto deveu-se ao facto de se entender que a aplicação conjunta dos dois métodos permitiria reduzir as limitações de cada um e ajudaria a compreender e esclarecer, de forma mais clara, fenómenos que de outra forma poderiam ficar ocultos (Polit & Beck, 2011).

Estabeleceram-se os seguintes objetivos para esta pesquisa:

- identificar as expetativas das grávidas relativas à preparação para o parto;
- identificar o conhecimento das grávidas sobre trabalho de parto;
- identificar qual o tipo de parto desejado;
- identificar qual a figura de apoio familiar preferida durante o trabalho de parto;

- analisar as expectativas das grávidas relativas ao trabalho de parto;
- analisar a forma como a grávida interpreta a dor de trabalho de parto;
- identificar as estratégias de *coping* habitualmente utilizadas para lidar com a dor;
- identificar o grau de medo do trabalho de parto;
- analisar as causas de medo relacionadas com o trabalho de parto;
- identificar o grau de ansiedade relacionada com o trabalho de parto;
- identificar o nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto;
- analisar a relação entre autoeficácia para lidar com o trabalho de parto e as variáveis: sociodemográficas; tipo de parto desejado; conhecimento sobre trabalho de parto; experiência anterior de dor; experiência anterior de parto; autoconfiança; ansiedade; apoio familiar durante o trabalho de parto; medo e ansiedade relacionados com o trabalho de parto.

Este estudo teve como finalidade conhecer as expectativas e preferências das grávidas relativas ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à sua confiança para lidar com o trabalho de parto, de forma a auxiliar os enfermeiros de saúde materna e obstétrica a orientarem a sua prática, de acordo não só com a evidência científica, mas também com as necessidades detetadas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O método compreende um conjunto de ações organizadas e lógicas, que ajudam o investigador a alcançar o seu objetivo (Marconi & Lakatos, 2003).

Para dar início à sua pesquisa, o investigador elabora um desenho do estudo que lhe permita conseguir respostas válidas para os objetivos, questões ou hipóteses delineadas.

2.1. População e amostra

O estudo teve como população alvo todas as mulheres grávidas que frequentavam as consultas de obstetrícia de uma instituição da região Norte de Portugal, e que tinham intenção de assistir às sessões de preparação para o parto.

O método escolhido para a seleção da amostra foi o de amostragem não probabilística, por conveniência.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão na amostra: estar grávida; ter 28 ou mais semanas de gestação e estar interessada em assistir às sessões de preparação para o parto na instituição onde decorreu a investigação. Considerou-se como único critério de exclusão da amostra a grávida ter uma idade inferior a 20 anos, período de adolescência como definido pela OMS (1997). A gravidez na adolescência é considerada, por vários autores como um fator de risco tanto fisiológico como psicológico, pois como referido por Dias e Teixeira (2010), durante este período as adolescentes deveriam “explorar possibilidades antes de tomar decisões que exigem compromissos” (p. 125). A preparação da adolescente para o parto deve acontecer em grupos de pares e deve ser planeada de acordo com as suas necessidades específicas. As características específicas desta população levaram a que não fossem incluídas no estudo.

Quanto ao tamanho da amostra, teve-se em conta o instrumento de colheita de dados que se iria utilizar, as técnicas estatísticas a usar na análise dos dados e a necessidade de se assegurar a representatividade do universo em estudo (Hill & Hill, 2005).

A amostra foi, assim, composta por 246 grávidas.

2.2. Procedimento para recolha de dados

A colheita de dados decorreu entre janeiro de 2011 e setembro de 2012, e foi realizada pela equipa de enfermagem do serviço de Consulta de Obstetrícia da instituição.

No sentido de se minimizarem as diferenças de procedimento entre a equipa de investigação que seria responsável pela colheita de dados foi, previamente, dada informação sobre os objetivos do estudo e sobre as características dos instrumentos de recolha de dados.

O primeiro contacto com as mulheres, no segundo trimestre da gravidez, foi estabelecido pelas enfermeiras responsáveis pela consulta de obstetrícia e teve como objetivo inquirir sobre a sua intenção de frequentarem o curso de preparação para o parto disponibilizado pela instituição. Perante uma resposta afirmativa, o estudo era apresentado e eram questionadas sobre o seu interesse em participar. No caso de demonstrarem interesse era-lhes entregue: o documento de informação ao

participante e o de consentimento informado que levavam para casa, para em conjunto com a família decidirem sobre a sua participação.

No segundo contacto, entre as 28 e as 32 semanas de gestação, as grávidas que se mostravam interessadas em participar, entregavam o documento de consentimento informado assinado procedendo-se em seguida à entrevista, e à entrega, para preenchimento, de duas escalas para avaliação do medo e da ansiedade e do Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto. No início da entrevista lembravam-se os objetivos do estudo, o motivo da realização da entrevista e garantia-se a confidencialidade.

2.3. Instrumentos de recolha de dados

De acordo com os objetivos que se pretendiam atingir e o tipo de estudo definido, utilizaram-se quatro instrumentos de recolha de dados, um guião de entrevista semiestruturada, duas escalas de avaliação (medo e ansiedade) e um questionário.

Realizou-se uma entrevista que, para além de permitir colher os dados necessários à caracterização da amostra: atributos sociodemográficos e da gravidez, possibilitou, também, conhecer as expetativas e preferências das grávidas relativas ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à confiança da mulher para lidar com o trabalho de parto, permitindo dessa forma detetar necessidades para o planeamento da preparação para o parto.

Para a sua concretização elaborou-se um guião de entrevista semiestruturada. Este guião foi composto por quatro perguntas destinadas à recolha de informação relativa a variáveis sociodemográficas; cinco questões fechadas e uma aberta para conhecimento da história obstétrica; uma questão aberta, que visava colher informação sobre as expetativas que as participantes tinham relativamente ao curso de preparação para o parto; cinco perguntas, três fechadas e duas abertas, que visavam identificar quais os conhecimentos e as expetativas que as grávidas tinham sobre o trabalho de parto e quais as pessoas que desejavam ter durante o trabalho de parto a apoiá-las. Uma questão foi elaborada no sentido de se conseguir avaliar a confiança. Sendo a dor de trabalho de parto uma das variáveis que importava medir, conhecer a ideação da dor e a forma como habitualmente as participantes lidam com ela pareceu importante, pelo que, foram incluídas duas questões abertas e três fechadas para a colheita dessa informação. Duas questões

abertas foram formuladas com o intuito de se identificarem as causas de medo relacionadas com o trabalho de parto.

No sentido de se avaliar o grau de medo e de ansiedade que as grávidas tinham relativamente ao trabalho de parto foram aplicadas duas escalas visuais analógicas de 10 pontos. Cada escala caracteriza-se por ser um instrumento unidimensional constituído por uma linha com as extremidades numeradas em 0 e 10. Na escala para medir o grau de medo o 0 corresponde a *sem medo* e o 10 a *muito medo*. Na escala para medir a ansiedade o 0 corresponde a *nada ansiosa* e o 10 a *muito ansiosa*.

Após obtenção do consentimento informado, procedeu-se à realização da entrevista, cuja duração média foi de 20 minutos. A brevidade dos testemunhos permitiu que se efetuasse o seu registo manual durante a entrevista, possibilitando a sua reprodução com precisão (Gil, 2008).

O *Childbirth Self-efficacy Inventory* [Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto (QAETP)], desenvolvido por Nancy Lowe (1993) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Neves (2010), foi utilizado com o objetivo de medir as expetativas de resultado e de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto. É uma escala de autorrelato, e está dividido em duas partes: a primeira compreende duas subescalas com 15 itens cada, que têm como objetivo medir as expetativas de resultado e as expetativas de autoeficácia relativas à fase ativa do trabalho de parto. A segunda parte é composta por duas subescalas, com 16 itens cada, que visam avaliar as expetativas de resultado e as expetativas de autoeficácia relativas ao período expulsivo. A grelha de respostas é constituída por uma escala de *Likert* de 10 pontos, em que o 1 corresponde a *nada útil* e o 10 a *muito útil* nas subescalas relativas às expetativas de resultado (itens 1 a 15 e 31 a 46). Nas subescalas referentes às expetativas de autoeficácia (itens 16 a 30 e 47 a 62) o 1 equivale a *nada certa* e o 10 a *completamente certa*.

Os scores resultam da soma dos valores de resposta aos itens 1 a 15 e 31 a 46 para medir as expetativas de resultado na fase ativa de trabalho de parto e no período expulsivo; e das respostas aos itens 16 a 30 e 47 a 62 para avaliar as expetativas de autoeficácia na fase ativa de trabalho de parto e no período expulsivo. Cada uma das duas medidas (expetativas de resultado e de autoeficácia no trabalho de parto) da fase ativa de trabalho de parto pode obter scores que variam entre 15 e 150; as duas medidas relativas ao período expulsivo (expetativas de resultado e de autoeficácia no parto) têm scores que podem variar entre 16 e 160. A autora (Lowe, 1993) sugere que para facilitar a interpretação dos dados, se divida o score obtido

em cada subescala pelo seu número de itens, apresentando-se o resultado com duas casas decimais.

Para o cálculo da pontuação total das expectativas de resultado e das expectativas de autoeficácia devem somar-se os scores das respectivas subescalas. Em ambos os casos, uma maior pontuação corresponde a um maior nível de expectativas de autoeficácia ou de expectativas de resultado.

Na presente investigação, o estudo da consistência interna do QAETP revelou um valor do coeficiente *alpha de Cronbach* (baseado nos itens standardizados) para a escala total de 0,96, e para cada subescala, valores que variavam entre 0,87 e 0,95 (quadro 10). Estes resultados estão em sintonia com os valores encontrados por outros autores (Lowe, 1993; Ip, Chien & Chan, 2004; Howharn, 2008; Neves, 2010) e permitem afirmar que o QAETP concede confiança nos resultados pois apresenta valores de consistência interna com fiabilidade elevada (Murphy & Davidsholder, 2005).

Quadro 10: Consistência interna do QAETP

	<i>α de Cronbach</i>	Nº itens
Expetativa de resultado no trabalho de parto	0,89	15
Expetativa de eficácia no trabalho de parto	0,94	15
Expetativa de resultado no parto	0,87	16
Expetativa de eficácia no parto	0,95	16
Escala total	0,96	62

2.4. Tratamento dos dados

Nesta investigação, o estudo descritivo foi realizado com recurso a medidas de tendência central e de dispersão. Com o objetivo de extrapolar os resultados para a população foi, ainda, realizada estatística inferencial, utilizando-se testes paramétricos e não-paramétricos.

O programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0, para Windows foi o escolhido para se efetuar o tratamento estatístico dos dados.

Os dados qualitativos, de acordo com o preconizado por Bardin (2004), foram tratados a partir da análise dos discursos. Esta análise que se efetuou em três fases: organização das ideias iniciais, codificação dos dados e criação de categorias, que no estudo foram construídas *a posteriori* e, finalmente, efetuou-se a escrita descritiva e interpretativa dos padrões resultantes. Excertos das entrevistas acompanham a descrição dos dados, sendo que cada excerto é identificado de acordo com a codificação atribuída à entrevista a que pertence, por exemplo: E1 - Entrevista realizada à participante 1.

Na análise de algumas questões abertas: “Quais os desconfortos da gravidez?” e “Que pessoa quer que assista ao seu trabalho de parto e parto?”, por se verificar homogeneidade das respostas, utilizou-se a técnica quase estatística que, conforme Polit e Hungler (2013), consiste na quantificação da informação qualitativa. Após a análise dos discursos, agruparam-se os dados em categorias e contabilizou-se a frequência com que determinado dado surgiu.

A organização e a apresentação de dados foram efetuadas de acordo com o tipo de variáveis em estudo.

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo, apresentam-se os dados resultantes da análise efetuada, e procede-se à interpretação dos resultados.

Está estruturado nos seguintes sub-subcapítulos: caracterização da amostra; expectativas relativas à preparação para o parto; trabalho de parto: conhecimento, tipo de parto, apoio familiar e expectativas; a dor, o medo e a ansiedade relacionados com o trabalho de parto; e a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto.

3.1. Caracterização da amostra

A amostra constituiu-se por 246 grávidas, maioritariamente portuguesas ($n=237$; 96,3%), com uma idade que variava entre os 20 e os 41 anos, com uma média de 31,3 anos ($DP=4,4$), mediana e moda de 31 anos. Quanto ao grau de escolaridade, de realçar que 57,3% ($n=141$) das participantes tinham frequência do

ensino superior e 13,9% ($n=34$) completaram o ensino básico. A maioria das mulheres inquiridas (72,0%; $n=177$) era casada ou vivia em união de facto (tabela 7).

Tabela 7: Distribuição da amostra por nacionalidade, grau de escolaridade e estado civil

		<i>n</i>	%
Nacionalidade	Portuguesa	237	96,3
	Angolana	2	0,8
	Brasileira	2	0,8
	Francesa	4	1,6
	Venezuelana	1	0,4
Escolaridade	6.º ano	7	2,9
	9.º ano	27	11,0
	12.º ano	71	28,9
	Bacharelato/Licenciatura	118	48,0
	Mestrado/Doutoramento	23	9,3
Estado civil	Casada/União de facto	177	72,0
	Solteira	64	26,0
	Divorciada	5	2,0

Relativamente à gravidez, a maioria das participantes era primigesta (77,2%; $n=190$), não tinha filhos (89,1%; $n=219$), planeou a gravidez (83,3%; $n=205$) e iniciou entre as 28 e 29 semanas de gestação (62,6%; $n=154$) as sessões de preparação para o parto (tabela 8).

Tabela 8: Distribuição da amostra de acordo com a gestação, paridade, planeamento da gravidez e tempo de gravidez

		<i>n</i>	%
Gesta	Primigesta	190	77,2
	Segunda gesta	42	17,1
	Multigesta	14	5,7
Número de filhos	Sem filhos	219	89,1
	1 filho	23	9,3
	2 filhos	4	1,6
Gravidez planeada	Sim	205	83,3
	Não	41	16,7

Tempo de gravidez (em semanas)	28	108	43,9
	29	46	18,7
	30	38	15,4
	31	23	9,3
	32	24	9,8
	33	3	1,2
	34	4	1,6

Quando inquiridas sobre a presença de *desconfortos durante a gravidez*, 58% ($n=141$) das participantes referiram ter desconfortos. A análise das respostas levou à construção de sete categorias. Na categoria “Pirose” incluíram-se todas as respostas em que as mulheres referiram azia e refluxo; na categoria “Fadiga” aceitaram-se as palavras sono e cansaço; foram indicadoras da categoria “Edema” todas as respostas em que as participantes referiam inchada ou inchaço; e para a categoria “Náusea” contribuíram as palavras enjojo e náusea. As restantes categorias (dor, vômitos e câibras) foram referenciadas pelas grávidas textualmente.

Entre os vários desconfortos relatados pelas grávidas, salientam-se a dor (55%; $n=76$) (região lombar, ciática, membros inferiores e abdominal), a náusea (26,8%; $n=37$) e a pirose (24,6%; $n=34$).

No que diz respeito à autoconfiança, a maioria das grávidas (82,1%; $n=202$) considerava ser uma pessoa confiante, somente 18% ($n=44$) referiram não o ser.

3.1.1. Expetativas relativas à preparação para o parto

Tendo em vista a identificação das *expetativas que as participantes tinham para a preparação para o parto*, foi-lhes solicitado que respondessem à pergunta “Quais as expetativas para as aulas de preparação para o parto”. Responderam 224 (91,1%) participantes. Após análise dos relatos das participantes, e relativamente aos objetivos propostos, identificaram-se três categorias e sete subcategorias relacionadas com o conhecimento, a capacidade e a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto (quadro 11).

Quadro 11: Expetativas das grávidas para a preparação para o parto

Categorias	Subcategorias
Conhecimento	Trabalho de parto
	Parentalidade
Capacidade	Gestão de emoções
	Gestão de estratégias de <i>coping</i>
	Autocontrolo
Autoeficácia	Autoconfiança
	Partilha de experiências

As expetativas são crenças ou ideias acerca do futuro, que influenciam a forma como a pessoa sente, pensa e se comporta (Harwood, McLean, & Durkin, 2007). Relativamente à preparação para o parto, percebe-se pelos depoimentos que as grávidas esperavam que as aulas lhes permitissem adquirir conhecimentos e capacidades para lidar, emocional e fisicamente, com o trabalho de parto, ajudando-as a construir autoconfiança para ultrapassar o evento e permitindo-lhes a partilha de experiências com grupos de pares.

Conhecimento

O conhecimento sobre trabalho de parto é importante, e foi um dos aspetos reportados pelas participantes para as sessões de preparação para o parto, como se pode constatar pelos depoimentos: “Com as aulas gostaria de adquirir maior conhecimento sobre o trabalho de parto e que possam ser uma mais-valia para esta fase.” (E11); “Espero adquirir os conhecimentos pretendidos” (E13); “Estar mais bem preparada para lidar com as dores do parto.” (E44); “(...) atingir o máximo conhecimento para um parto normal e tranquilo.” (E80); “(...) pretendo enriquecer os meus conhecimentos.” (E85); “(...) quero obter alguns conhecimentos acerca da fase em que vou entrar, nomeadamente, sobre o parto (...)” (E148). A consciência de que a mobilização desse conhecimento pode levar a uma experiência menos dolorosa e mais satisfatória, encoraja a mulher a procurar o conhecimento e ajuda-a a delinear objetivos realistas para o trabalho de parto.

Obter conhecimento sobre parentalidade, foi outra das expetativas referidas pelas grávidas para justificar a sua participação nas sessões de preparação para o parto: “Quero adquirir mais informação acerca (...) dos cuidados com o bebé.” (E14); “(...) obter orientação nos cuidados ao recém-nascido.” (E19); “(...) aprender e tirar dúvidas sobre parentalidade.” (E33); “(...) aprender o máximo para (...) adquirir competências para ser boa mãe.” (E34) e está ligada à necessidade de se sentirem competentes para a execução do papel maternal, como emerge dos testemunhos: “Estar melhor preparada (...) para a parentalidade.” (E10); “(...) conseguir ser melhor mãe.” (E32); “Estar preparada para prestar os cuidados ao recém-nascido.”

(E37); “Sentir-me preparada e confiante para (...) a nova etapa da vida.” (E38); “Adquirir competências para ser mãe, (...)” (E41). O nascimento de um filho representa mudanças significativas na vida de qualquer ser humano. Este acontecimento conduz à alteração de papéis e à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade. A parentalidade é uma transição desenvolvimental que, como se tem vindo a constatar, exige, por parte dos novos pais, diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, que implicam uma adaptação e reorganização específicas. Para que se dê uma transição eficaz para a parentalidade é necessário que os pais incorporem conhecimentos, alterem comportamentos e mudem a definição do *self*. A preparação para a parentalidade desenvolvida durante a gravidez faz parte do processo de adaptação à parentalidade. Envolve conhecimento e o treino de competências a diversos níveis: físico, emocional, cognitivo e social. No entanto, apesar das mulheres terem como intuito para as sessões de preparação para o parto, a preparação para a parentalidade, é importante que o enfermeiro de saúde materna e obstétrica, responsável por estas sessões, distinga com a mulher/casal as diferenças entre as duas intervenções, ajudando a redefinir as expectativas, pois se isso não acontecer a sua eficácia pode ser comprometida.

Capacidade

Um dos objetivos das sessões de preparação para o parto é dotar as grávidas de capacidade para lidar com o trabalho de parto.

No estudo, a gestão das emoções foi uma das capacidades que as grávidas tinham como expectativa adquirir, sendo uma das razões mais apontadas pelas mulheres para participarem nas aulas. Aprender formas de lidar com as emoções é uma preocupação das participantes, como se pode constatar: “Gostava de aprender a lidar com o medo.” (E55); “(...) diminuir o medo do parto.” (E86); “Espero que as aulas me ajudem a superar o medo e ansiedade que tenho em relação ao parto.” (E165); “(...) vencer a ansiedade” (E186); “(...) reduzir a ansiedade” (E194). Sentimentos de tranquilidade na aproximação a atividades e tarefas difíceis permitem que a pessoa crie uma alta perceção de eficácia necessária ao esforço e à persistência que vai despende em determinada atividade. Pelo contrário, ansiedade, stresse e medo levam a uma baixa perceção de eficácia, criando na pessoa uma visão limitada sobre a melhor forma de resolver os problemas.

O domínio na experiência do parto pode ser, ainda, conseguido através de uma melhor gestão das estratégias de *coping*. As participantes, como se pode constatar nos testemunhos: “Espero aprender algumas técnicas de relaxamento adequadas

para aplicar no parto, (...)" (E34); "(...) compreender e executar a respiração correta para o parto, (...). (E46); "(...) compreender e sentir os benefícios das técnicas de relaxamento" (E59); "Espero aprender a utilizar a respiração durante o trabalho de parto." (E108); "Adquirir capacidade para controlar a dor do parto." (E115); "(...) obter conhecimento sobre (...) técnicas de relaxamento." (E185), demonstraram a necessidade de adquirir essa capacidade ao mencionarem que tinham como metas para as sessões de preparação para o parto, aprender a utilizar técnicas respiratórias e de relaxamento, comumente identificadas como as mais habituais para a gestão da dor de trabalho de parto.

O autocontrolo, de acordo com o exposto na CIPE® (ICN, 2011), pode ser definido como as "disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida" (p. 41). Aprender sobre autocontrolo é outro propósito relatado pelas participantes: "(...) adquirir capacidade de autocontrolo ..." (E5); "Adquirir competências de autocontrolo, saber estar preparada para qualquer imprevisto." (E6); "Espero que as aulas me ajudem a controlar o trabalho de parto." (E17); "Gostava de saber como me controlar durante o trabalho de parto." (E25); "Aprender a manter-me calma." (E31); "Pretendo treinar o autocontrolo (...) de forma a melhorar a experiência do trabalho de parto." (E230), e quando conseguido, durante o processo de parto, ajuda a mulher a obter altos níveis de satisfação com a experiência de parto (McMillan et al., 2009).

Autoeficácia

Obter autoconfiança é, também, uma das expectativas das grávidas: "Com as aulas quero obter confiança (...)" (E47); "(...) aumentar a autoconfiança no sentido de me sentir preparada para o parto." (E48); "Com a frequência das aulas quero aumentar a minha confiança para lidar com o parto (...)" (E49); "(...) ganhar mais confiança." (E85); "Espero conseguir colocar em prática a minha aprendizagem." (E186); "Sentir-me mais confiante." (E194); "Que as aulas me ajudem a sentir mais confiante no momento do parto e me deem segurança sobre como agir (...)." (E204). Sentir autoconfiança para lidar com o trabalho de parto, ajuda a mulher a sentir-se segura e a acreditar que consegue utilizar as estratégias que aprendeu, durante o trabalho de parto, pois as pessoas tendem a escolher tarefas e atividades em que se sintam competentes e confiantes. Quanto mais alto for o seu sentido de eficácia, maior a sua resiliência, porque as crenças de autoeficácia influenciam os padrões de pensamento e as reações emocionais do indivíduo, aumentando a perceção de realização e de bem-estar (Pereira & Almeida, 2004).

A partilha de experiências é, como referido anteriormente, uma forma de aprendizagem vicarial, que permite a análise da experiência dos outros. As inquiridas, referenciaram que esperavam partilhar experiências nas sessões de preparação para o parto: "Espero partilhar experiências (...)." (E52); "Saber as experiências de outras pessoas."

(E84), percebendo-se que configuram esta atividade como importante para a construção da sua confiança na capacidade para lidar com o trabalho de parto.

Apesar da maioria das participantes ter expectativas realistas, verificou-se que algumas as apresentavam demasiado elevadas, como se pode observar nos depoimentos expostos: “Espero que as aulas me ajudem a ter uma filha saudável, (...) e ser ótima mãe.” (E24); “Espero que as aulas me ajudem a ter um parto rápido e não doloroso.” (E234). Expectativas demasiado elevadas levam a uma experiência pouco satisfatória e a uma baixa perceção da qualidade dos cuidados prestados. Nas sessões de preparação para o parto é necessário ajudar as grávidas a estabelecerem expectativas realistas, com o objetivo de se promoverem experiências mais positivas e, assim, ajudar a mulher/casal a ficarem melhor preparados e a serem mais ativos durante o trabalho de parto.

3.1.2. Trabalho de parto: conhecimento, tipo de parto, apoio familiar e expectativas

Relativamente ao *conhecimento sobre trabalho de parto*, 60,2% ($n=148$) das grávidas referiram possuir conhecimento, e 39,8% ($n=98$) afirmaram não ter qualquer tipo de conhecimento sobre a temática.

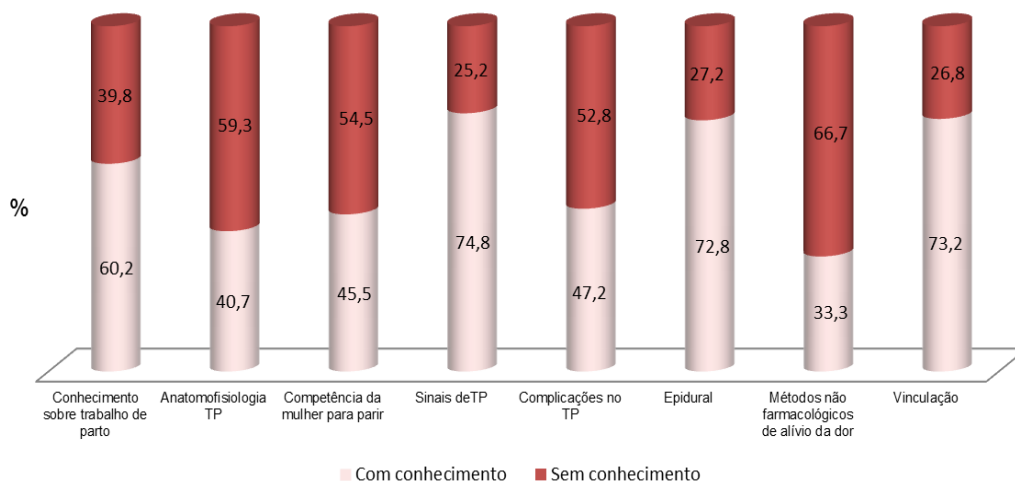


Gráfico 1: Conhecimento sobre trabalho de parto

Como se pode observar no gráfico 1, as participantes mencionaram, essencialmente, não terem conhecimento sobre a anatomofisiologia do trabalho de parto, sobre a competência para parir, sobre as complicações que podem surgir durante o trabalho de parto e sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor.

A maioria das grávidas (95,5%; $n=235$) referiu que já alguém lhe tinha falado sobre o parto. Ouviram falar positivamente sobre o assunto 137 (58,3%) grávidas, negativamente 28 (11,9%) e das duas formas 70 (29,8%) participantes.

Sobre o *tipo de parto* que desejavam ter, 56,1% ($n=138$) das participantes mencionaram querer ter um parto eutócico, 35,4% ($n=87$) pretendiam um parto natural, 5,3% ($n=13$) indicaram não saber que tipo de parto queriam ter, e 3,3% ($n=8$) mostraram desejo de um parto por cesariana.

A maioria das mulheres pretendia ter como figura de *apoio familiar*, durante o trabalho de parto, o marido/companheiro (94,2%; $n=227$), 4,1% ($n=10$) desejavam a presença de mãe, da irmã ou de uma amiga e, três (1,2%) grávidas não desejavam a presença de ninguém durante o trabalho de parto, tendo seis (2,4%) participantes referido ainda não ter pensado no assunto.

No sentido de se perceber quais as *expetativas que as participantes tinham relativamente ao trabalho de parto*, colocou-se a questão “Como pensa que vai ser o seu trabalho de parto?”. Da análise de conteúdo aos testemunhos das grávidas que responderam a esta questão (85,4%; $n=210$) emergiram cinco categorias e 11 subcategorias (quadro 12).

Quadro 12: Expetativas relativas ao trabalho de parto

Categoria	Subcategorias
Processo de parto	Presença de dor
	Duração do trabalho de parto
Autocontrolo	Físico
	Emocional
Intercorrências durante o trabalho de parto	Parto instrumentado
	Ocorrência de complicações
Perceção de emoções	Stresse
	Ansiedade
	Medo
Expetativas elevadas	Parto sem dor
	Parto rápido

As expetativas relacionadas com o trabalho de parto são complexas, e de acordo com Ayers e Pickering (2005) estão relacionadas com a experiência de parto, influenciando a avaliação da mulher sobre a satisfação com a mesma. A formação das expetativas é influenciada pelas experiências anteriores da mulher, pelas

experiências das pessoas significativas e, ainda, pelos *media* (Maggione et al., 2006; Guerra, 2010).

Como se pode verificar pelos depoimentos, as participantes tinham expectativas relacionadas com o processo de parto, no que diz respeito à presença de dor: “Vai ser um parto sem muitas dores.” (E100); “Vai ser um momento muito doloroso.” (E104); “Gostaria que fosse [um parto] sem dor para mim.” (E201) e à duração do trabalho de parto: “(...) parto longo”; “Penso que o meu parto vai ser demorado.” (E28); “Vai ser um trabalho de parto demorado.” (E115).

Esperavam, também, ter capacidade para manter o autocontrolo, tanto a nível físico: “Espero ter capacidade física (...) para enfrentar e superar esse momento.” (E35); “(...) vou conseguir manter o controlo físico (...)” (E160), como emocional: “Espero ter capacidade (...) emocional para enfrentar e superar esse momento.” (E35); “Vai ser um parto difícil pois sei que vou ter dificuldade em suportar as dores.” (E192); “Vai correr bem, (...), vou estar calma e fazer a minha parte o melhor possível.” (E249).

O desejo de não existirem intercorrências durante o trabalho de parto foi expresso, tanto no que diz respeito à necessidade de instrumentação: “(...) parto sem episiotomia, sem cesariana.” (E99); “Espero ter um parto sem instrumentação [parto sem ventosa ou fórceps] (...)” (E121), como à ocorrência de complicações: “Espero ter um parto sem complicações, sem hemorragia.” (E29); “(...) parto prematuro, ou pré-eclâmpsia” (E57).

Durante a gravidez a mulher preocupa-se com as possíveis complicações que podem surgir durante o trabalho de parto, criando expectativas sobre este (Heaman, Beaton, Gupton, & Sloan, 1992). As expectativas narradas pelas participantes estão de acordo com o referenciado por vários autores que, nos seus estudos, concluíram que as expectativas com o trabalho de parto estão, essencialmente, relacionadas com a gestão da dor e das emoções, o autocontrolo e a duração do trabalho de parto (Gibbins & Thomson, 2001; Ip et al., 2003; Costa et al., 2004; 2005; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006; Hauck, Fenwick, Downie, & Butt, 2007).

Algumas participantes possuíam, ainda, expectativas associadas com a perceção de emoções conotadas como negativas: “Tento não pensar (...) para não criar medo ou ansiedade desnecessária.” (E12); “(...) vou estar stressada [no trabalho de parto].” (E15); “Prefiro nem pensar no parto, pois fico muito stressada e ansiosa.” (E17); “Vou ter medo [do parto].” (E37); “Vai ser [um trabalho de parto] com um misto de medo e ansiedade.” (E97); “Não pensei, mas tenho receios.” (E161); “Acho que com alguma ansiedade.” (E228).

O medo do desconhecido, a ansiedade, o tempo de duração do trabalho de parto, a preocupação com a dor de trabalho de parto e com o autocontrolo identificados nos relatos das entrevistadas foram, também, nomeados nos trabalhos de Costa e col. (2003) e Kasai, Nomura, Benute, de Lucia, & Zugaib (2010), que

referem que as mulheres durante a gravidez têm sentimentos ambivalentes, no que diz respeito ao trabalho de parto, mencionando sentir ansiedade e medo.

A formulação de expectativas realistas é de extrema importância, pois, segundo Costa e col. (2003), as grávidas com expectativas irrealistas mencionam maiores níveis de dor de trabalho de parto e uma pior experiência de parto. Neste estudo foi possível perceber que algumas participantes tinham expectativas demasiado elevadas para o seu trabalho de parto, essencialmente relacionadas com a falta de conhecimento sobre o mesmo: “Vai ser um parto sem dor (...).” (E199); “Vai ser um parto rápido.” (E246). É importante que o enfermeiro de saúde materna e obstétrica ajude a grávida a formular expectativas realistas, contribuindo para que esta esteja melhor preparada para o trabalho de parto e avalie a sua experiência de parto como mais satisfatória (Ip et al., 2003; Hauck et al., 2007).

3.1.3. A dor: significado, experiência e estratégias de *coping*

Quanto à dor de trabalho de parto há pouca evidência que mostre qual o significado que a mulher lhe atribui. Como refere Simkin (2000), este conhecimento ajuda os enfermeiros de saúde materna e obstétrica a preparar melhor as grávidas para a gestão da dor, diminuindo o risco de consequências negativas a longo prazo (Sousa, Santos, & Santos, 2012). Por esse motivo, com o objetivo de conhecer o significado que a grávida atribuía à dor trabalho de parto, questionaram-se as participantes, tendo respondido a esta questão 94,7% ($n=233$).

Significado atribuído à dor trabalho de parto

Após a análise de conteúdo aos depoimentos, definiram-se duas categorias e oito subcategorias (quadro 13):

Quadro 13: Significado atribuído pela mulher à da dor de trabalho de parto

Categorias	Subcategoria
Dor esperada	Inevitável
	Natural
	Suportável
	Difícil de suportar
Interpretação da dor	Ansiedade
	Sufrimento
	Gratificação
	Necessária para ser mãe

Relativamente à dor esperada, como se pode constatar nos depoimentos abaixo, as participantes consideraram que a dor de trabalho de parto é inevitável: “É um mal necessário.” (E88); “É necessária para o parto (...).” (E160); “(...) dor inevitável (...).” (E110); “É uma dor que tem que existir, (...).” (E235), e natural: “A dor do parto é (...) natural.” (E6); “A dor no parto é algo natural e inevitável.” (E239).

Nos seus testemunhos, algumas participantes, referiram, ainda, ser uma dor suportável: “(...) não são dores que não se consigam suportar.” (E19); “Dor que se consegue ir suportando, bem pior que a dor de dentes.” (E30); “Penso que é uma dor forte, mas suportável.” (E66), no entanto, para outras participantes, a dor de trabalho de parto é uma dor intensa, difícil de suportar: “É uma dor forte, das mais fortes que se pode ter.” (E51); “(...) dor intensa, difícil de suportar.” (E155); “É uma dor horrorosa e difícil de suportar.” (E175).

Relativamente à dor de trabalho de parto, como se pode constatar, as grávidas referiram pensar que é uma dor natural, inevitável, intensa e difícil de suportar, resultados que estão de acordo com os de Melzack e col. (1981), Niven e Gijbers (1984), Escott e col. (2009) e Lowe (2002).

Quanto à Interpretação da dor de trabalho de parto, observaram ser uma dor que provoca ansiedade: “(...) tempo de angústia e ansiedade, (...).” (E233); “(...) provoca um estado de ansiedade elevado.” (E246), e sofrimento: “Penso que é um sofrimento.” (E75). A forma como a grávida interpreta a dor de trabalho de parto pode ser altamente geradora de ansiedade e sofrimento, como se verificou nos testemunhos das participantes. Estes resultados estão de acordo com o referido em diversos estudos (Mander, 2000, Simkin, 2000, Davim et al., 2008, Sousa et al., 2012) e são importantes para a atuação do ESMO, pois, tal como mencionado pelos autores, a dor esperada é uma das variáveis que mais negativamente influencia a intensidade da dor percebida pela mulher durante o trabalho de parto afetando a sua atitude no mesmo.

Apesar dos resultados anteriores, no estudo uma grande parte das participantes mencionou que a dor de trabalho de parto é gratificante: “Dor boa, pois dela sairá a nossa razão de viver, (...).” (E17); “(...) segundo as opiniões muito gratificante.” (E43); “(...) mas que vai trazer o meu filho ao mundo.” (E92); “É um dia de sofrimento em nove meses de satisfação, (...).” (E98); “É uma dor (...) que me vai dar uma grande alegria.” (E109); “A dor existe (...) mas tem uma grande recompensa no fim.” (E230), e necessária para ser mãe: “É uma dor necessária, pois leva a uma vinculação mais forte ao filho.” (E81); “(...) faz parte da natureza e do ser humano, cria ligações.” (E84). Estes resultados corroboram os de Davim e col. (2008) que concluíram que as grávidas encontram sentido na experiência da dor de trabalho de parto no processo de transição para a parentalidade.

Experiência anterior de dor

Relativamente a este aspeto, 50,8% ($n=125$) das participantes referiram não ter experiência anterior de dor, aguda ou crónica, sendo que 49,2% ($n=121$) das inquiridas já tiveram uma experiência anterior. Os tipos de dor mais frequentemente referidos foram a dor músculo-esquelética, a dor vascular, a enxaqueca e a dismenorrea.

Estratégias de coping para a gestão da dor

De acordo com Melzack e Dennis (1978), cada indivíduo experiencia e gere a dor de forma diferente, única, seja esta aguda ou crónica. No sentido de se identificarem quais as estratégias de *coping*, mais frequentemente utilizadas pelas participantes para lidar com a dor, questionaram-se as 121 grávidas que referiram experiência anterior de dor. Após análise dos testemunhos, identificaram-se seis estratégias: a medicação, o repouso, o isolamento, a distração, os pensamentos positivos e o relaxamento.

O *coping* pode definir-se como as estratégias que as pessoas utilizam, em sentido adaptativo, para lidar com situações indutoras de stresse (Lazarus & Folkman, 1984; Serra, 1999). Na CIPE® (ICN, 2011) encontra-se definido como “Gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico.” (p. 46). As estratégias de *coping* são adotadas pela pessoa para a gestão das situações stressantes avaliadas como superiores aos recursos pessoais.

Algumas participantes do estudo utilizavam para a gestão da dor estratégias farmacológicas, como se pode perceber pelos depoimentos: “Quando tenho alguma dor tomo medicação.” (E15); “Tomo logo medicação.” (E156). Outras grávidas referiram que quando sentem dor preferem repousar: “Deito-me (...)” (E17); “Tento (...) descansar.” (E121), e/ou, isolarem-se: “Isolo-me (...)” (E40); “Tento ficar sossegada, sozinha.” (E174). Também, mencionaram usar estratégias, mais ativas, tais como, a distração: “Vou passear.” (E11); “Canto e faço crochê.” (E27); “Evito pensar na dor, distraíndo-me.” (E174); “Vou trabalhar.” (E208). Havendo grávidas que indicaram que para gerirem a dor recorriam a pensamentos positivos: “Tento abstrair-me pensando em algo positivo.” (E240), e/ou ao relaxamento: “(...) tento acalmar.” (E16); “Tento respirar melhor e acalmar-me.” (E19); “Tomo duche.” (E59); “Uso o calor e faço massagem.” (E248).

As estratégias de *coping* identificadas estão de acordo com o mencionado por Rokke e Lall (1992) que, num estudo experimental, concluíram que as pessoas têm estilos e utilizam diferentes estratégias, e com os resultados de Blyth, March, Nicholas e Cousins (2005) que expõem que as estratégias mais utilizadas pela

população em geral, na gestão da dor, são passivas: tomar medicamentos e descansar. Sendo as estratégias ativas mais frequentemente usadas: fazer exercício físico, distrair-se e fazer afirmações positivas.

Identificar as estratégias de *coping* pré-existent é importante pois, tal como referem Baron e col. (1993) e Escott e col. (2004), os indivíduos que empregam estratégias de *coping* à sua escolha têm maiores níveis de tolerância à dor do que aqueles que são orientados para a estratégia. O mesmo se passa durante o parto, verificando-se que as mulheres usam diferentes estratégias de *coping*, tendo preferência por aquelas que estão associadas com experiências anteriores positivas (Escott et al., 2004).

3.1.4. O medo do parto

Para avaliar a intensidade do medo, das grávidas, relacionado com o trabalho de parto recorreu-se a uma escala visual analógica de 10 pontos. Instrumento unidimensional constituído por uma linha com as extremidades numeradas entre 0 e 10, em que 0 corresponde a “sem medo” e 10 corresponde “com muito medo”. Pediu-se, a todas as grávidas que marcassem, na linha, o ponto correspondente ao medo que sentiam relativo ao trabalho de parto.

Como se pode observar no gráfico 2, a maioria (98%; $n=241$) das grávidas tinha medo do trabalho de parto, revelando 28,1% ($n=69$) ter muito medo (considerando-se um score superior a oito muito medo). A intensidade média apurada foi de 6,00 ($DP=2,2$), moda =5,0 e mediana = 6,0.

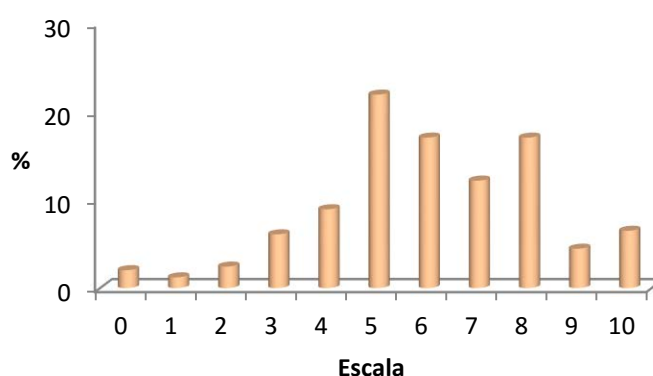


Gráfico 2: Distribuição da amostra em função do grau de medo

O medo manifesta-se em sintomas físicos e psicológicos, leva a um aumento da percepção de dor de trabalho de parto, determina a cesariana eletiva em cerca de 7 a 22% dos nascimentos, e potencia uma experiência de parto negativa e um baixo grau de satisfação (Lang et al., 2006; Saisto et al., 2001; Hildingsson et al., 2002; Saisto & Halmesmäki, 2003; Bahl et al., 2004; Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009). Costa e col. (2004) verificaram que 48,3% das mulheres sentiram medo, ou muito medo, durante o trabalho de parto e parto, e Saisto e Halmesmäki (2003) referem que o medo intenso do parto está presente em cerca de 6 a 10% das parturientes. Tal como os autores, verificou-se que a maioria das grávidas do nosso estudo sentia medo, ou muito medo, do trabalho de parto.

No sentido de se identificarem as *causas de medo* associadas ao trabalho de parto, questionaram-se as participantes, obtendo-se 95,5% ($n=235$) de respostas. Após análise dos testemunhos, identificaram-se quatro categorias relacionadas com a mulher e duas relacionadas com o feto/recém-nascido (quadro 14).

Quadro 14: Causas de medo no trabalho de parto

	Categorias	n	%
Relacionadas com a mulher	Complicações no trabalho de parto	111	45
	Perda do autocontrolo	241	98
	Danos físicos	20	8,6
	Morte	7	3
Relacionadas com o feto/recém-nascido	Saúde	220	89
	Bem-estar	36	15

Causas de medo relacionadas com a mulher

Muitas participantes referiram ter medo das complicações que possam surgir durante o trabalho de parto, como se pode depreender pelos seus depoimentos: “(...) e que algo corra mal.” (E17); “(...) hemorragias graves (...)” (E25); “Complicações obstétricas durante o parto, (...)” (E229).

Para outras a possibilidade de perderem o autocontrolo é o que lhes causa mais medo: “Não conseguir controlar a dor (...)” (E11); “(...) ser dominada pela dor.” (E14); “(...) não conseguir suportar a dor, perder o autocontrolo, prejudicando o meu desempenho durante o parto.” (E35); “(...) como me irei comportar no momento da vinda do meu filho.” (E46); “Não ser capaz de superar a dor durante o parto (...)” (E114); “Não conseguir ter controlo absoluto no momento.” (E131).

O medo de danos físicos está, também, presente nos relatos das inquiridas: “(...), necessidade de um corte grande no períneo (...)” (E29); “(...) de ficar com problemas de saúde devido a complicações do parto, e de não recuperar a forma.” (E54); “(...) de ficar sem andar ou mexer alguma parte do corpo.” (E111). Assim, como o medo de morrer: “(...) não estar presente na vida do meu filho.” (E193); “Tenho medo de morrer.” (E63).

Causas de medo relacionadas com o feto/recém-nascido

Os medos relativos ao feto/recém-nascido relacionavam-se com a sua saúde: “(...) que aconteça alguma coisa dentro da minha barriga, que ele tenha um problema de saúde, ganho antes ou na hora do parto.” (E17); “(...) que [o bebé] possa ter algum problema de saúde.” (E35); “(...) que não nasça saudável, perfeito (...)” (E44); “(...) que fique entretido.” (E73); “(...) que fique com paralisia cerebral.” (E213), e com o seu bem-estar: “(...) que ele sofra antes e durante a expulsão.” (E91); “Tenho medo que sofra no momento do parto.” (E193); “(...) que também seja doloroso para o bebé.” (E152); “(...) que a magoem ou partam alguma coisa, (...)” (E111).

O medo está ligado a causas bem definidas com importante impacto na mulher e na família. Como constatado, o medo do parto associou-se: à perda de controlo, às complicações, aos danos físicos e à morte, resultados que estão de acordo com os estudos de vários investigadores (Lyberg & Severinsson, 2010; Salomonsson et al., 2010; Pereira, Franco, & Baldin, 2011; Haines et al., 2011). Compreendia, ainda, o medo pela saúde e bem-estar do feto/recém-nascido, o que corrobora os resultados de outros investigadores (Pereira, Franco & Baldin, 2011; Haines et al., 2011).

3.1.5. A ansiedade relacionada com o trabalho de parto

Relativamente à *ansiedade*, tal como para o medo, utilizou-se uma escala visual analógica de 10 pontos, correspondendo ao 0 *nada ansiosa* e ao 10 *muito ansiosa*. Pediu-se às participantes que avaliassem e marcassem, nessa linha, a ansiedade que sentiam relacionada com o trabalho de parto.

A ansiedade traduz-se por um sentimento de insegurança, ou medo sem relação com algum fenómeno. Segundo a CIPE® (ICN, 2011) pode definir-se como “Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (p. 39). É uma mistura de emoções, na qual predomina o medo (Barlow, 2002, Plutchik, 2003, Baptista et al., 2005). A ansiedade pode exprimir-se por um sentimento de medo, inquietação ou sensação de perigo iminente, sendo, em alguns casos, também acompanhada por algumas

manifestações físicas, tais como: xerostomia, taquicardia, hiperidrose, opressão torácica e vertigens. Se controlada atua sobretudo como estimulante, pois é uma reação normal, um sinal de alarme do organismo perante certos acontecimentos da vida quotidiana.

Como se pode ver no gráfico 3, as participantes manifestaram-se muito ansiosas com o trabalho de parto, sendo a média das avaliações de ansiedade de 6,43 ($DP=2,29$; $Mo=5,00$ e $Md=7,00$).

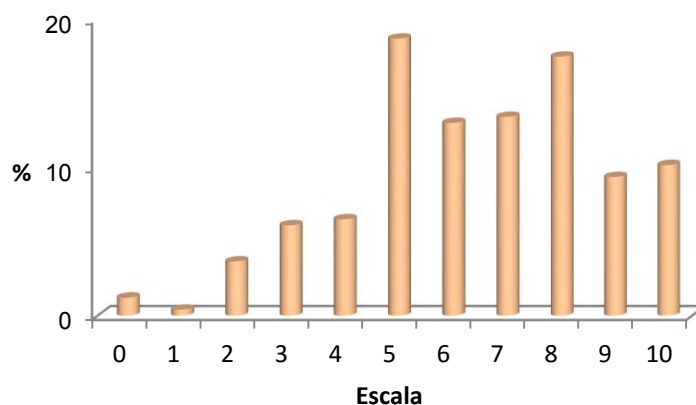


Gráfico 3: Distribuição da amostra em função do grau de ansiedade

A ansiedade relacionada com o trabalho de parto acontece porque a gravidez e o parto geram na mulher a necessidade de proceder a adaptações que alteram o seu estado emocional. Segundo Areskog, Uddenber e Kjessler (1981) a ansiedade do parto engloba todos os aspetos do trabalho de parto e, de acordo com Beck (2001) e Sieber, Germann, Barbir e Ehler (2006), pode ser entendida como uma forma de stress pré-natal, com implicações no pós-parto.

Minimizar os efeitos nocivos da ansiedade é importante, pelo que a sua monitorização se torna premente e relevante.

3.1.6. A autoeficácia para lidar com o trabalho de parto

No sentido de identificar a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, como já referido, utilizou-se o Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto (QAETP), desenvolvido por Nancy Lowe (1993) e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Neves (2011). Mede as expetativas de resultado e

de autoeficácia, tanto no que diz respeito à fase ativa de trabalho de parto (FATP), como ao período expulsivo (PE).

Como se pode observar na tabela 9, onde estão expressos os valores mínimos, máximos, média e desvio-padrão, obtidos nas subescalas do QAETP, as participantes do estudo tinham expectativas de resultado no trabalho de parto altas, apresentando um valor médio de 8,32 ($DP=0,97$) na fase ativa de trabalho de parto (FATP) e 8,52 ($DP=1,07$) no período expulsivo (PE).

Tabela 9: Distribuição da amostra pelas subescalas do QAETP

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Expetativas de resultado na FATP	246	1,20	9,33	8,32	0,97
Expetativas de autoeficácia na FATP	246	2,47	10,00	7,42	1,58
Expetativas de resultado no PE	246	3,25	10,00	8,52	1,07
Expetativas de autoeficácia no PE	246	2,25	10,00	7,28	1,66

No que diz respeito às expetativas de autoeficácia, embora se observe um score ligeiramente inferior, também obteve um valor médio elevado, de 7,42 ($DP=1,58$) na FATP e de 7,28 ($DP=1,66$) no PE.

A expetativa de resultado no parto é calculada somando os scores das expetativas de resultado na FATP com os das expetativas de resultado no PE. Os resultados indicam uma pontuação média de 16,84 ($DP=1,82$) em 20 pontos possíveis (tabela 10).

Tabela 10: Distribuição da amostra por expetativas de resultado e de autoeficácia no trabalho de parto

	N	Média	DP
Expetativa de resultado	246	16,84	1,82
Expetativa de autoeficácia	246	14,71	3,13

A expetativa de autoeficácia, resultante da soma entre a expetativa de autoeficácia na FATP e a expetativa de autoeficácia no PE, obteve uma pontuação média de 14,71 ($DP=3,13$), podendo observar-se uma maior dispersão de respostas (tabela 10).

Expetativas de resultado

Para avaliar se havia relação entre as variáveis de caracterização e as expectativas de resultado efetuou-se uma análise inferencial.

A idade, a escolaridade, o estado civil, o tipo de parto que deseja, a experiência anterior de dor, a autoconfiança, o medo, a ansiedade, e o apoio no trabalho de parto, não apresentaram relação estatisticamente significativa com as expectativas de resultado.

Tentando-se averiguar se as expectativas de resultado diferiam quando existia ou não experiência anterior de parto, realizou-se um teste Mann-Whitney (tabela 11). Na amostra de 219 mulheres sem experiência anterior de parto, o valor médio relativo às expectativas de resultado foi 16,72 ($DP=1,86$) e na amostra de 27 mulheres com experiência anterior de parto foi de 17,81 ($DP=0,99$). A diferença entre estes valores médios é muito significativa ($U=4.021,00$; $p=,002$). As participantes com experiência anterior têm, em média, expectativas de resultado superiores às participantes sem experiência anterior de parto.

Tabela 11: Resultados do teste Mann-Whitney relativamente às expectativas de resultado e a experiência anterior de parto

	Experiência de parto		U	p
	Com experiência	Sem experiência		
	n=27	n=219		
	Ordem média	Ordem média		
Expetativas de resultado	162,93	118,64	4.021,00	,002**

**Significativo para $p \leq 0,01$

Quanto à relação entre conhecimento sobre trabalho de parto (tabela 12), de acordo com os resultados obtidos, após aplicação do teste *t* de Student, para amostras independentes, verificou-se a existência de uma diferença muito significativa ($t(156,62)=2,73$; $p=,007$) entre o ter ($n=148$) e não ter ($n=98$) conhecimento sobre trabalho de parto: as grávidas com conhecimento sobre trabalho de parto ($M=17,12$, $DP=1,49$) revelaram uma expectativa de resultado muito mais elevada do que as que não possuíam esse conhecimento ($M=16,43$, $DP=2,17$).

Tabela 12: Resultados do teste *t* de Student, para amostras independentes, relativos às expetativas de resultado e conhecimento sobre trabalho de parto

	Conhecimento sobre trabalho de parto				<i>t</i>	<i>p</i>
	Sim		Não			
	<i>n</i> =148		<i>n</i> =98			
	Média	<i>DP</i>	Média	<i>DP</i>		
Expetativas de resultado	17,12	1,49	16,43	2,17	2,73	,007**

** Significativo para $p \leq ,01$

Expetativas de autoeficácia

Relativamente às expetativas de autoeficácia, verificou-se que a idade, o estado civil, o tipo de parto que deseja, o conhecimento sobre trabalho de parto, a experiência anterior de dor e o medo, não apresentaram relação estatisticamente significativa com esta variável.

Tentando averiguar se as expetativas de autoeficácia diferiam com o grau de escolaridade das participantes, realizou-se um teste de Kruskal-Wallis. Como se pode observar na tabela 13, as participantes com o ensino básico apresentaram um valor médio de expetativas de autoeficácia de 15,62 ($DP=3,21$) superior às participantes habilitadas com o ensino secundário e com o ensino superior.

Tabela 13: Análise descritiva das expetativas de autoeficácia e o grau de escolaridade

		<i>n</i>	Média	<i>DP</i>
Expetativas de autoeficácia	Ensino básico	34	15,62	3,21
	Ensino secundário	69	15,16	3,37
	Ensino Superior	141	14,24	2,91

Constatou-se que os três grupos diferiam significativamente entre si, verificando-se que eram as mulheres com o ensino básico que apresentavam uma expetativa de eficácia mais alta (tabela 14).

Tabela 14: Resultados do teste Kruskal-Wallis relativos às expetativas de autoeficácia e o grau de escolaridade

	Grau de escolaridade			Kruskal-Wallis (g)	p
	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior		
	n=34	n=69	n=141		
	Ordem média	Ordem média	Ordem média		
Expetativas de autoeficácia	145,41	138,94	108,93	12,54 (2)	,002**

**Significativo para $p \leq ,01$

Para estudar se as expetativas de autoeficácia diferiam quando existia ou não experiência anterior de parto realizou-se um teste de Mann-Whitney. Como se pode averiguar na tabela 15, as participantes com experiência anterior de parto apresentavam, em média, uma expetativa de autoeficácia mais elevada do que as participantes que referiram não ter esta experiência, sendo a diferença, entre estes valores médios, estatisticamente significativa ($U=3.679,50$; $p= ,038$).

Tabela 15: Análise descritiva das expetativas de autoeficácia e a experiência anterior de parto

		n	Média	DP
Expetativas de autoeficácia	Sem experiência	219	14,55	3,16
	Com experiência	27	15,97	2,57

No que diz respeito à autoconfiança, as mulheres que expuseram ter confiança em si próprias ($M=15,07$; $DP=2,89$) revelavam uma expetativa de autoeficácia muito mais elevada, do que as que consideravam não ser confiantes ($M=13,05$; $DP=3,64$), sendo essa diferença extremamente significativa ($U=2.926,00$; $p= ,000$).

Relativamente à ansiedade, verificou-se para $p \leq ,05$, a existência de uma diferença significativa ($U=3.576,00$; $p= ,042$) entre o estar ($n=202$) e não estar ($n=44$) ansiosa: as mulheres que referiram não estar ansiosas ($M=15,54$; $DP=2,82$) revelavam uma expetativa de autoeficácia significativamente mais elevada do que as que mencionavam estar ansiosas ($M=14,52$; $DP=3,17$).

Estudando se as expectativas de autoeficácia diferiam relativamente à peessoa que a grávida gostaria que assistisse ao trabalho de parto, realizou-se um teste de Mann-Whitney. Como se pode averiguar na tabela 16, as participantes que desejavam ter o apoio do marido/companheiro no trabalho de parto apresentavam, em média ($M=14,83$; $DP=3,07$), valores de expectativa de autoeficácia mais altos que as participantes que desejam ter outra pessoa a apoiá-las ($M=12,12$; $DP=3,13$). O teste de Mann-Whitney revelou que a diferença entre estes valores médios é muito significativa ($U=804,00$; $p=,002$).

Tabela 16: Análise descritiva das expectativas de autoeficácia no trabalho de parto relativamente à pessoa de apoio no trabalho de parto

		<i>n</i>	Média	DP
Expectativas de autoeficácia	Marido/companheiro	227	14,83	3,07
	Outros	14	12,12	3,13

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No sentido de se conhecer os valores e preferências das grávidas relativos ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, como referido anteriormente, efetuou-se um estudo exploratório, descritivo, de cariz misto. Os dados sociodemográficos permitiram perceber que as participantes eram, na sua maioria, portuguesas, tinham em média 31 anos de idade e eram casadas ou viviam em união de facto. De relevar, que apesar de um número significativo de mulheres (13,9%) ter apenas a frequência do ensino básico, a maioria das participantes tinham o ensino superior, o que difere dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012) que situa o número de mulheres, entre os 25 e os 65 anos, com ensino superior, nos 27,2%, mas similar ao encontrado no estudo de Vicente (2009). Uma das razões que pode estar na base desta situação é explicada por Furtado e Pereira (2010), que indicam que são as pessoas com um maior nível educacional que mais predisposição têm para utilizar os cuidados de saúde devido, essencialmente, a uma maior perceção da necessidade de utilização desses mesmos cuidados.

De acordo com a gravidez, a maioria era primigesta e planeou a gravidez. Estes resultados estão de acordo com as estatísticas do INE (2012) que, na

caracterização da população feminina, revelam que as mulheres, casam mais tarde, têm cada vez menos filhos e são mães cada vez mais tarde, sendo a média de idade ao nascimento do primeiro filho de 30,6 anos.

A maioria referiu ter desconfortos na gravidez, sendo os mais vezes referenciados, a dor, a náusea e a pirose, o que corrobora os achados de outros autores (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2008; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Para que seja possível organizar intervenções de preparação para o parto eficazes, que respondam às necessidades das mulheres e as ajudem a sentir-se confiantes na sua capacidade para lidar com o trabalho de parto, evento tão marcante nas suas vidas, é necessário, em primeiro, lugar conhecê-las. Perceber que expetativas têm relativamente ao trabalho de parto, quais os seus medos, como idealizam a dor, que estratégias de *coping* costumam usar para lidar com situações stressantes e quais as expetativas para a preparação para o parto. Estes dados ajudam o enfermeiro de saúde materna e obstétrica a planear intervenções, individuais ou de grupo, mais eficazes.

Relativamente às expetativas com o trabalho de parto, a maioria das participantes desejava ter um parto normal - parto efetuado sem intervenção instrumental com ou sem episiotomia, espontâneo, de apresentação cefálica (INE; 1997), ou natural - parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo sem qualquer intervenção (Leite et al., 2012), e somente uma pequena percentagem revelou querer ter um parto por cesariana. Estes resultados confirmam os obtidos por outros investigadores, que, também, concluíram que poucas mulheres solicitam cesariana (Gamble & Creedy, 2001; Barbosa et al., 2003; Fenwick et al., 2005; Mazzoni et al., 2011; Karlström et al., 2011; Milhinhos, Lavaredas & Clode, 2012; Martin, Bulmer & Pettker, 2013). O facto da maioria das grávidas querer ter um parto normal ou natural é discrepante com a realidade da experiência de parto em Portugal, pois em 2012, como já referido, a taxa de cesarianas situou-se nos 35,9% (INE, 2012). Segundo Campos e col. (2010), Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesariana. Com exceção de Itália, que apresenta uma percentagem superior à nossa, os restantes países europeus tinham uma taxa de cesarianas, em 2007, que não ultrapassava os 30%. Fenwick e col. (2005) sugerem que esta discrepância entre as expetativas das mulheres e o número elevado de partos por cesariana ou instrumentados -17,5%, em 2012, de acordo com os dados da PORDATA (FFMS, 2014) está associada à

dificuldade que o sistema de saúde tem de prover cuidados na maternidade centrados na mulher.

As expectativas das grávidas com o trabalho de parto foram estudadas por vários autores, que pretendiam saber: o tipo de parto esperado (Tedesco et al, 2004; Kasai et al, 2010) a influência das expectativas na experiência e satisfação com o parto (Ip et al, 2003; Hauck et al, 2007) e o nível de dor esperado (Leventhal et al., 1989; MacLean, McDermott, & May, 2000; Gibbins & Thomson, 2001; Maggioni et al, 2006). No presente estudo, as grávidas revelaram esperar que o seu trabalho de parto decorresse sem intercorrências, e fosse o mais rápido e menos doloroso possível. Estes dados corroboram o encontrado por Gibbins e Thomson (2001) e Fenwick e col. (2005), que nos seus estudos identificaram que o maior desejo que as mulheres tinham para o parto era que este fosse rápido e pouco doloroso. Contudo, neste estudo, verificou-se que havia participantes que tinham expectativas, que se podiam considerar como demasiado elevadas, e por isso com potencial para induzirem sentimentos de frustração, podendo levar a uma pior perceção da experiência de parto, pois referiram “vou ter um parto rápido”, “vou ter um parto sem dor”. Segundo Fenwick e col. (2005) as expectativas das grávidas com o trabalho de parto são centrais para a experiência de parto, havendo autores que sugerem existir uma relação direta entre estas duas variáveis. Quando as expectativas das grávidas são realistas, são alcançadas e promovem uma melhor experiência de parto; quando são demasiado elevadas, e por isso, de difícil concretização, levam a uma pior perceção da experiência de parto (Heamen et al, 1992; Green, 1993; Fenwick et al, 2005).

Nesta pesquisa, também, se identificou que a figura de apoio durante o trabalho de parto que as mulheres preferiram é o marido/companheiro. A presença de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto é, segundo Figueiredo e col. (2002) um aspeto valorizado pelas mulheres. O companheiro pode dar carinho, atenção e promover a confiança da mulher, tendo vários estudos comprovado o seu papel benéfico no processo de parto (Brüggemann, 2007; Perdomini & Bonilha, 2011).

A dor de trabalho de parto é referenciada, pela maioria das mulheres, como uma dor de intensidade elevada (Niven & Gijsbers, 1984). Conhecer a forma como as grávidas antecipam a dor de trabalho de parto e o significado que lhe atribuem, quais as estratégias de *coping* que habitualmente utilizam na gestão da dor, aguda ou crónica, e as características individuais que podem influenciar o seu uso durante o trabalho de parto é importante, pois, como referem Escott e col., (2009), permite

planejar intervenções adaptadas às necessidades, de forma a preparar melhor as grávidas para a gestão da dor de trabalho de parto. As grávidas deste estudo consideravam que a dor de trabalho de parto seria natural, difícil de suportar, altamente geradora de ansiedade e de sofrimento, o que está de acordo com os achados de diversos autores (Melzack et al., 1984; Green, Coupland & Kitzinger, 1998; Lowe, 2002; Madden et al., 2013). Referiram, ainda, que seria uma dor inevitável, necessária e gratificante. Algumas participantes atribuíram sentido à experiência de dor no trabalho de parto, achando que era necessária para a concretização do papel maternal, sendo este resultado, também, apontado por outros investigadores (Mander, 2000; Simkin, 2000; Costa et al., 2003; Davim et al., 2008; Escott et al., 2009).

A maioria das inquiridas não tinha experiência anterior de dor aguda ou crónica. Nas que mencionaram ter experiência anterior, o tipo de dor mais mencionado foi a dor músculo-esquelética, a dor vascular, a enxaqueca e a dismenorrea. As estratégias de *coping* que se desenvolvem com base em experiências anteriores de dor, e que se revelam eficazes, têm maior hipótese de serem mais vezes e mais facilmente usadas no trabalho de parto do que as habilidades recém-aprendidas (Salvetti & Pimenta, 2007; Escott et al., 2009). As parturientes gerem melhor a dor se tiverem treinado estratégias que coincidam com as suas preferidas (Niven & Gijssbers, 1996; Escott et al., 2004). As estratégias de *coping* que as participantes, habitualmente, utilizavam para a gestão da dor eram: a distração, os pensamentos positivos, o relaxamento, o isolamento, o repouso e a medicação. Estes resultados estão de acordo com os estudos de vários autores que indicam que as técnicas cognitivo-comportamentais e as farmacológicas são formas comumente utilizadas para lidar com a dor aguda ou crónica (Heyneman et al., 1990; DGS, 2001; OE, 2008; Quartana, Campbell, & Edwards, 2009).

A maioria das grávidas mencionou ter medo e estar ansiosa com o trabalho de parto, havendo uma percentagem significativa de mulheres que referiram ter muito medo do trabalho de parto (28%). Estes resultados estão de acordo com os de Fenwick e col., que num estudo efetuado em 2009, descobriram que 50% das mulheres sentiam um medo moderado do parto e 26% sentiam um medo intenso. Segundo Haines e col. (2011) a maior consequência do medo relacionado com o parto é o stresse emocional que põe em causa a saúde mental e o bem-estar da grávida. No entanto, há também outros efeitos nocivos, como o trabalho de parto prolongado, o risco de cesariana, o risco de aborto e o evitamento da gravidez (Larsson et al., 2000; Hildingsson et al., 2002; Johnson & Slade, 2002; Hofberg &

Ward, 2003; Saisto & Halmesmäki, 2003; Wax et al., 2004; Waldenström et al., 2006; Hildingsson, 2008; Rouhe et al., 2008; Fenwick et al., 2009). As causas de medo mais comuns, relatadas pelas grávidas do estudo, estavam relacionadas com as complicações que poderiam surgir durante o trabalho de parto, a perda de controlo percebida e os danos físicos. No que diz respeito ao feto/recém-nascido, as principais causas de medo relatadas estavam relacionadas com preocupações respeitantes à sua saúde e bem-estar. Uma pequena parte de participantes revelou, ainda, ter medo de morrer durante o parto. Estes resultados são sobreponíveis aos de outros investigadores (Klein, 2006; Lyberg & Severinsson, 2010; Salomonsson et al., 2010; Pereira et al., 2011; Haines et al., 2011). Eles evidenciam a necessidade de se intervir precocemente, na mulher grávida, de forma a minimizar os efeitos negativos que o medo provoca na experiência e satisfação com o parto. Ao identificarmos as causas de medo podemos atuar sobre elas no sentido de as minimizarmos. É importante que nas sessões de preparação para o parto, os enfermeiros de saúde materna e obstétrica trabalhem com as grávidas os seus medos, de forma a promover uma experiência de parto mais satisfatória e positiva.

O conhecimento sobre o processo de parto é considerado como essencial para a obtenção de uma experiência de parto mais positiva, uma melhor gestão da dor e para a diminuição do medo e da ansiedade relacionados com o parto (Drummond & Rickwood, 1997; Costa et al., 2003; Bruehl & Chung, 2004; Lang et al., 2006; Waldenström et al., 2006; Nilsson & Lundgren, 2007; Conde et al., 2007; Lamaze International, 2013; Fenwick et al., 2013). A maioria das inquiridas mencionou ter conhecimento geral sobre o trabalho de parto, sinais e sintomas de início do trabalho de parto, analgesia epidural e vinculação. É consensual aos autores relacionados com a PPP (Dick-Read, 1933; Lamaze, 1951; Bradley, 1965; ICEA, 1990; Nancy Bardacke, 1998), que o conhecimento é fundamental para que a mulher possa desenvolver capacidades de controlo e determinação (Pereira, Fernandes, Tavares, & Fernandes, 2011) e possuir a força necessária para tomar decisões (Kameda & Shimada, 2008).

No entanto, as participantes revelaram não ter conhecimento sobre anatomofisiologia do trabalho de parto, competência da mulher para parir, complicações que podem surgir no decurso do trabalho de parto e métodos não-farmacológicos de alívio da dor. Um pobre conhecimento sobre o processo de parto, sobre os eventos que podem ocorrer no seu decurso e sobre os métodos não-farmacológicos de alívio da dor faz com que a mulher fique refém das práticas que habitualmente as instituições de saúde disponibilizam, centradas num modelo de

intervenção biomédico, cujos procedimentos invasivos levam a mulher à perda de autonomia e de participação no processo de parto (Schmalfuss, Oliveira, Bonilha, & Pedro, 2010). O desconhecido induz medo e ansiedade e um aumento da percepção dolorosa (Dick-Read, 1933; Lamaze, 1951), torna a mulher inativa, dificulta a tomada de decisão e promove a relação de agência. Estes resultados, como corroborado por Leite e col. (2012), podem explicar o grande número de pedidos de analgesia epidural, a manutenção das intervenções de rotina no trabalho de parto e a alta taxa de cesariana que se verifica nas nossas instituições.

No que se refere à preparação para o parto, as grávidas inquiridas tinham como expectativas adquirir conhecimento, capacidade e autoeficácia para lidar com o trabalho de parto. Estes resultados estão de acordo com vários autores que, ao estudarem a eficácia das aulas de PPP, verificaram que os casais desejam obter conhecimento sobre o parto e ter informação sobre relaxamento e gestão da dor de trabalho de parto, e que consideram a frequência das aulas satisfatória quando acham que o conhecimento adquirido ajudou a perceber controlo sobre o processo de parto (Fabian et al., 2005; McMillan et al., 2009; Lindgren & Erlandsson, 2010; Martin & Robb, 2013).

Algumas expressaram expectativas elevadas, como esperar que as sessões as ajudassem a ter um parto rápido, sem dor e a ser competentes no exercício da parentalidade. Estes resultados indicam que é necessário que os enfermeiros de saúde materna e obstétrica ajudem as grávidas a estabelecerem expectativas realistas para a preparação para o parto, por forma a promoverem experiências mais positivas.

A autoeficácia, como visto anteriormente, caracteriza-se como sendo o mecanismo central das ações realizadas de forma intencional. Na gravidez e no trabalho de parto é importante, pois uma grávida com alta autoeficácia consegue, não só gerir a sua gravidez, como também tornar-se uma participante ativa no trabalho de parto podendo obter, assim, melhor experiência e satisfação com todo o processo (Kameda & Shimada, 2008).

Para avaliar a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto foi utilizado o QAETP. As expectativas de resultado e de autoeficácia foram estudadas separadamente, como sugerido por Lowe (1993). Os resultados permitiram concluir que as participantes apresentavam uma elevada expectativa de resultado e de autoeficácia relativamente ao trabalho de parto.

A maioria das grávidas do estudo tinha exposto expectativas realistas para o trabalho de parto, apresentava-se motivada para a frequência da PPP, procurava

conhecimento e aquisição de competências para lidar com o trabalho de parto. Estes resultados sugerem que o facto de se ter encontrado uma alta perceção de autoeficácia, era um resultado previsível, pois está de acordo com o estudo de Berentson-Shaw e col. (2009) que referem que altas expetativas de resultado e de autoeficácia encorajam a mulher a procurar conhecimento acerca do processo de parto, a definir objetivos realistas e a aprender técnicas para o alívio da dor de trabalho de parto.

Esta pesquisa permitiu, ainda, concluir que relativamente às expetativas de resultado, foram as mulheres com experiência anterior de parto e com conhecimento sobre trabalho de parto que apresentaram valores mais elevados. Estes resultados corroboram os de Howharn (2008) que verificou que o conhecimento aumenta as expetativas de resultado, e comprova que a experiência anterior de parto é um forte determinante da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto.

Quanto às expetativas de autoeficácia foram as grávidas com o ensino básico, as com experiência anterior de parto, as que se consideram mais confiantes, as menos ansiosas e as que esperavam que o marido/companheiro assistisse ao trabalho de parto que mostraram ter uma mais elevada expetativa de autoeficácia. Estes resultados estão de acordo com os de vários autores (Bandura, 1977; Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1993; Salvetti & Pimenta, 2007) que verificaram que a experiência anterior e o conhecimento acerca do trabalho de parto prediziam as expetativas de autoeficácia.

As mulheres que se avaliaram como mais confiantes e menos ansiosas apresentaram uma expetativa de autoeficácia mais elevada, este resultado pode ser justificado, porque uma perceção positiva dos estados somáticos e emocionais é referenciada por diversos autores (Bandura, 1977; Drummond & Rickwood, 1997; Lowe, 1993; Salvetti & Pimenta, 2007; Salomonsson, Gullberg, Alehagen, & Wijma, 2013) como um determinante com influência nas expetativas de autoeficácia.

7. IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “CONSTRUIR A CONFIANÇA PARA O PARTO”

Após a elaboração do programa Construir a Confiança para o Parto (CCpP), passou-se à etapa seguinte, que constou da sua implementação e avaliação.

Neste capítulo faz-se a descrição do tipo de estudo que se desenvolveu, relatam-se o material e os métodos, apresenta-se a análise dos dados e, por último, é exposta a discussão dos resultados.

1. OBJETIVOS, FINALIDADE E TIPO DE ESTUDO

No sentido de se responder à questão: “O programa “Construir a Confiança para o Parto” é eficaz na promoção da autoeficácia, das mulheres, para lidarem com o trabalho de parto?”, desenvolveu-se um estudo com os seguintes objetivos:

- implementar o programa CCpP;
- avaliar a eficácia do programa CCpP na promoção da autoeficácia, das mulheres, para lidarem com o trabalho de parto;
- avaliar o impacto do programa CCpP na experiência e satisfação, das mulheres, com o parto;
- avaliar eficácia do programa CCpP no nível de medo, das mulheres, com o parto;
- avaliar eficácia do programa CCpP no nível de dor de trabalho de parto que as mulheres sentem;
- avaliar eficácia do programa CCpP na percepção de controlo, das mulheres, durante o trabalho de parto.

A pesquisa teve como finalidade contribuir para o aumento da autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto, concorrendo para uma maior satisfação com a experiência de parto.

Por forma a dar resposta aos seus objetivos, optou-se por realizar um estudo quasi-experimental, com um desenho pré e pós-teste, com medidas repetidas e grupo controlo.

Os estudos experimentais são os mais apropriados quando se pretende verificar relações de causa e efeito entre variáveis (Fortin, 2009). Neles, o investigador tem uma participação ativa porque introduz uma intervenção e avalia o seu efeito num grupo de variáveis. O estudo quasi-experimental não cumpre todos os requisitos do experimental, diferindo deste pela ausência de randomização da amostra ou da inclusão de grupo controlo.

De acordo com a dimensão temporal, tratou-se de um estudo longitudinal, dado os participantes serem questionados em três momentos diferentes: no início da preparação para o parto, entre as 28 e as 32 semanas de gestação; entre as 37 e as 39 semanas de gestação (sexta sessão da PPP); e entre as 48 e 72h após o parto.

Considerando o pressuposto teórico de que a autoeficácia pode ser promovida nas sessões de preparação para o parto e que o seu desenvolvimento pode levar a uma maior satisfação com a experiência de parto e, ainda, os objetivos definidos anteriormente, formularam-se as seguintes hipóteses:

1. O nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto aumenta significativamente nas mulheres que completaram o programa CCpP.
2. As grávidas que completaram o programa CCpP reportam um nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente maior do das grávidas que assistiram às sessões *standard*.
3. As puérperas do grupo experimental relatam um maior nível de autoeficácia no pós-parto do que as puérperas do grupo controlo.
4. As puérperas que efetuaram o programa CCpP referem maior experiência e satisfação com o parto do que as que assistiram às sessões *standard*.
5. Há diferença no tipo de parto entre as mulheres que participaram no programa CCpP e as que frequentaram o programa *standard*.
6. O trabalho de parto e parto correspondeu mais às expectativas das puérperas que efetuaram o programa CCpP do que às que assistiram às sessões *standard*.

7. As mulheres que efetuaram o programa CCpP consideraram mais eficazes as técnicas respiratórias e de relaxamento do que as que assistiram às sessões *standard*.

8. As mulheres que efetuaram o programa CCpP perceberam um maior controlo no trabalho de parto e parto do que as mulheres que assistiram às sessões *standard*.

9. As mulheres que efetuaram o programa CCpP reportam um nível de medo durante o trabalho de parto e parto inferior ao das mulheres que assistiram às sessões *standard*.

10. As puérperas que efetuaram o programa CCpP perceberam um menor nível de dor de trabalho de parto do que as mulheres que assistiram às sessões *standard*.

11. O programa CCpP tem maior impacto do que as aulas de PPP disponibilizadas pelo serviço, na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto nas mulheres com experiência anterior de dor.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para o conhecimento dos factos é necessária a utilização de um método que seja orientador do percurso a efetuar nas diversas etapas do processo de investigação. Este processo tem como objetivo validar conhecimentos já existentes e/ou originar novos, e como finalidade alterar, de forma direta ou indireta, as práticas em uso (Grove, Burns & Gray, 2012).

Neste subcapítulo procede-se à descrição detalhada do estudo quasi-experimental efetuado.

2.1. Desenho do estudo

Como já referido, este estudo quasi-experimental, pré e pós-teste, com medidas repetidas incluiu dois grupos de grávidas (experimental e controlo) e englobou três momentos:

1º - Colheita de dados pré-teste (M₁) efetuada na consulta pré-natal às participantes, dos dois grupos, entre as 28 e as 32 semanas de gestação, no momento da aceitação de participação na preparação para o parto.

2º - Preenchimento do questionário pós-teste (M₂) entre as 37 e as 39 semanas de gestação, após o início da PPP, na sexta sessão.

3º - Aplicação do questionário de follow-up, 48 a 72h após o parto (M₃).

O estudo desenvolveu-se de acordo com o esquematizado na figura 5:

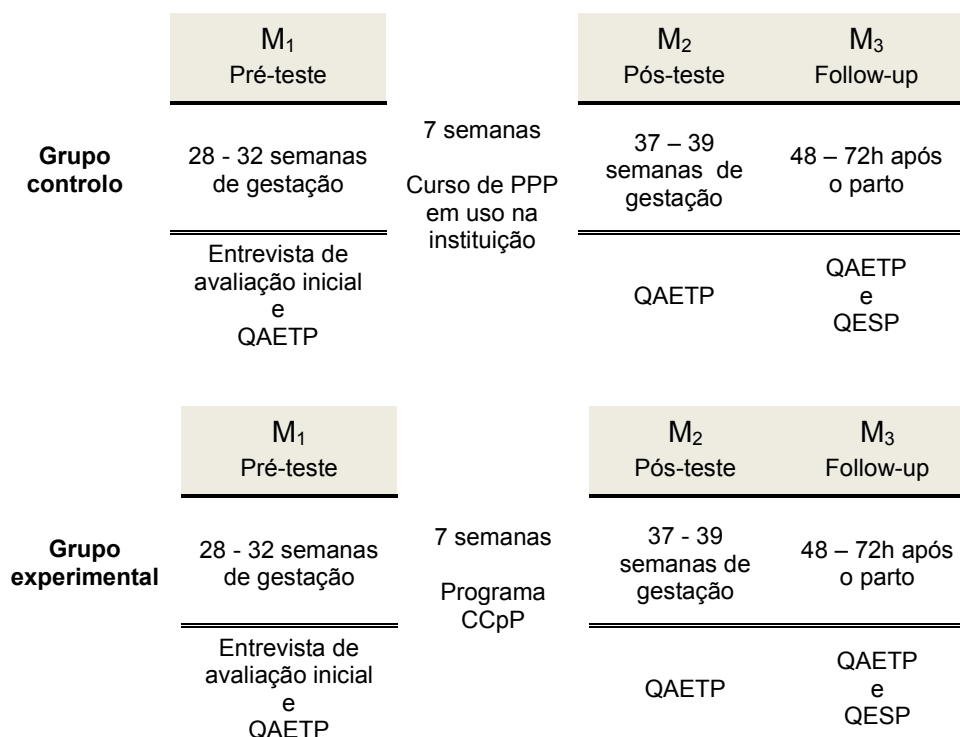


Figura 5: Desenho do estudo quasi-experimental

2.2. População e amostra

A população alvo foi constituída por todas as mulheres grávidas, que tinham intenção de assistir às sessões de preparação para o parto disponibilizadas na consulta de obstetrícia da instituição onde decorreu a investigação.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão na amostra: estar grávida; ter 20 ou mais anos; ter 28 ou mais semanas de gestação; e querer assistir às aulas de preparação para o parto na instituição.

Determinou-se como razões de exclusão: ter programado cesariana eletiva e não aceitar participar em todas as fases do estudo.

Considerando o possível abandono de algumas participantes, das 682 grávidas que frequentavam a consulta de obstetrícia e tinham intenção de assistir à preparação para o parto no período em análise (janeiro de 2011 a dezembro de 2012), tendo em conta os critérios de inclusão na amostra, convidaram-se 408 grávidas a participar, tendo aceitado 246.

O método escolhido para a seleção dos participantes foi o de amostragem não probabilística, por conveniência.

Após a inscrição das mulheres na preparação para o parto, efetuava-se a divisão da amostra, constituindo-se os grupos experimental e controlo.

Entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, 36% ($n=89$) das intervenientes desistiram por não poderem frequentar no mínimo seis sessões de preparação para o parto, devido a prescrição médica de repouso, por parto pré-termo ou por marcação de cesariana eletiva. Das participantes que desistiram 40,4% ($n=36$) pertenciam ao grupo experimental e 59,6% ($n=53$) integravam o grupo controlo. Tinham as seguintes características: uma idade que variou entre os 20 e os 41 anos, média de 30,90 ($DP= 4,56$); a maioria (71,9%; $n=64$) era casada, 46,5% ($n=41$) tinham o ensino superior, 36% o ensino secundário e 18% ($n=16$) o ensino básico; a maioria não tinha experiência anterior de parto (92,1%; $n= 82$) nem de dor (50,6%; $n=45$). Tinham um nível médio de medo do parto, de 5,96 ($DP=2,33$), e possuíam um valor médio de expectativas de resultado, de 16,79 ($DP=2,14$) e de expectativas de autoeficácia, de 15,27 ($DP=3,03$).

No terceiro momento (pós-parto), a amostra reduziu-se a 121 sujeitos, devido a 23% ($n=36$) terem sido excluídos por não entrega dos questionários ou entrega de questionários não preenchidos corretamente. Das participantes que desistiram, 50% ($n=18$) pertenciam ao grupo experimental. Tinham em média 31,25 anos de idade; a maioria era casada, estava habilitada com o ensino superior, não tinha experiência anterior de parto, nem de dor. O nível médio de medo do parto era de 6,19 ($DP=2,58$), e o valor médio de expectativas de resultado de 17,14 ($DP=1,49$) e de expectativas de autoeficácia de 15,16 ($DP=2,46$).

A amostra final do estudo ficou, então, constituída por 121 participantes, 66 alocadas ao grupo experimental e 55 ao grupo controlo.

2.3. Procedimento

A implementação do programa CCpP decorreu entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, e foi realizada pela investigadora e por duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica da instituição, com experiência em preparação para o parto.

No sentido de minimizar as diferenças de procedimento entre os vários elementos da equipa de investigação, que seriam responsáveis pela implementação do programa, realizou-se uma fase preparatória, com uma duração de três horas, em dezembro de 2010. Esta fase, anterior ao trabalho de campo, teve como objetivos dar a conhecer o programa e os instrumentos de recolha de dados à equipa e uniformizar conceitos.

No decorrer da realização da investigação, os enfermeiros do bloco de partos da instituição, por prestarem cuidados às participantes do estudo, sentiram necessidade de conhecer o programa desenvolvido, os seus objetivos e finalidade. Foi, por isso, planeada com a enfermeira chefe uma sessão de esclarecimento, que se efetuou na passagem de turno, repetindo-se até ter abrangido todos os enfermeiros do serviço.

Antes de iniciarem o programa, todas as gestantes assistiam à sessão inicial do curso de preparação para o parto e para a parentalidade, em vigor na instituição, que se realizava à 4ª feira durante a manhã. Pode-se considerar esta sessão como um momento de integração com os seguintes objetivos: motivar para a frequência do curso, informar sobre as vantagens da preparação para o parto e parentalidade e os seus objetivos, e esclarecer sobre a filosofia de cuidados da instituição. No final da sessão, as grávidas, de acordo com as suas disponibilidades laborais e pessoais, inscreviam-se para a frequência do curso no dia e hora que lhes era mais conveniente - 2ª, 5ª e 6ª feira, das 09:00h às 10:30h ou das 11:00h às 12:30h, ou na 3ª feira das 09:00h às 10:30h, das 11:00h às 12:30h, ou das 14:00h às 15:30h.

A divisão dos grupos concretizou-se após a inscrição das mulheres. As que se inscreviam às 3ª ou às 5ª feiras, das 09:00h às 10:30h ou das 11:00h às 12:30h, ficavam alocadas ao grupo experimental, dado ser nesses dias que se realizava o programa CCpP. As restantes integraram o grupo controlo. No momento da divisão dos grupos, as participantes não tiveram conhecimento da sua pertença a qualquer um deles, podendo-se, assim, caracterizar o estudo como cego.

A implementação do programa iniciou-se, ao grupo experimental, na semana seguinte à inscrição das grávidas. Desenrolou-se de acordo com o conteúdo e as

etapas já descritas no capítulo cinco. O grupo controlo, principiava as sessões de preparação para o parto, de acordo com a calendarização instituída pelo serviço.

O número de participantes, no grupo experimental, variou entre 4 e 6 grávidas/casais por grupo, tanto devido às condições estruturais do local onde se realizaram as sessões, como ao número de grávidas que se inscreviam nos dias estipulados. Na última sessão teórico-prática, solicitou-se às grávidas que preenchessem o QAETP. Nesta sessão era-lhes, ainda, entregue os instrumentos de colheita de dados a completar no pós-parto. Solicitando-se que os preenchessem 48 a 72h após o parto (dia da alta hospitalar). No dia da alta hospitalar, a investigadora efetuava uma visita à puérpera com o objetivo de recolher os questionários e de agradecer a sua participação no estudo, disponibilizando-se para que esta a contactasse em caso de necessidade.

Quanto ao grupo controlo, o número de participantes por grupo, também, variou de acordo com o espaço onde eram realizadas as sessões e com o número de mulheres que se inscreviam nos dias disponibilizados. No final da sexta sessão, a enfermeira de saúde materna e obstétrica responsável pela preparação para o parto pedia para preencherem o QAETP e dava os instrumentos de colheita de dados solicitando a resposta às 48/72h após o parto. Tal como com o grupo experimental, era efetuada, pela investigadora, uma visita à puérpera com o objetivo de recolher os questionários, de agradecer a sua participação e de disponibilizar o seu contacto para o caso de necessidade.

2.4. Instrumentos de recolha de dados

Como já exposto no capítulo anterior, e de acordo com os objetivos que se pretendiam atingir utilizaram-se, neste estudo, vários instrumentos de recolha de dados:

- Entrevista de avaliação inicial, que permitiu efetuar a caracterização da amostra.

- Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto (QAETP) para avaliar a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, nos três momentos de avaliação preconizados.

- Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP), para avaliar o impacto do programa na satisfação com a experiência de parto. Este instrumento foi construído e validado para a população portuguesa por Costa e col., em 2004. É

um questionário de autopreenchimento, com um total de 104 questões relativas às expectativas, experiência, satisfação e dor no trabalho de parto e pós-parto imediato. Segundo Costa e col. (2004) o QESP permite “avaliar de forma consistente e fidedigna diversas dimensões relevantes da experiência de parto” (p. 186).

De acordo com os autores, as respostas relativas às expectativas, podem variar entre 1 e 5, numa escala de *Likert* em que 1 equivale a *muito pior* ou a *muito menos*, 2 a *pior* ou a *menos*, 3 a *melhor* ou a *mais* e 4 a *muito melhor* ou *muito mais* e 5 a *sim*. Nas questões que se reportam à experiência e satisfação, as respostas são dadas numa escala de *Likert* de 4 pontos, em que 1 corresponde a *nada*, 2 a *um pouco*, 3 a *bastante* e 4 a *muito*. A escala relativa às questões que se relacionam com a intensidade da dor varia entre 0 e 10, que se traduzem respetivamente e em ordem crescente por: *nenhuma*, *mínima*, *muito pouca*, *pouca*, *alguma*, *moderada*, *bastante*, *muita*, *muitíssima*, *extrema*, *a pior jamais imaginável*.

O QESP é constituído por oito subescalas:

Subescala 1: *Condições e Cuidados Prestados* - integra 14 itens (respetivamente 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 86, 87, 88, 89, 90 e 91) e tem como objetivo medir a qualidade das condições físicas e dos cuidados prestados pela instituição de saúde;

Subescala 2: *Experiência Positiva* - formada por 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84 e 85) e avalia a comprovação de expectativas, o autocontrolo, a autoconfiança, o conhecimento e o prazer e satisfação com a experiência de parto;

Subescala 3: *Experiência Negativa* - constituída por 12 itens (42, 43, 48, 49, 60, 61, 92, 93, 97, 98, 99 e 100). Visa medir o medo, o mal-estar e a dor durante o trabalho de parto e parto;

Subescala 4: *Relaxamento* - composta por 6 itens (18, 19, 20, 21, 22 e 23). Tem como objetivo avaliar os aspetos referentes à experiência de relaxamento durante o trabalho de parto e parto;

Subescala 5: *Suporte social* - integra 3 itens (36, 37 e 38) respeitantes ao apoio facultado por pessoas significativas;

Subescala 6: *Suporte do Companheiro* - constituída por 8 itens (30, 31, 32, 33, 34, 35, 64, 65), relativos ao apoio prestado pelo companheiro;

Subescala 7: *Preocupações* - com 14 itens (51, 52, 53, 54, 55, 56, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79). Visa medir as preocupações com a própria e com o bebé;

Subescala 8: *Pós-Parto* - formada por 25 itens (3, 6, 15, 16, 17, 26, 29, 44, 47, 50, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 78, 94, 95, 96, 101, 102, 103, 104) que dizem respeito à vivência do pós-parto.

As cotações nas subescalas obtêm-se somando a pontuação atribuída a cada um dos itens constituintes. A pontuação da escala total provém da soma das pontuações obtidas nas subescalas. Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada uma, mais positiva a percepção da mulher na dimensão avaliada pela subescala. Consequentemente, quanto mais elevada a cotação da escala total, mais positiva a experiência com o parto.

Quanto à consistência interna do QESP, o valor do coeficiente *alpha de Cronbach* (baseado nos itens standardizados), para a escala total é de 0,79. Para cada uma das subescalas, o valor de *alpha de Cronbach* variou entre 0,61 e 0,90 como se pode notar no quadro 15. Estes resultados permitem afirmar que o QESP apresenta valores de consistência interna com fiabilidade moderada a elevada, na maioria das subescalas. Nas subescalas *Experiência negativa* e *Pós-parto*, apresenta um valor de 0,61 considerado aceitável em algumas situações de investigação em ciências sociais (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Quadro 15: Consistência interna do QESP

	<i>α de Cronbach</i>	Nº itens
Condições e cuidados prestados	0,73	14
Experiência positiva	0,84	22
Experiência negativa	0,62	12
Relaxamento	0,82	6
Suporte	0,90	3
Suporte por parte do companheiro	0,75	8
Preocupações	0,85	14
Pós-parto	0,61	25
Escala total	0,79	104

2.5. Tratamento dos dados

O estudo descritivo dos dados foi realizado com recurso às medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio-padrão).

Com o objetivo de extrapolar os resultados para a população, foi realizada estatística inferencial, utilizando-se testes paramétricos e não-paramétricos.

O tratamento estatístico foi processado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0, para Windows.

A organização e a apresentação de dados foram efetuadas de acordo com o tipo de variáveis em estudo, sendo os resultados quantitativos apresentados em tabelas e gráficos.

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Como já referido, para avaliação da eficácia do programa CCpP na promoção da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, realizou-se um estudo quasi-experimental, com um desenho pré e pós-teste, com medidas repetidas, que envolveu a divisão da amostra em dois grupos, experimental e controlo.

Por forma a verificar se existiam diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito às características sociodemográficas e à autoeficácia, nas subescalas expetativas de resultado e de autoeficácia na fase ativa do trabalho de parto e no período expulsivo, que pudessem pôr em causa a realização da pesquisa foi efetuada a comparação dos grupos. Posteriormente, realizou-se a análise pré e pós-teste de forma a avaliar comparativamente os grupos experimental e de controlo, após intervenção.

Antes de se iniciar a apresentação dos dados, considera-se necessário clarificar alguns conceitos:

- Trabalho de parto – processo que engloba quatro períodos: dilatação, expulsão, dequitação e hemóstase.
- Parto – período expulsivo.
- Autoeficácia para lidar com o trabalho de parto – julgamento que a mulher faz acerca da sua capacidade para mobilizar conhecimentos, motivações e comportamentos necessários à gestão do processo de trabalho de parto. Engloba dois tipos de expetativas: expetativa de resultado e expetativa de autoeficácia.

- Curso ou aulas de preparação para o parto – termos associados a expressões utilizadas pelas participantes, por profissionais de saúde ou autores, para se referirem às sessões que se realizam com o objetivo de preparar a mulher para o parto.

- Sessões de preparação para o parto – conceito que a investigadora usa para se referir aos contactos planeados com a mulher/casal para efetuar um conjunto de intervenções de enfermagem que têm como objetivo concretizar a intervenção - preparação para o parto.

3.1. Caracterização da amostra (M₁)

Este capítulo tem como objetivo caracterizar as duas amostras em estudo, e ainda, comprovar a homogeneidade entre grupos, no pré-teste.

A amostra constituiu-se por 121 grávidas, 66 no grupo experimental e 55 no grupo controlo.

As idades variaram entre os 20 e os 41 anos no grupo experimental e controlo, sendo a média de 31,17 ($DP=4,28$), e de 32,9 ($DP=4,14$) anos, respetivamente. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(119) = -1,46$; $p = ,147$), pelo que os dois grupos eram equivalentes, no que se refere à idade das participantes.

As inquiridas, de ambos os grupos, eram maioritariamente casadas e tinham o ensino superior. Os grupos eram semelhantes relativamente ao estado civil e ao grau de escolaridade (tabela 17).

Tabela 17: Caracterização sociodemográfica e comparação entre grupos

	Grupo experimental N=66		Grupo controlo N=55		Testes	
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado civil						
Casada/união de facto	46	69,7	44	80,0	1,671	,196
Solteira/divorciada	20	30,3	11	20,0		
Grau de escolaridade						
Ensino básico	6	9,1	7	12,7	2,42	,298
Ensino secundário	19	28,8	10	18,2		
Ensino superior	41	62,1	38	69,1		

Quanto ao tipo de parto que as grávidas preferiam, verificou-se existir semelhança entre os grupos, visto a maioria, ter referido desejar um parto por via vaginal (95,5%; $n=63$, no grupo experimental e 98,2%; $n=54$, no grupo controlo), e somente 4,5% ($n=3$) das participantes do grupo experimental e uma (1,8%) do grupo controlo, um parto por cesariana.

Também se verificou haver equivalência entre os grupos no que respeita à experiência anterior de dor e de parto (tabela 18).

Tabela 18: Distribuição das participantes de acordo com a experiência anterior de dor e de parto e comparação entre grupos

	Grupo				χ^2 (gf)	p
	Experimental		Controlo			
	n	%	n	%		
Experiência anterior de dor						
Sim	33	50,0	28	50,9	0,01 (1)	,921
Não	33	50,0	27	49,1		
Experiência anterior de parto						
Sim	9	13,6	8	14,5	0,02 (1)	,886
Não	57	86,4	47	85,5		

O nível de medo quantificado pelas participantes do grupo experimental teve um valor médio de 6,08 ($DP=2,10$), sendo o das mulheres que integraram o grupo controlo de 5,84 ($DP=1,82$). Verificou-se que apesar de serem as mulheres que integravam o grupo experimental as que revelavam mais medo, essa diferença não era estatisticamente significativa quando estudada a sua relação com o grupo controlo (tabela 19).

Tabela 19: Distribuição das participantes em função do nível de medo e comparação entre grupos

	Grupo				t	p
	Experimental		Controlo			
	n	Média (DP)	n	Média (DP)		
Medo	66	6,08 (2,10)	55	5,84 (1,82)	0,66	,509

Relativamente à perceção de autoeficácia no primeiro momento de avaliação (M_1), pré-intervenção, no que diz respeito às expectativas de resultado na fase ativa do trabalho de parto, após aplicação do teste t de *Student* para amostras independentes ($t(117,9) = -0,971$; $p = ,334$) verificou-se não existirem diferenças entre

grupos (tabela 20). Apurou-se, no entanto, que as grávidas do grupo controlo tinham em média expectativas de resultado na FATP mais altas ($M=8,41$; $DP=0,61$) do que as participantes do grupo experimental ($M=8,29$; $DP=0,81$).

Tabela 20: Resultados do teste t de Student relativamente às expectativas de resultado

Expectativas de resultado	Grupo				t	p
	Experimental		Controlo			
	n	Média (DP)	n	Média (DP)		
FATP	66	8,29 (0,81)	55	8,41 (0,61)	-0,97	,334
PE	66	8,34 (1,09)	55	8,58 (1,08)	-1,23	,221

Quanto às expectativas de resultado no PE (tabela 20) foram, também, as grávidas do grupo controlo que apresentaram uma mais elevada expectativa de resultado ($M=8,58$; $DP=1,08$). Não se observando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(119) = -1,23$; $p = ,221$).

Como se pode analisar na tabela 21, quanto às expectativas de autoeficácia na FATP, as mulheres do grupo controlo apresentaram uma média mais alta ($M=7,60$; $DP=1,40$) do que as que integraram o grupo experimental, verificando-se haver diferença significativa entre os grupos ($t(119) = -2,53$; $p = ,013$). As grávidas que pertenciam ao grupo controlo tinham uma expectativa de autoeficácia na FATP mais alta que as do grupo experimental.

Tabela 21: Resultados do teste t de Student relativamente às expectativas de autoeficácia

Expectativas de autoeficácia	Grupo				t	p
	Experimental		Controlo			
	n	Média (DP)	n	Média (DP)		
FATP	66	6,85 (1,79)	55	7,60 (1,40)	-2,53	,013*
PE	66	6,63 (1,83)	55	7,38 (1,03)	-2,46	,015*

*Significativo para $p \leq ,05$

No que diz respeito às expectativas de autoeficácia no PE, a média foi de 6,63 ($DP=1,83$) no grupo experimental e de 7,38 ($DP=1,03$) no grupo controlo. Tendo as participantes do grupo controlo uma expectativa de autoeficácia no PE significativamente mais alta do que as do grupo experimental (tabela 21).

Estes resultados levaram a inferir que as duas amostras em estudo eram equivalentes para todas as variáveis, com exceção das relativas às expectativas de autoeficácia.

3.2. Resultados do estudo quasi-experimental

Para averiguar a eficácia do programa CCpP na promoção da autoeficácia no trabalho de parto, e no sentido de se dar resposta às hipóteses formuladas efetuou-se, para além da estatística descritiva da autoeficácia nos três momentos de avaliação, uma análise estatística inferencial, que se passa a expor.

3.2.1. Análise descritiva sobre autoeficácia no trabalho de parto, nos três momentos de avaliação, por grupo

No primeiro momento de avaliação (pré-teste, M_1), no que diz respeito às expectativas de resultado, após aplicação do teste t para amostras independentes ($t(119) = -1,23$; $p = ,222$) verificou-se não existirem diferenças entre grupos. Apurou-se, no entanto, que as grávidas do grupo controlo (tabela 22) tinham, em média, expectativas de resultado mais altas ($M=17,0$; $DP=1,6$) do que as participantes do grupo experimental ($M=16,6$; $DP=1,7$). Também, a média das expectativas de autoeficácia, no grupo experimental ($M=13,5$; $DP=3,5$) é mais baixa do que no grupo controlo ($M=15,0$; $DP=2,8$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(119) = -0,55$; $p = ,012$).

Tabela 22: Autoeficácia no trabalho de parto, por grupo, nos três momentos de avaliação

N=121	Expetativas de resultado		Expetativas de autoeficácia	
	Média	DP	Média	DP
PRÉ-TESTE (M₁)				
Experimental (n=66)	16,6	1,7	13,5	3,5
Controlo (n=55)	17,0	1,6	15,0	2,8
PÓS-TESTE (M₂)				
Experimental (n=66)	17,3	1,4	16,3	2,4
Controlo (n=55)	17,3	1,6	16,4	2,1
FOLLOW-UP (M₃)				
Experimental (n=66)	17,4	1,7	16,4	2,7
Controlo (n=55)	17,6	1,7	17,0	1,9

No pós-teste (M₂), a média relativamente às expetativas de resultado foi igual nos dois grupos (tabela 22). Em contraste, apurou-se que a média das expetativas de autoeficácia no grupo controlo ($M=16,4$; $DP=2,1$) foi, ligeiramente, superior à do grupo experimental ($M=16,3$; $DP=2,4$). Observou-se, no entanto, que houve um maior aumento do valor da média das expetativas de autoeficácia no grupo experimental entre os dois momentos.

Relativamente à medição efetuada no follow-up (M₃), a média das expetativas de resultado aumentou no grupo controlo ($M=17,6$; $DP=1,7$), tornando-se, tenuemente, superior à média do grupo experimental ($M=17,4$; $DP=1,7$). Da mesma forma, observou-se que a média das expetativas de autoeficácia no grupo controlo ($M=17,0$; $DP=1,9$) era superior à do grupo experimental ($M=16,4$; $DP=2,7$) (tabela 22).

3.2.2. Influência do programa CCpP na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto

Neste sub-subcapítulo, apresentam-se os resultados relativos à análise inferencial efetuada no sentido de perceber a Influência do programa na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto.

Os resultados serão apresentados hipótese a hipótese, de forma a facilitar a leitura dos mesmos.

H1 - O nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto aumenta significativamente nas mulheres que completaram o programa CCpP.

Para dar resposta a esta questão efetuou-se o teste ANOVA para medidas repetidas, numa amostra de 66 participantes.

Os resultados evidenciaram que houve um aumento das expetativas de resultado ao longo do tempo, $F(2; 130) = 6,01; p = ,003$. O teste *post hoc* Bonferroni revelou uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste ($p = ,008$) e entre o pré-teste e o follow-up ($p = ,004$). Não se verificando diferenças significativas entre o pós-teste e o follow-up ($p = ,590$).

No que diz respeito às expetativas de autoeficácia, não se verificou existir esfericidade, pelo que foi necessário corrigir o teste F de ANOVA, de acordo com o fator de correção de Greenhouse-Geisser (Collins & Sayer, 2001). Os resultados comprovaram que houve um aumento extremamente significativo das expetativas de autoeficácia ao longo do tempo ($F(1,81; 117,94) = 37,26; p = ,000$). De acordo com o teste *post hoc* Bonferroni as diferenças mais significativas ocorreram entre o pré-teste e o pós-teste ($p = ,000$) e entre o pré-teste e o follow-up ($p = ,000$). Não se verificando diferenças significativas entre o pós-teste e o follow-up ($p = ,899$).

H2 - As grávidas que completaram o programa CCpP reportam um nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente maior do das grávidas que assistiram às sessões standard.

Neste sentido, efetuou-se o teste ANOVA para medidas repetidas, numa amostra de 121 participantes, 66 no grupo experimental e 55 no grupo controlo.

Relativamente às expetativas de resultado, os resultados evidenciaram que houve um aumento das expetativas de resultado ao longo do tempo ($F(2; 240) = 9,88; p = ,000$). As maiores diferenças observaram-se entre o pré-teste e o pós-teste ($p = ,003$) e entre o pré-teste e o follow-up ($p = ,000$). Não se verificaram diferenças significativas entre o pós-teste e o follow-up ($p = ,180$).

As expetativas de resultado no grupo experimental não diferiram de forma significativa das do grupo controlo, verificando-se que o efeito do grupo não foi estatisticamente significativo ($F(1; 119) = 0,96; p = ,330$). Apesar destes resultados, as expetativas de resultado foram afetadas de forma extremamente significativa ao longo do tempo no grupo experimental ($F(2; 130) = 6,01; p = ,003$). Pelo contrário, no grupo controlo, as expetativas de resultado, apesar de também aumentarem de forma

significativa (tabela 23), esse aumento só se tornou significativo no pós-parto ($p=,028$).

Tabela 23: ANOVA para medidas repetidas, inter e intragrupos, nas expectativas de resultado

Expectativas de resultado		
	<i>F(g/l)</i>	<i>p</i>
Intergrupos		
Grupos	0,96 (1, 119)	,330
Intragrupos		
Experimental	6,01 (2, 130)	,003**
Controlo	4,14 (2, 108)	,019*

*Significativo para $p \leq ,05$

**Significativo para $p \leq ,01$

A ANOVA para medidas repetidas, com a correção de Greenhouse-Geisser determinou que a média das expectativas de autoeficácia, na amostra, difere significativamente entre as três avaliações ($F(1,79; 214,62)=55,44; p=,000$). O teste *post hoc* com correção de Bonferroni revelou que as diferenças mais significativas ocorreram entre o pré-teste e o pós-teste ($p=,000$) e entre o pré-teste e o follow-up ($p=,000$). Não se verificando diferenças significativas entre o pós-teste e o follow-up ($p=,899$).

De acordo com os grupos (tabela 24), as expectativas de autoeficácia aumentaram de forma extremamente significativa ao longo do tempo no grupo experimental ($F(1,81; 118)= 37,26; p=,000$) e no grupo controlo ($F(1,76; 95)= 21,23; p=,000$). No entanto, entre os grupos não se encontraram diferenças com significado estatístico ($F(1; 119)= 3,39; p=,068$).

Tabela 24: ANOVA para medidas repetidas, inter e intragrupos, nas expectativas de autoeficácia

Expectativas de autoeficácia		
	<i>F(g/l)</i>	<i>p</i>
Intergrupos		
Grupos	3,39 (1, 119)	,068
Intragrupos		
Experimental	37,26 (1,81; 118)	,000***
Controlo	21,23 (1,76; 95)	,000***

***Significativo para $p \leq ,001$

H3 - As puérperas do grupo experimental relatam um maior nível de autoeficácia no pós-parto do que as puérperas do grupo controlo.

Relativamente à percepção de autoeficácia no pós-parto (M_3) verificou-se não existirem diferenças significativas entre grupos, tanto no que concerne às expetativas de resultado, como às expetativas de autoeficácia (tabela 25). No entanto, após a aplicação do teste t para amostras emparelhadas, verificou-se um incremento muito significativo nas expetativas de resultado no pós-parto, tanto no grupo experimental ($t(65) = -2,98$; $p = ,004$), como no grupo controlo ($t(54) = -2,70$; $p = ,009$).

Tabela 25: Resultados do teste t de Student relativamente à autoeficácia no pós-parto

		Pós-parto				$t(gl)$	p
		Pré-teste		Pós-teste			
Grupos		n	Média (DP)	n	Média (DP)		
	Expetativas de resultado	Experimental	66	16,63 (1,70)	66	17,40 (1,73)	-0,78 (119)
Controlo		55	17,00 (1,58)	55	17,64 (1,72)		
Expetativas de autoeficácia	Experimental	66	13,47 (3,55)	66	16,43 (2,68)	-1,42 (119)	,159
	Controlo	55	14,98 (2,80)	55	17,03 (1,89)		

Também, se observou um aumento extremamente significativo das expetativas de autoeficácia, no pós-parto nos dois grupos, ($t(65) = -6,98$; $p = ,000$) e ($t(54) = -6,310$; $p = ,000$), respetivamente.

H4 - As puérperas que efetuaram o programa CCpP referem maior experiência e satisfação com o parto do que as que assistiram às sessões standard.

Quanto à experiência e satisfação com o parto, relativamente às condições e cuidados prestados na instituição de saúde, a média da pontuação obtida foi de 55,70, sendo o valor mínimo 40 e o máximo 64.

Efetuada a análise por grupo, como se pode observar na tabela 26, as puérperas do grupo experimental consideraram melhor os cuidados prestados e as condições da instituição, que as puérperas do grupo controlo. Não se verificando, no entanto, diferenças significativas entre os grupos.

Relativamente à experiência positiva, apurou-se que o valor mínimo obtido nesta subescala foi de 44 e o máximo de 87, sendo a média de 68,91. As participantes do grupo experimental reportaram ter experienciado sentimentos mais positivos ($t(119) = 2,425$; $p = ,018$) do que as do grupo controlo.

A subescala experiência negativa (onde um valor mais elevado significa uma experiência menos negativa) obteve uma média de pontuação de 38,72, apresentando um valor mínimo de 14 e máximo de 58. Experienciaram menos emoções negativas as puérperas sujeitas ao programa CCpP ($M=39,82$; $DP=7,39$). Apesar disso, a diferença entre grupos não foi estatisticamente significativa (tabela 26).

No que diz respeito ao relaxamento, o valor mínimo obtido nesta subescala foi de 12 e o máximo de 24, verificando-se uma média de pontuação de 20,02. Não se apuraram diferenças significativas entre grupos.

Tabela 26: Experiência e satisfação com o parto, por grupo

	Experimental		Controlo		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP		
Condições e cuidados prestados	55,76	5,76	55,62	4,45	0,147 (119)	,884
Experiência positiva	70,98	8,91	66,78	9,43	2,832 (119)	,017*
Experiência negativa	39,82	7,39	37,58	9,28	1,417 (110)	,159
Relaxamento	20,58	3,04	19,39	2,96	1,948 (96)	,054
Suporte social	8,05	3,58	8,40	3,48	-0,55 (119)	,584
Suporte do companheiro	27,70	3,63	28,47	3,03	-1,20 (110)	,234
Preocupações	32,14	8,17	30,60	6,43	1,13 (119)	,260
Pós-parto	72,53	9,79	72,69	8,82	-0,094 (119)	,925
Escala Total	325,96	18,53	323,05	18,15	0,758 (90)	,450

*Significativo para $p \leq ,05$

**Significativo para $p \leq ,01$

Quanto ao suporte social e do companheiro, confirmou-se que a média obtida foi de 8,21 e de 28,04, com valores mínimos de 3 e 10 e máximos de 12, e 32, respetivamente. Os resultados (tabela 26) mostraram que as mulheres do grupo controlo se sentiram mais apoiadas, quer pelos amigos, quer pelos companheiros, do que as participantes do grupo experimental. Apesar disso, não se comprovaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Relativamente às preocupações (um valor mais elevado significa menos preocupação com a saúde própria e a do feto/recém-nascido) a média de pontuação encontrada foi de 31,44 (valor mínimo=18 e máximo= 50). Na tabela 26, pôde verificar-se que, não havendo diferenças com significado estatístico entre grupos, as mulheres que sentiram, durante o trabalho de parto e parto, menos preocupações com a sua saúde e a do bebé foram as participantes do grupo experimental ($M=32,14$; $DP=8,17$).

Na subescala pós-parto, os valores mínimos e máximos obtidos foram de 51 e 94, respetivamente, com um valor médio de 72,60. As puérperas do grupo controlo apresentaram uma vivência do pós-parto ligeiramente mais positiva que as do grupo experimental. Essa diferença não é, no entanto, significativa em termos estatísticos.

Analisando a escala total, observou-se que a média foi de 324,63, com um valor mínimo de 282 e máximo de 370. As participantes do grupo experimental reportaram uma experiência e satisfação com o parto, em média, superior ($M=325,96$; $DP=18,53$) às do grupo controlo ($M=323,05$; $DP=18,15$). No entanto, os grupos apresentaram uma perceção semelhante, no que diz respeito a esta variável.

H5 – Há diferença no tipo de parto entre as mulheres que participaram no programa CCpP e as que frequentaram o programa standard.

No grupo experimental, tiveram parto por via vaginal 65,1% ($n=43$) das inquiridas (sendo 34,8%; $n=23$; eutócicos e 30,3%; $n=20$, distócicos por ventosa) e parto por cesariana 34,8% ($n=23$). A maioria das participantes (93,9%; $n=62$) recorreu à analgesia epidural (tabela 27).

No grupo controlo, tiveram parto vaginal 74,6% ($n=41$) das participantes e por cesariana 25,4% ($n=14$). A maioria das mulheres recorreu à analgesia epidural (98,2%; $n=54$).

Tabela 27: Tipo de parto e analgesia, por grupo

	Grupo experimental		Grupo controlo	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tipo de parto				
Eutócico	23	34,8	25	45,5
Distócico	20	30,3	16	29,1
Cesariana	23	34,8	14	25,4

Analgesia epidural				
Sim	62	93,9	54	98,2
Não	4	6,1	1	1,8

Não se observaram diferenças com significado estatístico entre grupos, no que diz respeito ao tipo de parto, embora a percentagem de mulheres que tiveram parto sem analgesia seja superior no grupo experimental.

H6 - O trabalho de parto e parto correspondeu mais às expectativas das puérperas que efetuaram o programa CCpP do que às que assistiram às sessões standard.

A maioria das mulheres do grupo experimental (53%; $n=35$) considerou que o trabalho de parto decorreu de acordo com as suas expectativas. Das 31 (47%) que julgaram que o trabalho de parto não correspondeu às expectativas, 74,2% ($n=23$) consideraram que foi *melhor* ou *muito melhor* do que esperavam e 25,8% ($n=8$) que *foi pior* ou *muito pior* (gráfico 4). Referiram que o trabalho de parto decorreu de acordo com as suas expectativas 54,5% ($n=30$) das mulheres que integraram o grupo controlo. Tendo 29,1% ($n=16$) mencionado que o trabalho de parto, não decorreu de acordo com as expectativas, pois, *foi pior* ou *muito pior* do que imaginavam (gráfico 4).

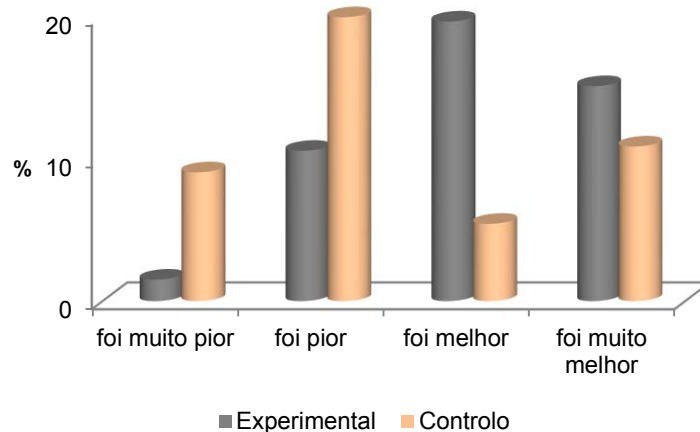


Gráfico 4: Expetativas com o trabalho de parto

Analisando se existiam diferenças entre os grupos, foi efetuado o teste *t* de *Student* para amostras independentes, concluindo-se não haver diferença significativa entre o grupo experimental e o grupo controlo ($t(99,78)=1,05$; $p=,296$) no que concerne às expectativas com o trabalho de parto e parto.

A maioria (56,1%; $n=37$) das mulheres do grupo experimental considerou que o parto decorreu de acordo com as suas expectativas, contudo como se pode verificar no gráfico 5, 10,6% ($n=7$) disseram que o parto *foi pior* do que esperavam. No grupo controlo, 40% ($n=22$) das inquiridas menciona que o parto decorreu de acordo com o que esperava, tendo 25,4% ($n=14$) referido que o parto *foi pior* ou *muito pior* do que esperava (gráfico 5).

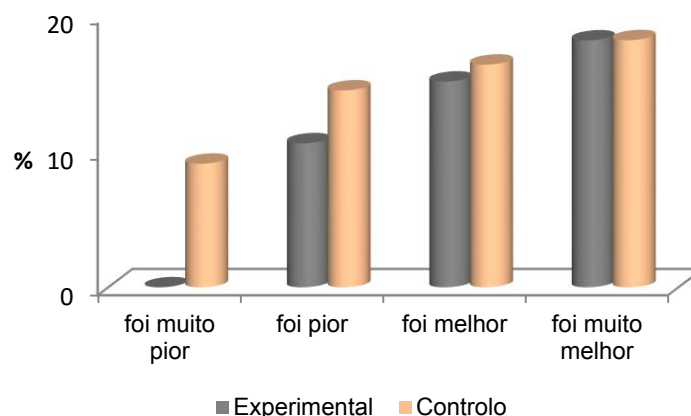


Gráfico 5: Expetativas com o parto

O teste t de Student para amostras independentes revelou haver uma diferença muito significativa ($t(97,84)=2,58$; $p=,011$) entre o grupo experimental ($M=4,20$; $DP=1,06$) e o grupo controlo ($M=3,60$; $DP=1,42$): as mulheres do grupo experimental consideraram mais que o parto decorreu de acordo com as suas expectativas do que as do grupo controlo.

Para se perceber se havia relação entre o tipo de parto que esperavam ter e o parto que tiveram, efetuou-se um teste de qui-quadrado, que revelou não haver uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=4,58$; $gl=2$; $p=,101$). No entanto, verificou-se que no grupo experimental, das 63 mulheres que queriam ter um parto por via vaginal, 32,3% ($n=20$) não viram cumprido o seu desejo, pois tiveram um parto por cesariana. De relevar que as duas que mencionaram desejar um parto por cesariana viram a sua expectativa realizada. No grupo controlo, das 54 mulheres que tinham manifestado o desejo de ter um parto por via vaginal, 72,2% ($n=39$) viu realizado o seu desejo.

Quando inquiridas sobre se a dor que sentiram no trabalho de parto foi de acordo com as expectativas (gráfico 6), 45,5% ($n=30$) das mulheres do grupo experimental responderam que sim. Das participantes que afirmaram que não, 47,2% ($n=17$) disseram que *foi melhor* ou *muito melhor* do que esperavam e 52,8% ($n=19$) declararam que a dor de trabalho de parto *foi pior* ou *muito pior* do que esperavam.

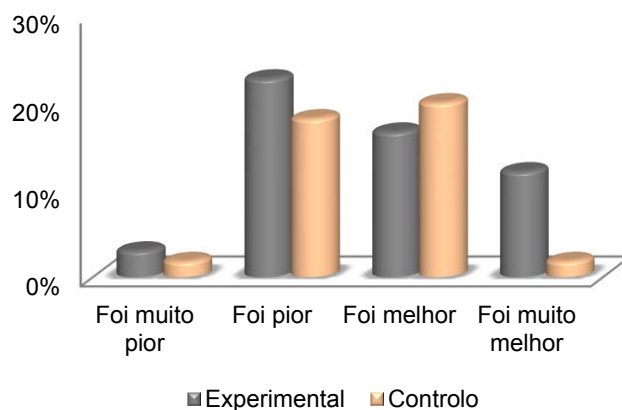


Gráfico 6: Expetativas com a dor de trabalho de parto

No grupo controlo, uma maior percentagem de mulheres considerou que a dor sentida no trabalho de parto, foi de acordo com as suas expetativas (58,2%; $n=32$). Das 23 puérperas que disseram que a dor sentida não correspondeu às expetativas, 47,8% ($n=11$) acharam que *foi melhor* ou *muito melhor* e 52,2% ($n=12$) responderam que *foi pior* do que supunham (gráfico 6). Não se verificou existir diferença entre os grupos.

Quanto à dor de parto, 47% ($n=31$) das mulheres do grupo experimental mencionaram que esteve de acordo com as suas expetativas, 40,9% ($n=27$) afirmaram que *foi melhor* ou *muito melhor* do que esperava e 12,1% ($n=8$) *pior* ou *muito pior* (gráfico 7).

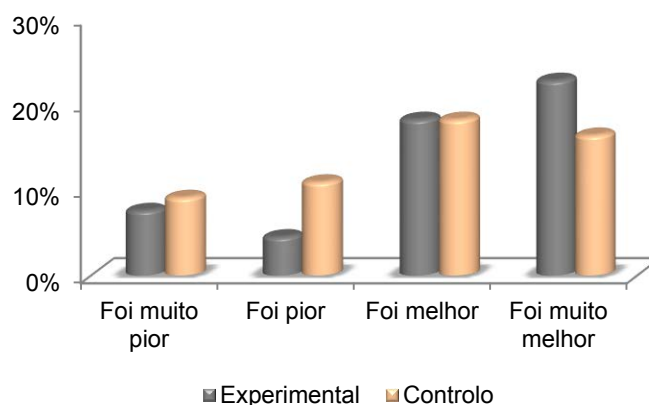


Gráfico 7: Expetativas com a dor de parto

No grupo controlo, 45,5% ($n=25$) referiram que a dor de parto esteve de acordo com as suas expetativas, 34,6% ($n=19$) consideraram-na melhor ou muito melhor do que supunham. Não se observaram diferenças significativas entre os grupos.

Quando se questionaram as mulheres sobre se o tempo de trabalho de parto correspondeu às suas expectativas (gráfico 8), 27,3% ($n=18$) das participantes do grupo experimental responderam que sim. Das mulheres que referiram que não foi de acordo com as suas expectativas, 68,8% ($n=33$) afirmaram que o trabalho de parto decorreu em *menos* ou *muito menos* tempo do que previam e 31,3% ($n=15$) mencionaram que o trabalho de parto *demorou mais* ou *muito mais* do que estavam à espera.

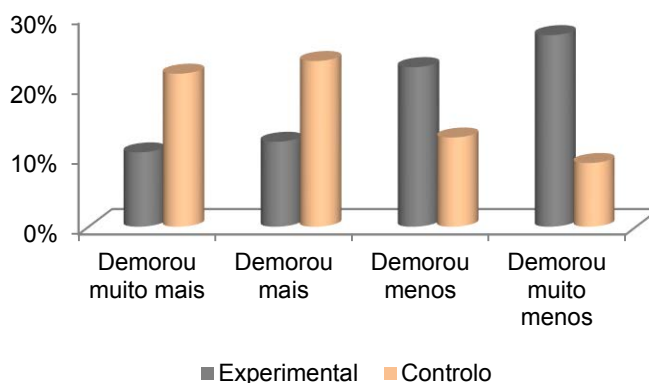


Gráfico 8: Expetativas face ao tempo de duração do trabalho de parto

Quanto às participantes do grupo controlo, 32,7% ($n=18$) consideraram que o tempo de trabalho de parto correspondeu às suas expectativas. Afirmaram que o trabalho de parto *demorou mais* ou *muito mais* do que esperavam 45,4% ($n=35$) das inquiridas e que *demorou menos* ou *muito menos* 21,8% ($n=12$).

Relativamente às expectativas com a duração do parto, 40,9% ($n=27$) das mulheres do grupo experimental responderam que o tempo que durou o parto foi de acordo com as suas expectativas. Afirmaram que o parto *demorou menos* ou *muito menos* tempo do que previam 50% ($n=33$) das inquiridas e 9,1% ($n=6$) expuseram que o parto *demorou mais* ou *muito mais* do que estavam à espera (gráfico 9).

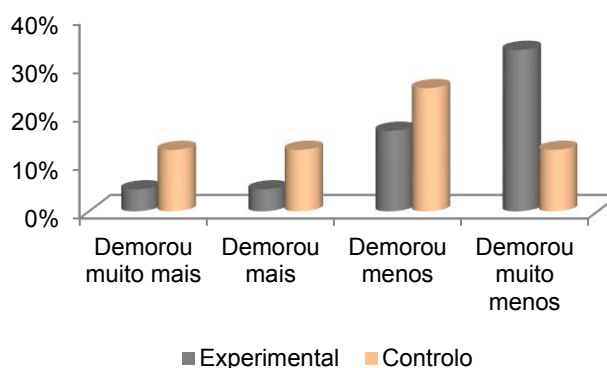


Gráfico 9: Expetativas face ao tempo de duração do parto

No grupo controlo 36,4% ($n=20$) consideraram que o tempo de duração do parto correspondeu às suas expetativas. Das 63,6% ($n=35$) que referiram que a duração do parto não esteve de acordo com as suas expetativas, 40,0% ($n=14$) observaram que *demorou mais* ou *muito mais* do que esperavam e 60,0% ($n=21$) que *demorou menos* ou *muito menos*. O teste paramétrico t de *Student* mostrou haver diferenças muito significativas entre grupos ($t(99,67)=2,32$; $p=,023$): sendo que as mulheres do grupo experimental ($M=4,02$; $DP=1,09$) consideraram que o tempo de parto decorreu mais de acordo com as suas expetativas ou *demorou menos* ou *muito menos* do que as participantes do grupo controlo ($M=3,47$; $DP=1,43$).

Em síntese, o trabalho de parto e o parto desenrolaram-se de acordo com as expetativas da maioria das participantes de ambos os grupos, tanto no que diz respeito à forma como decorreram, como à duração e à dor sentida. Verificou-se que as mulheres do grupo experimental consideraram, de forma mais significativa, que as do grupo controlo, que o parto decorreu da forma e no tempo que esperavam. De relevar, que um número preocupante de puérperas considerou que o trabalho de parto e o parto foram piores ou muito piores do que acreditavam.

H7 - As mulheres que efetuaram o programa CCpP consideraram mais eficazes as técnicas respiratórias e de relaxamento do que as que assistiram às sessões standard.

A maioria das mulheres (95,5%; $n=63$) que integrou o grupo experimental afirmou ter usado, *bastante* ou *muito*, a respiração e o relaxamento para lidar com o trabalho de parto, somente 3% ($n=2$) mencionaram não ter usado estas técnicas (gráfico 10).

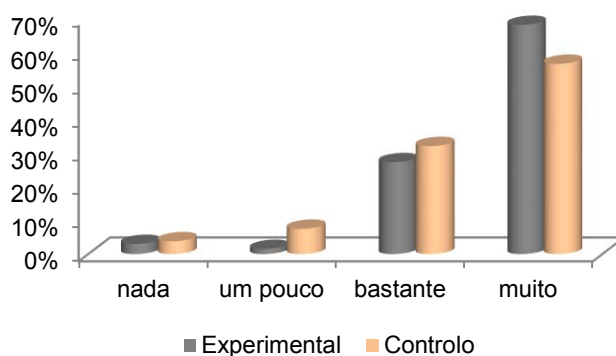


Gráfico 10: Uso das técnicas respiratórias e de relaxamento durante o trabalho de parto

No grupo controlo, as 53 mulheres que constituíram a amostra (a duas não se aplicava a questão pois fizeram cesariana no início da fase ativa do trabalho de

parto), 88,7% ($n=47$) consideraram ter usado *bastante* ou *muito* as técnicas respiratórias e de relaxamento durante o trabalho de parto e unicamente, 3,8% ($n=2$) não usou estas técnicas (gráfico 10).

No parto (gráfico 11), 78,8% ($n=52$) das mulheres do grupo experimental referiram ter usado, *bastante* ou *muito*, a respiração e o relaxamento e 16,7% ($n=11$) afirmaram não ter recorrido a estas técnicas.

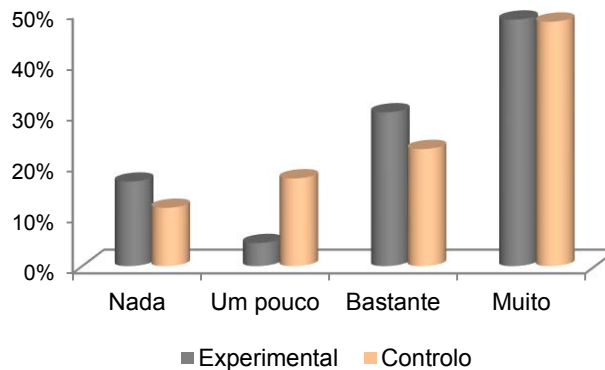


Gráfico 11: Uso das técnicas respiratórias e de relaxamento durante o parto

No grupo controlo, a maioria das mulheres (73,1%; $n=37$) usou *bastante* ou *muito* as técnicas respiratórias e de relaxamento no parto, tendo 11,5% ($n=6$) respondido que não tinham utilizado nenhuma destas técnicas (gráfico 11). Não se verificou existirem diferenças significativas entre grupos no que concerne ao uso das técnicas respiratórias e de relaxamento no parto.

Sobre o nível de relaxamento atingido no trabalho de parto (gráfico 12), 95,4% ($n=63$) das participantes do grupo experimental responderam que conseguiram relaxar *bastante* ou *muito* durante o trabalho de parto. No grupo controlo, 94,3% ($n=50$) consideraram ter relaxado *bastante* ou mesmo *muito*, durante o trabalho de parto.

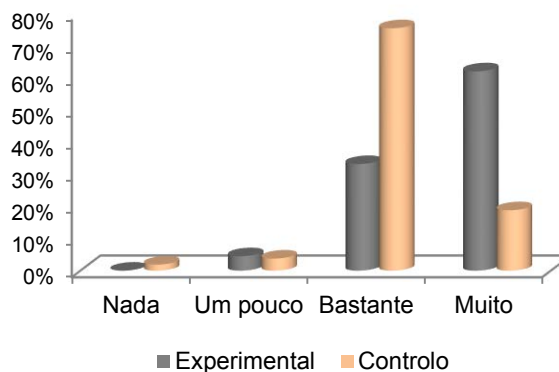


Gráfico 12: Nível de relaxamento atingido no trabalho de parto

Após aplicação do teste *t* de Student concluiu-se que há diferenças extremamente significativas entre os grupos ($t(114,43)=4,47; p=,000$): considerando as mulheres do grupo experimental ($M=3,58; DP=0,58$) ter conseguido atingir um nível de relaxamento durante o trabalho de parto maior do que as que integraram o grupo controlo ($M=3,1; DP=0,54$).

A maioria das intervenientes do grupo experimental (85,2%; $n=52$) declarou que conseguiu relaxar *bastante* ou *muito* durante o parto e 6,6% ($n=4$) referiram não ter conseguido relaxar *nada* (gráfico 13). No grupo controlo, a maioria (71,8%; $n=33$) considerou ter relaxado *bastante* ou mesmo *muito* durante o parto e, somente, uma (2,2%) referiu não ter conseguido relaxar *nada* durante o parto (gráfico 13).

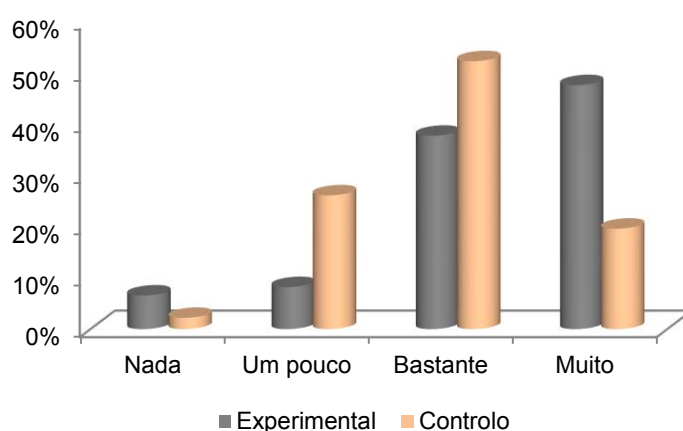


Gráfico 13: Nível de relaxamento no parto

Não se observaram diferenças com significado estatístico entre os dois grupos.

No que diz respeito à eficácia do relaxamento (gráfico 14), a totalidade das participantes do grupo experimental ($N=66$) considerou que o relaxamento ajudou no trabalho de parto. Destas, 3,0% ($n=2$) dizem ter ajudado *um pouco*, 36,4% ($n=24$) referem ter ajudado *bastante* e 60,6% ($n=40$) mencionam ter ajudado *muito*. Também, no grupo controlo a totalidade das puérperas ($N=53$) referiu que o relaxamento foi eficaz no trabalho de parto. Mencionaram que ajudou *bastante* 56,6% ($n=30$) das participantes e *muito* 43,4% ($n=23$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

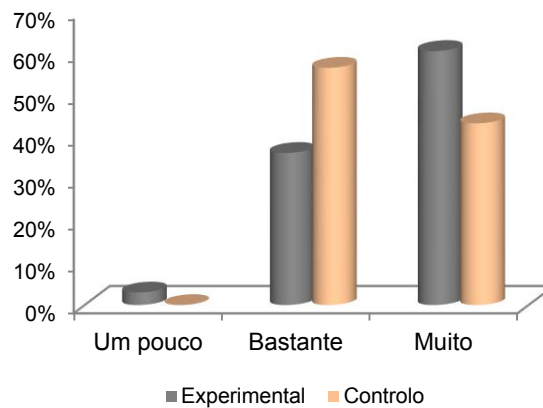


Gráfico 14: Eficácia do relaxamento no trabalho de parto

Relativamente ao parto, a maioria (86,9%; $n=53$) das participantes do grupo experimental considerou que o relaxamento ajudou *bastante* ou *muito*, referindo 6,6% ($n=4$) que não ajudou *nada* (gráfico 15).

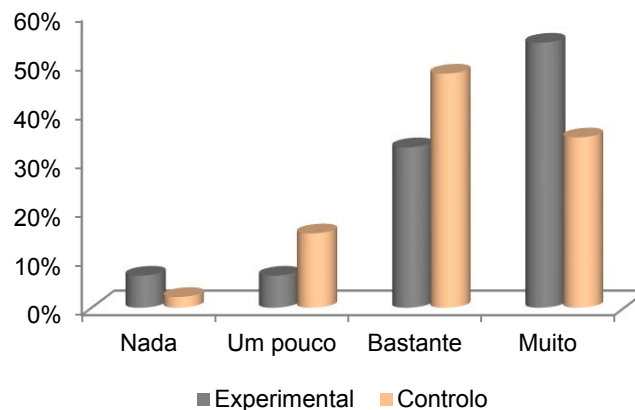


Gráfico 15: Eficácia do relaxamento no parto

A maioria das inquiridas do grupo controlo (82,6%; $n=38$) revelou que o relaxamento ajudou *bastante* ou mesmo *muito* durante o parto e, somente 2,2% ($n=1$) disseram que não ajudou *nada*. Não existiram diferenças com expressão significativa entre os grupos.

Em suma, a maioria das puérperas do estudo utilizou as técnicas de relaxamento e respiratórias durante o trabalho de parto e parto, e considerou que foram bastante ou muito úteis, tendo conseguido relaxar bastante ou mesmo muito. Somente 3% das mulheres do grupo experimental e 3,8% do grupo controlo não usaram estas técnicas no trabalho de parto. No parto essa percentagem aumentou, tendo 16,5% das inquiridas do grupo experimental e 11,5% do grupo controlo referido

não ter utilizado o relaxamento ou a respiração como estratégias de *coping*. As mulheres do grupo experimental consideraram ter atingido um nível de relaxamento no trabalho de parto significativamente maior do que as do grupo controlo. As participantes de ambos os grupos consideraram que o relaxamento ajudou no trabalho de parto. No parto, apenas uma pequena percentagem de mulheres achou que o relaxamento não ajudou nada.

H8 - As mulheres que efetuaram o programa CCpP perceberam um maior controlo no trabalho de parto e parto do que as mulheres que assistiram às sessões standard.

A maioria (80,3%; $n=53$) das mulheres, do grupo experimental, considerou ter tido percepção de controlo no trabalho de parto, e 3,0% ($n=2$) afirmaram não terem tido essa percepção (gráfico 16).

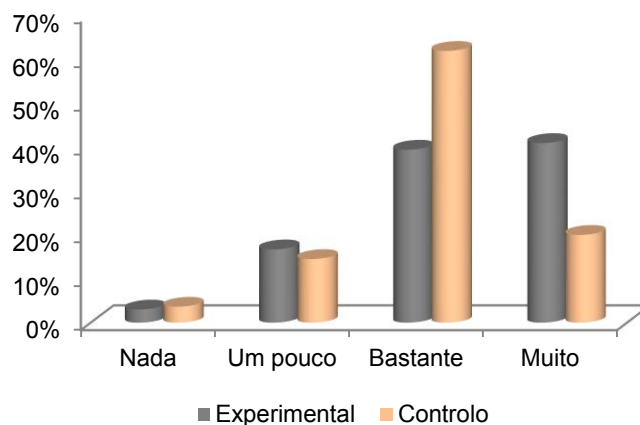


Gráfico 16: Percepção de controlo no trabalho de parto

No grupo controlo, também, a maioria das mulheres (81,8%; $n=45$) mencionou ter sentido controlo no trabalho de parto, unicamente, 3,6% ($n=2$) referiram não o ter sentido (gráfico 16). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos.

Quanto à percepção de controlo durante o parto (gráfico 17), a maioria das mulheres do estudo achou ter-se sentido em controlo, 75,8% ($n=50$) do grupo experimental e 61,9% ($n=34$) do grupo controlo.

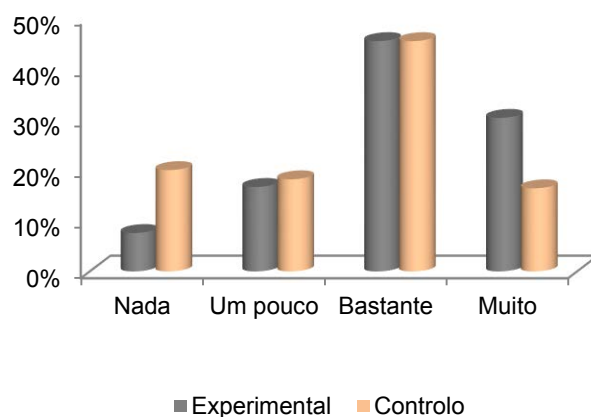


Gráfico 17: Percepção de controlo no parto

No grupo experimental, 7,6% ($n=5$) das mulheres mencionaram não ter sentido controlo no parto, e no grupo controlo 20,0% ($n=11$) expuseram o mesmo. Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos ($t(109,32) = 2,33$; $p = ,022$): as participantes do grupo experimental ($M=2,98$; $DP=0,89$) perceberam mais controlo no parto do que as do grupo controlo ($M=2,58$; $DP=0,99$).

Concluiu-se que a maioria das inquiridas teve percepção de controlo no trabalho de parto e no parto, tendo as participantes do grupo experimental sentido maior capacidade de controlo no parto que as do grupo controlo. A capacidade de controlo percebida durante o trabalho de parto foi nula ou reduzida para 19,7% das mulheres do grupo experimental e para 18,5% do grupo controlo. No parto foi sentida como nula ou reduzida por 24,3% das mulheres do grupo experimental e 38,2% do grupo controlo.

H9 - As mulheres que efetuaram o programa CCpP reportam um nível inferior de medo durante o trabalho de parto e parto do que as mulheres que assistiram às sessões standard.

Questionadas sobre se tinham sentido medo durante o trabalho de parto, 47,0% ($n=31$) das mulheres do grupo experimental mencionaram que não, 51,5% ($n=34$) referiram ter sentido *um pouco* e 1,5% ($n=1$) *bastante* medo (gráfico 18).

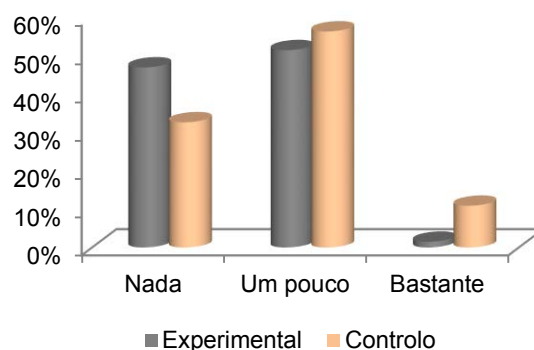


Gráfico 18: Percepção de medo durante o trabalho de parto

Das inquiridas do grupo controlo, 32,7% ($n=18$) não tiveram medo durante o trabalho de parto, 56,4% ($n=31$) tiveram *um pouco* e 10,9% ($n=6$) referiram ter sentido *bastante* medo. Verificou-se haver diferenças significativas entre os grupos ($t(119) = -2,24$; $p = ,027$): as participantes do grupo controlo ($M=1,78$; $DP=0,63$) referiram ter sentido mais medo no trabalho de parto que as do grupo experimental ($M=1,55$; $DP=0,53$).

Quanto ao medo sentido durante o parto, 34,8% ($n=23$) das inquiridas do grupo experimental, disseram não ter sentido, 56,1% ($n=37$) afirmaram ter tido *um pouco* e 9,1% ($n=6$) declararam ter sentido *bastante* medo durante o parto. No grupo controlo, 18,2% ($n=10$) não sentiram medo, 56,4% ($n=31$) experimentaram *um pouco*, 16,4% ($n=9$) *bastante* e 9,1% ($n=5$) sentiram *muito* medo durante o parto (gráfico 19).

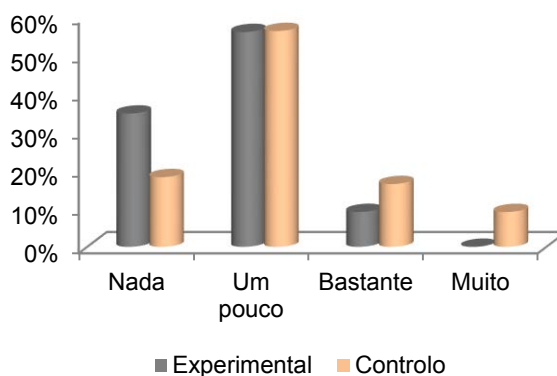


Gráfico 19: Percepção de medo durante o parto

Verificaram-se diferenças muito significativas entre grupos, no que diz respeito à percepção de medo durante o parto ($t(119) = -3,19$; $p = ,002$): as participantes do grupo experimental ($M=1,74$; $DP=0,62$) sentiram menos medo durante o parto que do grupo controlo ($M=2,16$; $DP=0,83$).

Tentou-se, ainda, perceber se as grávidas que anteciparam um maior nível de medo do trabalho de parto e parto foram as que reportaram mais medo após o trabalho de parto. Para tal, efetuou-se um teste Kruskal-Wallis que revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas, tanto no grupo experimental como no grupo controlo.

Em síntese: a maioria das participantes do estudo sentiu medo durante o trabalho de parto e o parto, sendo as mulheres do grupo controlo as que sentiram significativamente mais medo. De relevar que no trabalho de parto nenhuma mulher referiu ter *muito* medo e no parto só 9,1% das mulheres do grupo controlo é que revelaram ter sentido *muito* medo. As mulheres que durante a gravidez anteciparam um maior nível de medo do parto, não reportaram, de forma significativa, ter tido mais medo durante o parto, nos dois grupos.

H10 - As puérperas que efetuaram o programa CCpP perceberam um menor nível de dor de trabalho de parto do que as mulheres que assistiram às sessões standard.

Quando se perguntou às mulheres sobre se recordavam como doloroso o trabalho de parto, 74,2% ($n=49$) das participantes do grupo experimental responderam que sim. Afirmaram que lembravam o trabalho de parto como *um pouco* doloroso 40,9% ($n=27$) das inquiridas, 27,3% ($n=18$) como *bastante* doloroso e 6,1% ($n=4$) como *muito* doloroso. Somente 25,8% ($n=17$) não recordavam o trabalho de parto como doloroso (gráfico 20).

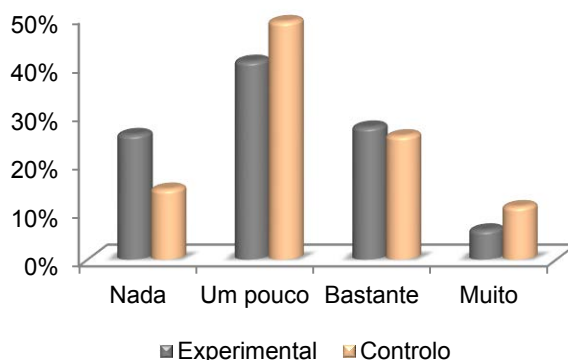


Gráfico 20: Recordação da dor de trabalho de parto

Das participantes do grupo controlo que responderam a esta questão, 49,1% ($n=27$) recordavam como *um pouco doloroso* o trabalho de parto, 25,5% ($n=14$) lembravam-no como *bastante* doloroso, 10,9% ($n=6$) como *muito* doloroso e 14,5% ($n=8$) não o recordavam como doloroso (gráfico 20).

A maioria das mulheres inquiridas lembra o parto como doloroso (66,7%; $n=44$, do grupo experimental e 61,8%; $n=34$, do grupo controlo). Como se pode observar no gráfico 21, comparativamente com a dor no trabalho de parto, aumentou a percentagem de mulheres que não recordam como doloroso o parto (33,3%; $n=22$ do grupo experimental, e 38,2%; $n=21$ do grupo controlo). Verificou-se que os grupos eram idênticos entre si, quanto a estes dois itens.

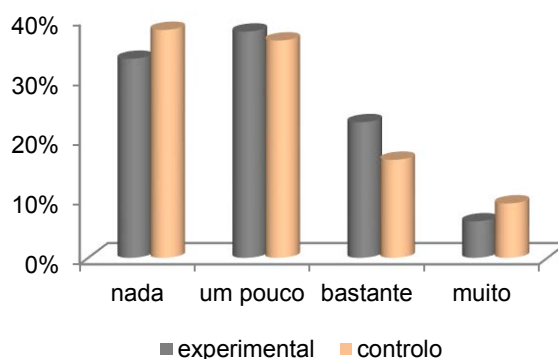


Gráfico 21: Recordação da dor de parto

De acordo com satisfação com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto, 92,3% ($n=61$) participantes do grupo experimental responderam estar satisfeitas. Destas, 33,3% ($n=22$) afirmaram que estavam *um pouco* satisfeitas, 24,2% ($n=16$) referiram estar *bastante* e 34,8% ($n=23$) mencionaram estar *muito* satisfeitas. Somente 7,6% ($n=5$) disseram não estar *nada* satisfeitas com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto (gráfico 22).

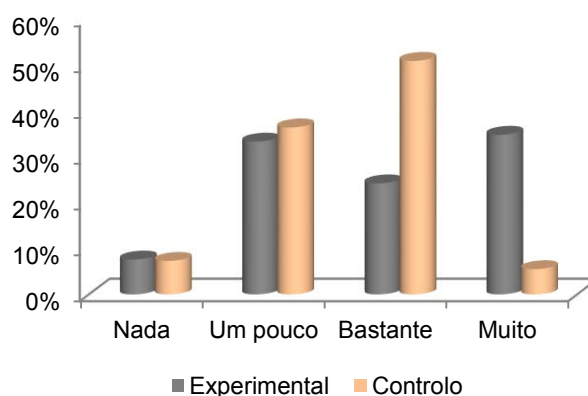


Gráfico 22: Satisfação com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto

Da mesma forma a maioria das participantes do grupo controlo (92,8%; $n=51$) referiu estar satisfeita com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto, 7,3% ($n=4$) expuseram não estar (gráfico 22).

Apurou-se haver diferenças significativas entre os grupos ($t(116,77) = 2,05$; $p = ,043$): as participantes do grupo experimental ($M=2,86$; $DP=0,99$) mencionaram estar mais satisfeitas com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto do que as mulheres do grupo controlo ($M=2,55$; $DP=0,72$).

No parto, igualmente, 92,3% ($n=61$) participantes do grupo experimental responderam estar satisfeitas com a intensidade de dor sentida. Destas, 13,6% ($n=9$) disseram que estavam *um pouco* satisfeitas, 43,9% ($n=29$) referiram estar *bastante* e 34,8% ($n=23$) mencionaram estar *muito* satisfeitas. Somente 7,6% ($n=5$) disseram não estar *nada* satisfeitas com a intensidade de dor sentida no parto (gráfico 23).

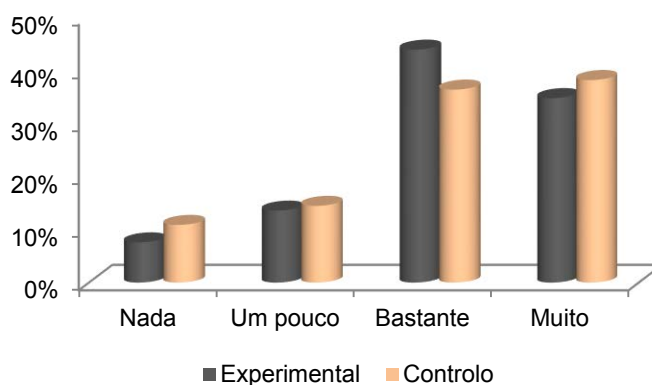


Gráfico 23: Satisfação com a intensidade de dor sentida no parto

A maioria das participantes do grupo controlo (89,1%; $n=49$), também, referiu estar satisfeita com a intensidade de dor sentida no parto, e 10,9% ($n=6$) mencionaram não estar (gráfico 23).

No que diz respeito à intensidade média de dor no trabalho de parto (gráfico 24), a maioria das participantes referiu ter sentido uma dor que variou de *moderada* a *extrema*. O valor da média foi de 5,73 ($DP=1,43$), mínimo de 3 e máximo de 9 no grupo experimental e de 5,18 ($DP=2,31$), mínimo de 0 e máximo de 9, no grupo controlo.

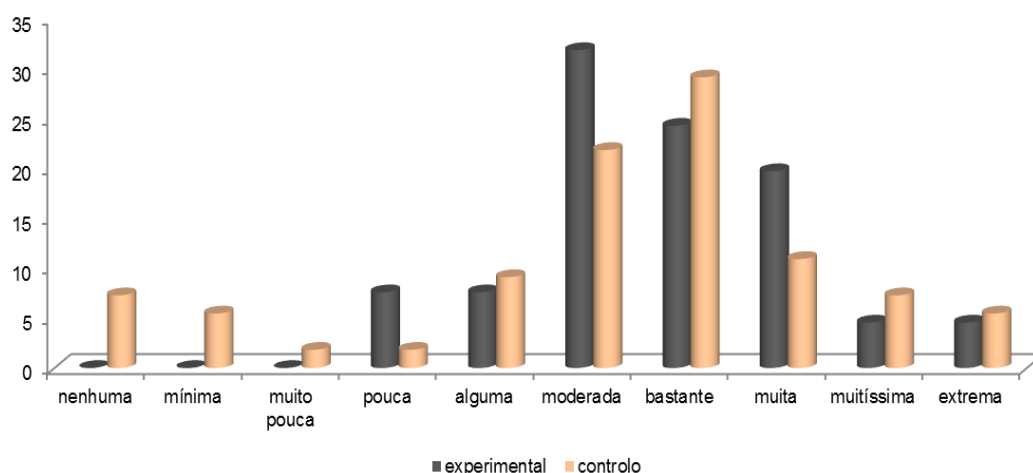


Gráfico 24: Intensidade média da dor de trabalho de parto

As participantes do grupo experimental e do grupo controlo consideraram que a intensidade média de dor sentida no trabalho de parto foi *extrema* 4,5% ($n=3$) e 5,5% ($n=3$), respetivamente, *moderada a muita* 75,8% ($n=50$) e 61,8% ($n=34$), respetivamente, *pouca a alguma* 15,2% ($n=10$) e 10,9% ($n=6$), ou *mínima ou nenhuma* para 12,8% ($n=7$) das puérperas do grupo controlo (gráfico 24).

A intensidade máxima de dor no trabalho de parto (gráfico 25), para a maioria das participantes do grupo experimental (63,6%; $n=42$) variou entre *muita a extrema* e foi considerada *a pior dor jamais imaginável* por 6,1% ($n=4$) das mulheres. Valor médio de 7,24 ($DP=1,60$), mínimo de 3 e máximo de 10.

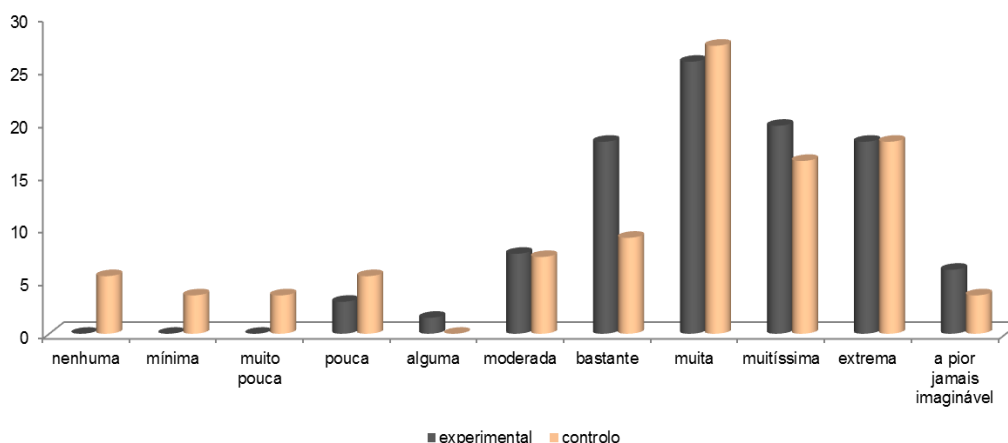


Gráfico 25: Intensidade máxima da dor de trabalho de parto

Quanto às participantes do grupo controlo, a maioria (65,5%; $n=36$) mencionou uma intensidade máxima de dor de trabalho de parto que variou entre *muita dor à a pior dor jamais imaginável*. A intensidade máxima de dor no trabalho de

parto foi considerada *extrema* por 18,2% ($n=10$) das inquiridas, *moderada a muita* por 43,6% ($n=24$), e *a pior jamais imaginável* por 3,6% ($n=2$). Apenas 9,1% ($n=5$) consideraram ter tido uma intensidade máxima de dor *mínima* ou *nenhuma*. A intensidade máxima de dor no trabalho de parto teve um valor de média de 6,40 ($DP=2,67$), mínimo de 0 e máximo de 10.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos, no que diz respeito à avaliação da intensidade máxima de dor durante o trabalho de parto ($t(84,78)= 2,05$; $p= ,043$): as puérperas do grupo experimental mencionaram, em média, uma intensidade máxima de dor maior ($M=5,73$; $DP=1,43$) que as do grupo controlo ($M=5,18$; $DP=2,31$).

A intensidade média de dor no parto (gráfico 26), para a maioria das participantes do grupo experimental (60,6%; $n=40$) situou-se entre o nível 4 (*alguma*) e o 9 (*extrema*). A intensidade média de dor sentida no parto foi considerada *extrema* por 6,1% ($n=4$) das puérperas, *moderada a muita* por 39,4% ($n=26$) e *mínima* ou *nenhuma* por 27% ($n=18$).

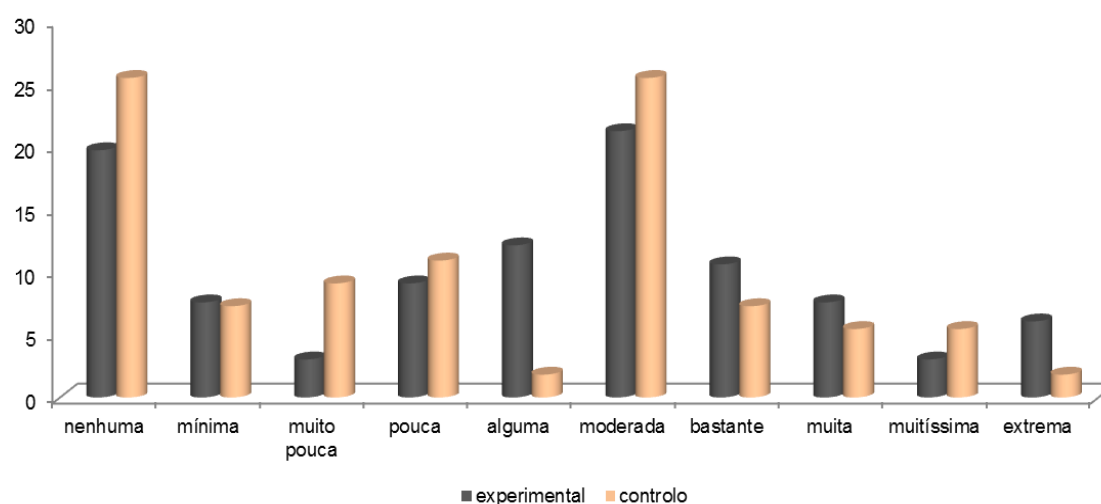


Gráfico 26: Intensidade média da dor de parto

A maioria das participantes do grupo controlo (58,2%; $n=32$) sentiu uma intensidade média de dor de parto (gráfico 26) que se situou entre os níveis 3 (*pouca*) e 9 (*extrema*). A intensidade média de dor sentida no parto foi considerada *extrema* por 1,8% ($n=1$) das inquiridas, *moderada a muita* por 38,2% ($n=21$), e *mínima* ou *nenhuma* por 32,8% ($n=18$).

A intensidade máxima de dor no parto, para a maioria das participantes do grupo experimental (63,6%; $n=42$) situou-se entre os níveis 4 (*alguma*) e 10 (*a pior jamais imaginável*). A intensidade máxima de dor sentida no parto foi considerada

moderada a muita por 33,3% ($n=22$) das puérperas e *a pior dor jamais imaginável* por 1,5% ($n=1$). Algumas mulheres (25,8%, $n=17$) consideraram ter sentido uma dor *mínima* ou *nenhuma* (gráfico 27).

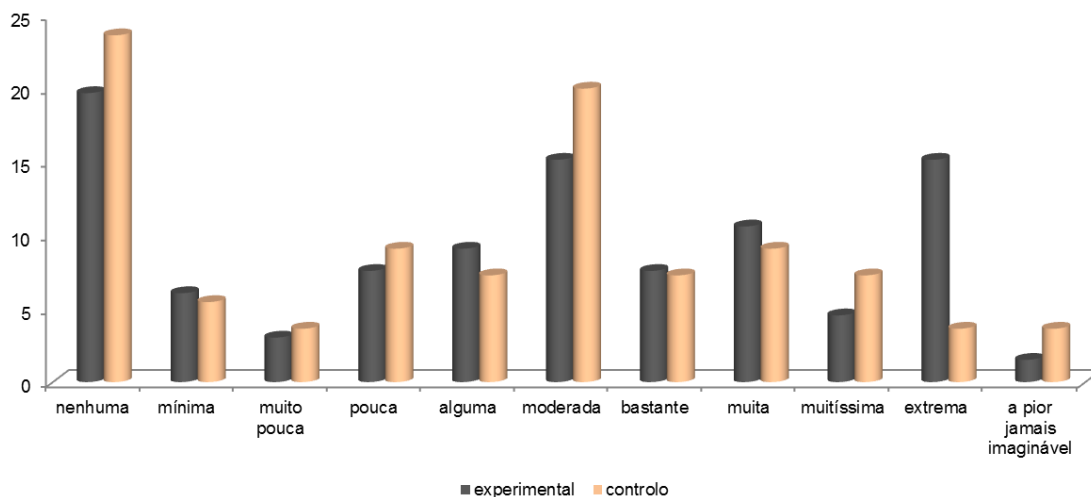


Gráfico 27: Intensidade máxima da dor de parto

A intensidade máxima de dor de parto para as puérperas do grupo controlo foi em média de 4,04 ($DP=3,06$), com mínimo de 0 e máximo de 10. A intensidade máxima de dor sentida no parto foi considerada de *moderada a muita* por 36,4% ($n=20$) das mulheres e *a pior dor jamais imaginável* por 3,6% ($n=2$). Algumas participantes (29,1%; $n=16$) consideraram ter sentido uma dor *mínima* ou *nenhuma*.

No sentido de se averiguar se haveria diferenças entre os grupos, de acordo com a intensidade de dor sentida no parto, efetuou-se o teste t de Student para amostras independentes, que revelou não existirem diferenças com significado estatístico.

Em síntese, a maioria das participantes recordou como doloroso o trabalho de parto e o parto. Somente 25,8% das mulheres do grupo experimental e 14,5% do grupo controlo referiram recordar o trabalho de parto como nada doloroso, e 33,3% puérperas do grupo experimental e 38,2% do grupo controlo mencionaram não se lembrar do parto como um evento doloroso. A intensidade média e máxima de dor de trabalho de parto para a maioria das mulheres do grupo experimental situou-se entre os níveis 5 e 7 (*moderada e muita*) e 9 (*extrema*), nenhuma mulher referiu ter tido uma dor *mínima* ou *nenhuma*. Para as mulheres do grupo controlo a dor situou-se entre os níveis 7 (*muita dor*) e 9 (dor *extrema*), e 12,8% assinalaram ter tido dor *mínima* ou *nenhuma*. Algumas puérperas (6,1% do grupo experimental e 9,1% do

grupo controlo) reportaram, ainda, ter tido *a pior dor jamais imaginável*, quando se referiram à intensidade máxima de dor de trabalho de parto. Verificou-se que as participantes do grupo experimental sentiram uma intensidade máxima de dor de trabalho de parto significativamente superior à das participantes do grupo controlo.

A intensidade média e máxima de dor de parto variou entre os níveis 4 (*alguma dor*) e 9 e 10 (*dor extrema e a pior dor jamais imaginável*) nos dois grupos, tendo o valor médio diminuído relativamente à dor sentida no trabalho de parto. Aumentou a percentagem de participantes, de ambos os grupos, que sentiram uma dor mínima ou nula.

Apesar da dor reportada, a maioria das participantes, dos dois grupos, estava satisfeita com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto e no parto. Somente 7,6% das mulheres do grupo experimental e 7,3% das puérperas do grupo controlo consideraram não estar nada satisfeitas com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto. Verificou-se que as participantes do grupo experimental mencionaram estar mais satisfeitas com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto do que as mulheres do grupo controlo. No parto, aumentou o número de mulheres do grupo controlo que não ficou *nada satisfeita* com a dor sentida (10,9%).

H11 – O programa CCpP tem maior impacto do que as aulas de PPP disponibilizadas pelo serviço, na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, nas mulheres com experiência anterior de dor.

Quanto à relação entre autoeficácia para lidar com o trabalho de parto e experiência anterior de dor, após intervenção (M₂), verificou-se não existirem diferenças com expressão significativa no grupo controlo, tanto no que respeita às expectativas de resultado, como às expectativas de autoeficácia.

Mas, no que concerne ao grupo experimental, após intervenção (M₂), observou-se haver uma diferença estatisticamente significativa, no que concerne às expectativas de resultado: as grávidas com experiência anterior de dor, após intervenção, apresentaram uma expectativa de resultado superior às que não tinham essa experiência (tabela 28).

Tabela 28: Relação entre expectativas de resultado e experiência anterior de dor, no grupo experimental, pós-teste

Dor	Grupo experimental			
	Expectativas de resultado			
	<i>n</i>	Ordem média	<i>U</i>	<i>p</i>
Com experiência	33	38,30	386,00	,042*
Sem experiência	33	28,70		

* Significativo para $p \leq ,05$

No que diz respeito às expectativas de autoeficácia, as grávidas, do grupo experimental, com experiência anterior de dor, após intervenção (M_2), apresentaram uma expectativa de autoeficácia significativamente superior às que não tinham essa experiência (tabela 29).

Tabela 29: Relação entre expectativas de autoeficácia e experiência anterior de dor, no grupo experimental, pós-teste

Dor	Grupo experimental			
	Expectativas de autoeficácia			
	<i>n</i>	Média (DP)	<i>t (gl)</i>	<i>p</i>
Com experiência	33	17,07 (1,59)	2,42 (50,56)	,019*
Sem experiência	33	15,71 (2,81)		

* Significativo para $p \leq ,05$

Pode-se verificar na tabela 30 que entre os grupos (experimental e controlo) não existiram diferenças com expressão significativa.

Tabela 30: Relação entre autoeficácia para lidar com o trabalho de parto e experiência anterior de dor, entre grupos, no pós-teste (M_2)

Grupos	Experiência anterior de dor	<i>t (gl)</i>	<i>p</i>
	Intergrupos		
	Sim	1,55 (58)	,127
	Não	-1,08 (58)	,284

Pelo que, se concluiu que o programa CCpP não teve um impacto, na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto nas mulheres com experiência anterior de dor, significativamente maior do que as aulas de PPP disponibilizadas pelo serviço.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Das 246 grávidas que iniciaram o estudo, 51% ($n=125$) não incluíram todas as fases, pelo que a amostra final do estudo quasi-experimental foi constituída por 121 grávidas. De salientar que todas as participantes que foram abandonando o estudo apresentavam características idênticas às da amostra, pelo que se considera que a sua saída não teve impacto nos resultados finais.

Ainda de acordo com a amostra, e de forma a perceber se as diferenças que surgissem nos resultados eram devidas à intervenção e não às características do grupo, realizou-se um pré-teste para demonstrar se os grupos eram equivalentes à partida. Não tendo sido encontradas diferenças entre os dois grupos, considerou-se que tinham características idênticas.

No mesmo sentido, avaliaram-se os grupos no que concerne à variável em estudo - autoeficácia para lidar com o trabalho de parto. Verificou-se não existirem diferenças, entre grupos, no que respeita às expectativas de resultado. No entanto, as participantes do grupo controlo apresentavam uma expectativa de autoeficácia significativamente mais elevada do que as grávidas do grupo experimental, no momento inicial do estudo (M_1).

Quanto à implementação do programa CCpP, decorreu entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, e desenrolou-se, como já referido, de acordo com a estrutura e planeamento já descritos. Considerou-se o número de participantes por grupo (4 e 6 grávidas/casais) adequado (Couto, 2003; Duncan & Bardacke, 2010).

As sessões de preparação para o parto decorreram no espaço preconizado pela instituição. Apesar de pequeno e com deficientes condições térmicas revelou-se um espaço razoável para a sua efetivação. Relativamente ao equipamento, o existente era suficiente para o desenrolar do programa, faltando, no entanto, bolas de parto consideradas fundamentais para o treino das técnicas de conforto no trabalho de parto (Gau, Chang, Tian, & Lin, 2011), motivo pelo qual foram adquiridas (seis bolas) e oferecidas ao serviço pela investigadora.

Relativamente à avaliação da eficácia do programa na promoção da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, passa-se a discutir estes resultados hipótese a hipótese, no sentido de facilitar a sua leitura.

H1 - O nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto aumenta significativamente nas mulheres que completaram o programa CCpP.

As expetativas de resultado referem-se à avaliação de que um comportamento leva a um determinado resultado. Formam um segundo constructo, relacionado com o comportamento motivacional e afetivo, definindo-as Pintrich e Schunk, (1996) como juízos ou crenças quanto à contingência entre o comportamento de uma pessoa e o resultado antecipado. Os resultados demonstraram que o programa CCpP promoveu um aumento significativo das expetativas de resultado ao longo do tempo, mantendo-se este efeito mesmo após o parto. Tal como corroborado por Howharn (2008), no estudo quasi-experimental que realizou com o objetivo de determinar a eficácia da PPP na autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto, verificou-se que a informação e a prática de técnicas comportamentais e cognitivas para lidar com o trabalho de parto aumentaram as expetativas de resultado.

Quanto às expetativas de autoeficácia (avaliação da capacidade para realizar um determinado comportamento), quando se testaram as diferenças ao longo dos três momentos de colheita de dados, constatou-se que o programa CCpP promoveu um aumento significativo destas expetativas, nos três momentos de avaliação. A informação, a prática de técnicas não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto, a construção do plano de parto, a partilha de experiências e a visita ao bloco de partos, produziram efeitos nas expetativas de autoeficácia da grávida, resultados consistentes com os de outros investigadores (Lowe, 1993; Howharn, 2008).

Pode-se, assim, concluir que o programa promoveu um aumento da autoeficácia da grávida para lidar com o trabalho de parto, comprovando-se a hipótese colocada.

H2 - As grávidas que completaram o programa CCpP reportam um nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente maior do das grávidas que assistiram às sessões standard.

No que diz respeito à evolução das expetativas de resultado, nos três momentos de avaliação, verificou-se que apesar de ter evoluído de forma significativa, foi menor, e sem significado estatístico, entre o pós-teste (M₂) e o follow-up (M₃). No grupo controlo, a média das expetativas de resultado só aumentou

significativamente após o parto. Estes resultados são contrários aos de Howharn (2008) que no seu estudo refere que no pós-parto há um decréscimo significativo das expetativas de resultado.

Também, no que diz respeito às expetativas de autoeficácia, concluiu-se que aumentaram ao longo do tempo de forma significativa, nos dois grupos, embora esse aumento, também, tenha sido menor e sem significado estatístico entre o pós-teste e o follow-up. Estes resultados são consistentes com os de vários estudos que indicam que a preparação para o parto tem um efeito promotor da autoeficácia (DillKs & Beal, 1997; Lowe, 1991, Howharn, 2008).

Apesar do incremento na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, tanto no que diz respeito às expetativas de resultado, como às expetativas de autoeficácia, os resultados obtidos não permitiram concluir que as grávidas que completaram o programa CCpP reportaram um nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente maior que o das grávidas que assistiram às sessões *standard*.

O facto de na fase inicial as participantes do grupo controlo terem expetativas de autoeficácia significativamente mais elevadas, do que as do grupo experimental, não permitiu perceber se os resultados estatísticos se deviam aos efeitos do programa CCpP ou às características dos grupos, pelo que não se pôde confirmar a hipótese elaborada.

H3 - As puérperas do grupo experimental relatam um maior nível de autoeficácia no pós-parto do que as puérperas do grupo controlo.

Após a intervenção, no pós-parto (M₃), apesar do aumento muito significativo das expetativas de resultado e de autoeficácia no grupo experimental, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, pelo que não se verifica a hipótese colocada. Este resultado pode dever-se ao facto de na fase inicial as participantes do grupo controlo terem expetativas de autoeficácia significativamente mais elevadas, do que as do grupo experimental, e também, ao caso da mulher no pós-parto estar a vivenciar experiências que poderão não ter sido antecipadas e que têm impacto na sua percepção de autoeficácia (Lowe, 1991; Howharn, 2008).

H4 - As puérperas que efetuaram o programa CCpP referem maior experiência e satisfação com o parto do que as que assistiram às sessões standard.

A avaliação do impacto do programa CCpP na experiência e satisfação com o parto foi efetuada com recurso ao questionário desenvolvido por Costa e col.

(2004), o QESP. Este questionário de autorrelato avalia as expectativas, a experiência, a satisfação e a dor no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

No que diz respeito à experiência e satisfação com o parto, o estudo revelou que as participantes do grupo experimental tiveram uma experiência e satisfação com o parto, em média superior às do grupo controlo. O mesmo se constatou quando se efetuou a análise por subescalas. As mulheres que integravam o grupo experimental consideraram, em média, que as condições e os cuidados prestados pela instituição foram melhores, experienciaram menos emoções negativas, sentiram durante o trabalho de parto e parto menos preocupações com a sua saúde e a do bebé, e experienciaram um maior relaxamento que as participantes do grupo controlo. Experimentaram significativamente mais sentimentos positivos. Estes resultados admitem sugerir que o programa CCpP teve uma influência positiva na experiência e satisfação com o parto.

Por outro lado, apesar de não haver diferenças com significado estatístico entre os grupos, percebeu-se que as participantes do grupo controlo sentiram ter mais apoio das pessoas significativas e do companheiro durante o trabalho de parto e o parto e tiveram uma vivência mais positiva no pós-parto.

O score total da escala permitiu concluir que as participantes ficaram satisfeitas com a experiência de parto. Este resultado está de acordo com os de McMillan e col. (2009), Lindgren e Erlandsson (2010), Walsh (2012) e Martin e Robb (2013) que indicam haver evidência científica que comprova que a frequência da PPP está associada a altos níveis de satisfação com a experiência de parto.

Considera-se que o programa CCpP teve impacto positivo na experiência e satisfação com o parto, porque as puérperas do grupo experimental manifestaram significativamente mais sentimentos positivos relacionados com o trabalho de parto do que as do grupo controlo. E, apesar de não se observarem diferenças com expressão significativa entre os grupos, reportaram, ainda, uma experiência e satisfação com o parto em média superior às do grupo controlo. Este resultado pode estar relacionado com o facto de se terem adaptado as sessões às necessidades das mulheres, de se terem utilizado técnicas cognitivas, que permitissem a formulação de pensamentos mais positivos sobre o processo de parto e de se ter aumentado a autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto.

H5 - Há diferença no tipo de parto entre as mulheres que participaram no programa CCpP e as que frequentaram o programa standard.

A maioria das participantes teve um parto por via vaginal, com recurso a analgesia epidural. Não se observaram diferenças entre grupos no que diz respeito

ao uso de analgesia epidural, embora haja uma maior percentagem de mulheres que tiveram parto sem analgesia no grupo experimental.

No grupo experimental, 34,8% das participantes tiveram parto eutócico e 30,3% parto distócico por ventosa. No grupo controlo, tiveram parto eutócico 45,5% mulheres e partos distócico por ventosa 29,1%. A percentagem de cesarianas foi mais elevada no grupo experimental (34,8%) em comparação com as 25,4% efetuadas no grupo controlo. De acordo com o número de cesarianas efetuadas na instituição (26,8%), no período em estudo, no grupo controlo efetuaram-se menos 1,3% de cesarianas e no grupo experimental mais 8%. Apesar disso, não se observaram diferenças entre grupos no que diz respeito ao tipo de parto. O número de cesarianas existentes e a sua tendência para aumentar é uma grande preocupação em muitos países (Bell et al., 2001; Marx et al., 2001; Matthews et al., 2003; Kwee et al., 2004; Hildingsson, 2008). Em Portugal, as taxas de cesariana, continuam a ser das mais altas entre os países da comunidade europeia (Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, I.P., 2012; Guerreiro, 2013), pelo que, numa tentativa de se implementarem medidas conducentes a uma redução destas taxas foi criada a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesariana, em março de 2013.

Quando comparado com o tipo de parto desejado, a maioria das participantes viu o seu desejo cumprido. No entanto, 32,3% das mulheres do grupo experimental e 26,4% das do grupo controlo viram a sua expectativa ser frustrada. De relevar que as participantes que mencionaram desejar um parto por cesariana viram a sua expectativa realizada. Nas instituições públicas de saúde não é comum efetuarem-se cesarianas a pedido da mulher, pelo que se considera que este achado é uma coincidência.

Os resultados obtidos implicam que tanto o programa CCpP, como as aulas de PPP *standard* não tiveram efeito no tipo de parto. Estes achados suportam os de outros investigadores (Fabian et al., 2005; Howharn, 2008; McMillan et al., 2009; Artieta-Pinedo et al., 2010; Gagnon & Sandall, 2011; Walsh, 2012) e são díspares do encontrado por Vicente (2009), que no seu estudo sobre Apoio Social, Expectativas e Satisfação com o Parto em Primíparas com e sem PPP, verificou que o tipo de parto era influenciado por esta variável.

H6 - O trabalho de parto e parto correspondeu mais às expectativas das puérperas que efetuaram o programa CCpP do que às que assistiram às sessões standard.

O trabalho de parto e o parto decorreram de acordo ou superaram o esperado para a maioria das participantes dos dois grupos, tanto no que diz respeito à forma, como ao tempo de duração e à dor sentida. Estes resultados são diferentes dos de Costa e col. (2003) que referiram que as mulheres consideraram que o trabalho de parto, demorou mais tempo, correu pior, e envolveu mais dor do que esperavam. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de todas as participantes deste estudo, ao contrário das do estudo de Costa e col. (2003), terem efetuado PPP, constituindo-se esta preparação benéfica para a formulação de expectativas para o trabalho de parto e o parto.

Verificou-se, ainda, que as mulheres do grupo experimental consideraram, de forma mais significativa, que o parto ocorreu como esperavam, quanto ao tipo e ao tempo, sugerindo estes resultados que o programa CCpP influenciou positivamente estes aspetos, permitindo às participantes a obtenção de um conhecimento adequado sobre o parto, influenciando a formulação de expectativas realistas.

De relevar que, apesar dos bons resultados encontrados há, ainda, um número preocupante de puérperas (cerca de 20%) para as quais o modo como o trabalho de parto e o parto (aproximadamente 10%) decorreram não correspondeu às suas expectativas, sendo pior ou muito pior do que acreditavam. Considera-se que é importante e necessário que os enfermeiros de saúde materna e obstétrica programem intervenções que respondam, de forma eficaz, às necessidades das grávidas, não só para melhorarem a qualidade dos cuidados prestados, como também, para ajudarem as mulheres a estabelecer expectativas realistas para o trabalho de parto e parto. O que é prioritário, para otimizar a experiência. Por outro lado, é preciso ter em atenção a realidade do país, as altas taxas de cesariana encontradas e o número de partos instrumentalizados são realidades não compatíveis com a promoção do parto natural. A preparação da mulher para o parto, não deve ser feita com o intuito de induzir expectativas de parto natural, mas sim, no sentido de preparar para a tomada de decisão informada, a participação ativa, e o seu empoderamento. Dessa forma, poder-se-á mudar a realidade, não através do incitamento a uma prática que os enfermeiros de saúde materna e obstétrica desejam que exista, o parto natural, mas sim, através do pedido consciente de uma mulher devidamente informada, consciente da sua capacidade para parir e dos seus direitos.

H7 - As mulheres que efetuaram o programa CCpP consideraram mais eficazes as técnicas respiratórias e de relaxamento do que as que assistiram às sessões standard.

A maioria das puérperas do estudo utilizou as técnicas de relaxamento e respiratórias durante o trabalho de parto e o parto, considerando que foram bastante ou muito úteis, para o seu relaxamento. Somente 3% das mulheres do grupo experimental e 3,8% do grupo controlo não usaram as técnicas no trabalho de parto. No parto, aumentou a percentagem de mulheres que não usou a respiração e o relaxamento, 16,5% das inquiridas do grupo experimental e 11,5% do grupo controlo.

Estes resultados, no que respeita ao uso da técnica de relaxamento, não confirmam os de Slade e col. (2000) que concluíram que embora houvesse altos índices de intenção, só 40% das parturientes usaram o relaxamento. No entanto, são consistentes com o encontrado no mesmo estudo, relativamente às técnicas respiratórias, em que 88% das mulheres usavam estas técnicas, indicando que esta percentagem pode ser explicada pelo facto de ser uma técnica simples, fácil de aprender, menos dependente da prática e de fácil aplicação.

As mulheres do grupo experimental consideraram ter atingido um nível de relaxamento no trabalho de parto e no parto significativamente maior do que as mulheres do grupo controlo, o que sugere que o programa CCpP foi eficaz na preparação das mulheres para o uso destas técnicas, comprovando-se a hipótese formulada.

As participantes de ambos os grupos consideraram que o relaxamento ajudou no trabalho de parto e no parto, o que corrobora os estudos de McMillan e col. (2009).

Os resultados apontam no sentido de a PPP estar associada à utilização de estratégias de *coping* no trabalho de parto, sendo que a evidência científica sustenta esta afirmação (Slade et al., 2000; Fabian et al., 2005).

H8 - As mulheres que efetuaram o programa CCpP perceberam um maior controlo no trabalho de parto e parto do que as mulheres que assistiram às sessões standard.

A maioria das inquiridas experienciou um sentimento de controlo no trabalho de parto e no parto, tendo as participantes do grupo experimental sentido maior capacidade de controlo no parto. Estes resultados diferem de outros investigadores (Costa et al., 2003; Vicente, 2009) que concluíram que a maioria das mulheres experimentou sentimentos de falta de controlo tanto no trabalho de parto como no parto. Domingues e col. (2004), Waldenström e col. (2004), McMillan e col. (2009) e Larkin e col. (2009) expuseram nos seus estudos que o controlo sentido no trabalho

de parto e parto está relacionado com a percepção de uma experiência positiva de parto. Esta afirmação pode justificar os resultados encontrados, pois ficou demonstrado que as participantes tiveram uma experiência positiva de parto relacionada muito significativamente com a percepção de controlo no trabalho de parto e extremamente com o controlo percebido durante o parto.

No entanto, é de salientar que a capacidade para sentir controlo durante o trabalho de parto foi nula ou reduzida para 19,7% das mulheres do grupo experimental e 18,5% do grupo controlo, aumentando este sentimento no parto, onde foi nula ou reduzida para 24,3% das mulheres do grupo experimental e para 38,2% do grupo controlo, respetivamente. Estes resultados, apesar de serem mais baixos que os referidos por Costa e col. (2003) e Vicente (2009), continuam a ser preocupantes, porque, como referido por vários autores a falta de controlo percebido é um forte preditor de uma experiência negativa de parto (Green et al., 1990; Slade et al., 1993; Waldenström et al., 1996; Hart & Foster, 1997; Waldenström, 1999; Waldenström et al., 2004).

H9 - As mulheres que efetuaram o programa CCpP reportam um nível de medo durante o trabalho de parto e parto inferior ao das mulheres que assistiram às sessões standard.

As mulheres que durante a gravidez anteciparam um maior nível de medo do parto, não reportaram, de forma significativa, ter tido mais medo durante o parto, independentemente de pertencerem ao grupo experimental ou de controlo.

No entanto, a maioria das participantes do estudo sentiu medo durante o trabalho de parto e o parto. As puérperas do grupo controlo revelaram ter sentido significativamente mais medo que as puérperas do grupo experimental, o que sugere que o programa CCpP teve um efeito mais positivo que o programa *standard* nesta variável. Concluiu-se que nenhuma grávida do grupo experimental referiu ter sentido muito medo no parto. Pelo contrário, no grupo controlo 9,1% das participantes reportaram ter tido muito medo no parto, este resultado está de acordo com os de Saisto e Halmesmäki (2003) que verificaram que o medo intenso do parto está presente em cerca de 6 a 10% das parturientes. E é inferior ao de Costa e col. (2004) que apuraram que 48,3% das mulheres sentiram medo, ou muito medo, durante o trabalho de parto e parto e aos de Fenwick e col. (2009) que descobriram que 50% das mulheres sentiam um medo moderado do parto e 26% sentiam um medo intenso do trabalho de parto e parto. Mais uma vez as diferenças de resultado, do nosso estudo para os outros referenciados, podem ser justificadas devido às características

da amostra, dado que, nesses estudos, não era critério de inclusão as mulheres terem efetuado PPP.

Os resultados corroboram a hipótese de que as mulheres que efetuaram o programa CCpP reportaram um nível de medo durante o trabalho de parto e parto inferior ao do das mulheres que assistiram às sessões *standard*.

H10 - As puérperas que efetuaram o programa CCpP perceberam um menor nível de dor de trabalho de parto do que as mulheres que assistiram às sessões standard.

A maioria das mulheres, dos dois grupos em estudo, lembra-se do trabalho de parto e do parto como eventos dolorosos. As participantes do grupo experimental recordaram como menos doloroso o trabalho de parto, embora não se tenham encontrado diferenças significativas entre os grupos. Somente 25,8% de mulheres do grupo experimental e 14,5% do grupo controlo referiram não recordar o trabalho de parto como doloroso. No parto, verificou-se um aumento da percentagem de mulheres que não o recordava como doloroso, 33,3% puérperas do grupo experimental e 38,2% do grupo controlo. Estes resultados corroboram os de outros investigadores (Niven & Murphy-Black, 2000; Costa et al., 2003; Vicente, 2009), que referem que, habitualmente, as mulheres recordam o trabalho de parto e o parto como dolorosos. Fabian e col. (2005) reportam que não há evidência que a frequência da PPP influencie a memória de dor, o que comprova os resultados desta investigação. No entanto, considera-se que o programa CCpP teve um impacto mais positivo do que o programa *standard*, pois embora não se tenha comprovado haver diferença estatisticamente significativa entre grupos, a percentagem de participantes que recordava o trabalho de parto como doloroso era menor no grupo experimental.

A intensidade média e máxima de dor de trabalho de parto para a maioria das mulheres do grupo experimental e do grupo controlo situou-se entre os níveis 5 e 7 (dor *moderada* e *muita dor*) e 9 (dor *extrema*). Costa e col. (2003) e Vicente (2009) verificaram que as mulheres sentiram no trabalho de parto uma dor que variou entre *moderada* a *extrema*. Niven e Murphy-Black (2000) referem que a dor de trabalho de parto é comumente considerada uma das mais intensas, apesar da sua avaliação ser bastante variável. Também algumas puérperas do estudo (6,1% do grupo experimental e 9,1% do grupo controlo) reportaram ter tido a pior dor jamais imaginável, quando se referiram à dor de trabalho de parto.

Verificou-se que as participantes do grupo experimental referiram uma intensidade máxima de dor de trabalho de parto significativamente superior às participantes do grupo controlo. Pensa-se que este resultado pode estar relacionado

com o facto de, no grupo experimental, haver uma maior percentagem de mulheres que não realizaram analgesia epidural.

Relativamente à dor de parto, a intensidade média e máxima de dor variou entre os níveis 4 (*alguma dor*) e 9 e 10 (*dor extrema e a pior jamais imaginável*) nos dois grupos, tendo o valor médio diminuído relativamente à dor sentida no trabalho de parto. Estes resultados são consistentes com os dos estudos de outros investigadores (MacLean et al., 2000; Costa et al., 2003; Vicente, 2009). No parto aumentou a percentagem de participantes que sentiram uma dor *mínima* ou *nula*, tanto no grupo experimental como no grupo controlo (27% e 32% respetivamente, no referente à intensidade média e 25,8% e 29,1% relativamente à intensidade máxima de dor sentida). Estes valores são inferiores aos dos referidos autores, que verificaram haver uma maior percentagem de mulheres que no parto referem ter sentido uma dor mínima ou nula.

Mais uma vez, a intensidade de dor reportada pelas mulheres do grupo experimental foi superior à das do grupo controlo, podendo o facto dever-se à maior percentagem de mulheres que tiveram um parto sem analgesia epidural e à maior percentagem de partos instrumentados e por cesariana. Estes tipos de partos estão normalmente associados a maior perceção de dor ou a maior traumatismo.

A maioria das mulheres do estudo (93,9% do grupo experimental e 98,2% do grupo controlo) utilizou a analgesia epidural como método farmacológico de alívio da dor, sendo este tipo de analgesia considerado muito eficaz (DGS, 2001; Holger et al., 2003). Apesar disso, as puérperas referenciaram ter sentido dor, tanto no trabalho de parto como no parto, resultado que se encontra em consonância com o de MacLean e col. (2000) que verificaram que nenhuma participante, da sua pesquisa, relatou que o alívio de dor foi completamente eficaz após ter efetuado analgesia epidural.

Apesar da dor reportada, a maioria das participantes dos dois grupos estava satisfeita com a intensidade de dor sentida, tanto no trabalho de parto, como no parto. Verificou-se que as participantes do grupo experimental mencionaram estar mais satisfeitas com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto do que as mulheres do grupo controlo. Somente 7,6% das mulheres do grupo experimental e 7,3% das puérperas do grupo controlo disseram não estar nada satisfeitas com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto. No parto, também aumentou o número de puérperas insatisfeitas, sendo essa percentagem maior no grupo controlo (10,9%). Estes resultados, de acordo com vários investigadores (Slade, 2000; Escott et al., 2009), podem estar relacionados com o facto das mulheres do grupo experimental,

terem percebido maior controle durante o trabalho de parto, e terem considerado que as estratégias de *coping* utilizadas foram eficazes.

H11 – O programa CCpP tem maior impacto do que as aulas de PPP disponibilizadas pelo serviço, na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, nas mulheres com experiência anterior de dor.

As grávidas que referiram ter experiência anterior de dor apresentaram, após intervenção, em média, uma expectativa de resultado e de autoeficácia significativamente superiores às grávidas sem essa experiência.

Apesar de não se terem encontrado diferenças entre grupos, observou-se que o programa CCpP teve um impacto positivo na promoção da autoeficácia das mulheres com experiência anterior de dor. Considera-se este resultado importante, pois, por um lado, indica que a experiência anterior é um forte determinante da autoeficácia, o que está de acordo com Bandura (1977; 1997), e por outro, que o programa delineado, ao providenciar múltiplas fontes de informação fortaleceu a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto (Dilks & Beal, 1997; Lowe, 1991, Howham, 2008), tanto no que diz respeito às expectativas de resultado, como às expectativas de autoeficácia.

CONCLUSÃO

Vários autores demonstraram que a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto influencia a forma como este é percebido, recomendando, por isso, que nas sessões de PPP ela seja incorporada e trabalhada com as grávidas. A teoria da autoeficácia presume que o nível de confiança que a pessoa tem acerca das suas habilidades é um forte motivador e regulador dos seus comportamentos, e considera que a autoeficácia pode ser promovida a partir de quatro fontes: experiências anteriores de sucesso, aprendizagem vicarial, persuasão verbal e estados emocionais e somáticos (Bandura, 1997).

Não se tendo encontrado estudos, em Portugal, sobre esta temática entendeu-se pertinente e útil realizar esta investigação, considerando que as mulheres/casais/famílias e os enfermeiros de saúde materna e obstétrica poderiam beneficiar dos seus resultados. Estes estudos poderão constituir uma mais-valia para as instituições de saúde, pois fruto de intervenções de enfermagem na maternidade centradas na mulher, conduziram a ganhos em saúde.

A investigação teve, dessa forma, como finalidade contribuir para melhorar o conhecimento sobre o contributo da autoeficácia na experiência e satisfação com o parto e desenvolver, implementar e avaliar um programa de intervenção em enfermagem que permitisse à mulher obter uma maior satisfação com a experiência de parto, concorrendo para a promoção de uma melhor ligação mãe-filho. Incluiu vários estudos: o primeiro (exploratório e descritivo, de cariz qualitativo) teve como finalidade identificar intervenções passíveis de promover a autoeficácia no trabalho de parto. Nesse sentido, foram entrevistadas 25 puérperas. Os resultados permitiram, no que diz respeito aos determinantes de autoeficácia, concluir que a experiência anterior de parto é o fator com maior influência na autoeficácia e na satisfação com o parto pois afeta, negativa ou positivamente, a forma como a mulher antecipa e vivencia o trabalho de parto. A persuasão verbal, quando realizada por profissionais de saúde que a mulher percebe como competentes e por pessoas significativas, também influi na aquisição de autoeficácia. No entanto, percebeu-se que pode provocar um sentimento de responsabilidade acrescido, sobre o comportamento esperado durante o trabalho de parto, induzindo um aumento da

ansiedade. As participantes consideraram que ver filmes sobre trabalho de parto e partilhar experiências com mulheres na mesma situação aumentou a sua confiança. Porém, a visualização dos filmes só será eficaz se acompanhada e comentada pelos ESMO pois, caso contrário, poderá ser uma intervenção indutora de mais medo e ansiedade.

A presença de medo, de ansiedade e de falta de controlo percebido durante a gravidez e o trabalho de parto foram reportadas por grande parte das puérperas inquiridas, percebendo-se que são eventos que condicionam negativamente a sua perceção sobre a experiência de parto, conduzindo a uma baixa perceção de autoeficácia e ao desejo de ter um parto por cesariana. O impacte destas perceções no desempenho da mulher durante o trabalho de parto, e na sua confiança, pode ser diminuído através da minimização do desgaste emocional, do alívio da ansiedade, da dor e do medo. O apoio do companheiro e um tratamento respeitoso pelos profissionais de saúde foram reportados pelas mulheres como fatores essenciais à sua concretização.

Concluiu-se, assim, que a autoeficácia é um conceito que importa estudar e explorar, pois modela o comportamento das mulheres durante o trabalho de parto e tem impacte na forma como experienciam o parto. Da análise dos testemunhos das participantes, confirmada com a revisão da literatura, inferiu-se um conjunto de intervenções de enfermagem passíveis de promover a autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto.

A relevância das intervenções de enfermagem identificadas, para as sessões de PPP, foi validada por um grupo de peritos, dado considerar-se que homogeneizar e aferir a linguagem, melhora a comunicação entre os profissionais e aumenta a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes. Nesse sentido, realizou-se um estudo de consenso, descritivo e de cariz quantitativo. A técnica de Delphi foi a escolhida para a efetivação desta pesquisa, pois permitiu que um grupo de peritos na área em estudo, dessa resposta a esta questão, através de um processo de comunicação devidamente estruturado. No decorrer de duas rondas, validaram-se 50 intervenções de enfermagem, 10 como atividades de diagnóstico.

Com base nos resultados obtidos desenvolveu-se o programa “Construir a Confiança para o Parto” que teve como bases teóricas, a teoria de autoeficácia de Bandura, o modelo de promoção de saúde de Nola Pender e a filosofia Lamaze.

A confiança é um dos fatores essenciais à forma como a mulher lida com o trabalho de parto (Lowe, 1989; Slade et. al., 2000; Salomonsson, 2013), partindo-se do pressuposto que seria possível melhorar os níveis de autoeficácia durante a PPP,

considerou-se que a teoria da autoeficácia era adequada para nortear o desenvolvimento do programa. Desta forma, no seu planeamento integraram-se os determinantes de autoeficácia, incluídos em quatro intervenções principais: educação para a saúde, para preparar e motivar as intervenientes a serem participantes ativas no trabalho de parto; instrução e treino de estratégias para lidar com o trabalho de parto, com o objetivo de ajudar as participantes a controlarem os estados somáticos e emocionais durante o trabalho de parto; projeção de um filme mostrando parturientes a perseverar no controlo da dor de trabalho de parto através da utilização das estratégias ensinadas; e incentivo positivo, com o objetivo de fomentar a confiança da mulher na sua capacidade para lidar com o trabalho de parto.

O modelo de promoção de saúde de Nola Pender inclui a crença de autoeficácia como um dos seus conceitos centrais e tem como objetivo ajudar os enfermeiros a compreenderem que os comportamentos, com potencial para influenciar negativa ou positivamente a saúde, devem ser a base para o aconselhamento em saúde. Considera que a pessoa é capaz de resolver problemas, tomar decisões e que tem potencial para mudar comportamentos, características individuais e experiências de vida que moldam as suas atitudes, incluindo as relacionadas com a saúde. Atenta que o ambiente pode ser manipulado pelo sujeito, por forma a gerar contextos mais positivos e facilitadores dos comportamentos de saúde (Pender, 2011). Tendo por base estes pressupostos e, considerando que a preparação para o parto pode ser enquadrada no âmbito da educação para a saúde - porque é uma intervenção de enfermagem que tem como objetivo empoderar a grávida/casal, através do desenvolvimento de conhecimentos, capacidades, e autoeficácia, para a tomada de decisão responsável e autónoma -, entendeu-se que este modelo seria um importante suporte teórico para o desenvolvimento do programa. Desta forma, este centrou-se numa abordagem comportamental e cognitiva, com recurso a técnicas respiratórias, de relaxamento, de reestruturação cognitiva e de confronto. E, ainda, numa abordagem educacional e de empoderamento.

A opção pela filosofia Lamaze sucedeu pelo facto da investigadora se identificar com as suas orientações, que vão no sentido de promover, apoiar e proteger o parto natural, saudável e seguro.

Tendo como objetivos que cada mulher tenha confiança e liberdade para encontrar conforto durante o trabalho de parto, e possua apoio familiar e de profissionais de saúde que acreditem que ela tem capacidade para parir, o programa foi delineado no sentido de reconhecer os conhecimentos e capacidades da mulher

para se tornar ativa no trabalho de parto, utilizando uma metodologia ativa, centrada nela.

O programa CCpP foi elaborado de forma a abranger mulheres grávidas com 28 ou mais semanas de gestação e com 20 ou mais anos de idade. A exclusão de adolescentes deveu-se ao facto de, como referem McMillan, Barlow e Redshaw (2009), estas preferirem frequentar aulas com grupos de pares, em vez de grupos com mulheres mais velhas, e à consciência de que a preparação da adolescente para o parto deve ser planeada de acordo com as necessidades específicas deste grupo populacional.

Os enfermeiros de saúde materna e obstétrica, por forma a orientarem a sua prática, não só de acordo com a evidência científica, mas também com as necessidades das mulheres, antes de iniciarem as sessões de preparação para o parto precisam conhecer o grupo alvo para planearem intervenções de enfermagem eficazes, que respondam às necessidades das mulheres e que tragam ganhos em saúde. Assim, antes da implementação do programa e com a finalidade de conhecer as expectativas e preferências das grávidas relativas ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à sua confiança para lidarem com o trabalho de parto, realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de cariz misto. Para a sua concretização aplicaram-se quatro instrumentos de recolha de dados: uma entrevista semiestruturada, duas escalas de avaliação (medo e ansiedade) e um questionário, numa amostra de 246 grávidas, que mostraram interesse em assistir às sessões de preparação para o parto na instituição onde decorreu a investigação.

Face aos resultados obtidos concluiu-se que as grávidas desejavam ter um parto por via vaginal, com o apoio do marido/companheiro, e esperavam que o seu trabalho de parto decorresse sem intercorrências e da forma mais rápida e menos dolorosa possível. Consideravam a dor de trabalho de parto natural, difícil de suportar, altamente geradora de ansiedade e de sofrimento, inevitável, necessária e gratificante. Algumas intervenientes achavam que a dor de trabalho de parto era necessária para a concretização do papel maternal. As estratégias de *coping* que as mulheres com experiência de dor aguda ou crónica habitualmente utilizavam para a sua gestão, eram a distração, os pensamentos positivos, o relaxamento, o isolamento, o repouso e a medicação.

A maioria tinha medo e estava ansiosa com o trabalho de parto, havendo uma percentagem significativa de mulheres que tinha muito medo e estava muito ansiosa. As causas de medo mais relatadas relacionavam-se com as complicações que poderiam surgir durante o trabalho de parto, com a perda de autocontrolo e com os

danos físicos. O medo de morrer foi outra das causas que emergiu. No que diz respeito ao feto/recém-nascido, as principais causas de medo reportadas eram concernentes com preocupações respeitantes à sua saúde e bem-estar.

As grávidas inquiridas consideravam ter conhecimento sobre trabalho de parto, sinais e sintomas de início do trabalho de parto, analgesia epidural e vinculação. Reconheciam não ter conhecimento sobre anatomofisiologia do trabalho de parto, competência da mulher para parir, complicações que podem surgir no decurso do trabalho de parto e sobre métodos não-farmacológicos de alívio da dor.

Esperavam que a participação nas sessões de preparação para o parto lhes permitisse adquirir conhecimentos, capacidades e autoeficácia para lidar com o trabalho de parto. Tinham uma elevada expectativa de resultado e de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto.

Foi importante conhecer a forma como as grávidas antecipam a dor de trabalho de parto e o significado que lhe atribuem, quais as estratégias de *coping* que habitualmente utilizam na gestão da dor, aguda ou crónica, e as características individuais que podiam influenciar o seu uso durante o trabalho de parto, pois permitiu adaptar as intervenções planeadas às necessidades específicas das mulheres, e dessa forma prepará-las melhor para a gestão da dor de trabalho de parto. As intervenções desenvolvidas com este objetivo centraram-se na informação sobre o conceito de dor de trabalho de parto, a forma como esta evolui, a sua limitação no tempo, a sua importância para o desenrolar do trabalho de parto e sobre as sensações que a mulher poderia ter durante o trabalho de parto. E, no treino de técnicas comportamentais e cognitivas, como o relaxamento, o movimento, a distração, a imaginação dirigida e a autodeclaração.

Reconhecendo-se que as estratégias de *coping* que se desenvolvem com base em experiências anteriores de dor, e que se revelam eficazes, têm maior hipótese de serem mais vezes e mais facilmente usadas no trabalho de parto, e que as parturientes gerem melhor a dor se tiverem treinado estratégias que coincidam com as suas preferidas (Niven & Gijbers, 1996; Escott et al., 2004), as grávidas com experiência anterior de dor foram estimuladas a identificar e a utilizar as estratégias que usavam em situação de dor e que consideravam eficazes.

Identificar precocemente as mulheres com muito medo do trabalho de parto é crucial, pois só assim se poderão planear intervenções eficazes. Considerou-se preocupante o elevado grau de medo e de ansiedade relacionados com o trabalho de parto, identificados nas participantes, pois podem provocar stresse emocional e pôr em causa a sua saúde mental e o seu bem-estar e, se não forem tratados,

provocar um trabalho de parto prolongado e risco de cesariana, bem como o evitamento futuro da gravidez, tal como referem diferentes autores (Waldenström et al., 2006; Hildingsson, 2008; Rouhe et al., 2008; Fenwick et al., 2009; Salomonsson et al., 2013).

Foi, da mesma forma, importante identificar o conhecimento prévio das grávidas sobre o processo de parto, pois permitiu adaptar o conteúdo e o tipo de informação a transmitir nas sessões. No planeamento de ações de educação para a saúde, os ESMO necessitam ter em conta o conhecimento da grávida/casal e perceber quais as suas necessidades e crenças, de forma a oferecer uma preparação para o parto de qualidade.

As expetativas de resultado e de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto foram estudadas separadamente, como sugerido por Lowe (1993). Concluiu-se que as grávidas apresentavam uma elevada expetativa de resultado e de autoeficácia. Este resultado pode ser explicado pelo facto da maioria das participantes do estudo ter expetativas realistas para o trabalho de parto, apresentar-se motivada para a frequência da PPP e procurar conhecimento e aquisição de competências para lidar com o trabalho de parto, o que, de acordo com Berentson-Shaw e col. (2009), é compatível com altas expetativas de resultado e de autoeficácia.

A implementação do programa CCpP decorreu no serviço de consulta de obstetrícia de uma instituição da zona norte do país, num grupo de 66 grávidas.

A escolha por recolher dados numa instituição hospitalar esteve relacionada com o tipo de estudo que se ia realizar. Um estudo experimental em enfermagem é complicado. As pessoas são seres multidimensionais cujo comportamento é influenciado por múltiplos fatores, o que condiciona o controlo necessário de todas as variáveis que podem afetar uma experiência. Relativamente à experiência e satisfação com o parto, uma das variáveis que mais afeta a sua perceção é o ambiente onde decorre o parto, tanto no que diz respeito à estrutura física do serviço, como ao apoio prestado pelos profissionais de saúde. Por essa razão, no sentido de se controlar o efeito desta variável, optou-se por recolher os dados unicamente numa instituição. O ambiente, os profissionais de saúde e a filosofia de cuidados no local onde a mulher teria o seu filho foram, assim, os mesmos para todas as participantes do estudo, ou seja, do grupo experimental e do grupo controlo. Outra das razões teve a ver com a circunstância de esta instituição ser uma das maiores da região norte, ser uma organização de apoio perinatal diferenciado e abranger uma população de cerca de três milhões de pessoas.

Como planeado, efetuaram-se duas sessões teóricas, quatro teórico-práticas, uma visita ao bloco de partos e um contacto individual entre a enfermeira especialista e a grávida/casal. Cada sessão teve a duração de 90 minutos e uma frequência semanal, decorrendo ao longo de aproximadamente dois meses, num total de doze horas. O tipo, o número, a duração e a frequência das sessões foram adequados para a concretização do programa CCpP.

No percurso para a elaboração do programa, além de se organizarem sessões em grupo foram, também, planeados contactos individuais, para além daquele realizado no início do programa, pois considerava-se ser importante, propiciar momentos com a mulher/casal que permitissem a discussão de crenças e medos sobre o trabalho de parto. No entanto, quando se implementou o programa, rapidamente se verificou que as participantes preferiam as sessões em grupo, pois mencionavam sentir que a partilha de experiências com outras grávidas e a discussão em grupo eram mais úteis. Este facto implicou que outros contactos individuais só fossem combinados quando eram detetadas necessidades especiais, ou quando a mulher/casal o solicitava.

Iniciou-se a implementação do programa ao grupo experimental na semana seguinte à inscrição das grávidas na PPP. O grupo controlo, constituído por 55 grávidas, principiou as sessões de preparação para o parto de acordo com a calendarização instituída pelo serviço e com o programa habitual.

Por forma a promover a tomada de decisão, a comunicação com os profissionais de saúde e o sentido de controlo, as grávidas/casais foram incentivadas a realizar um plano de parto que espelhasse as suas necessidades e preferências para o trabalho de parto e que os ajudasse a sentirem-se seguros e, ao mesmo tempo, possibilitasse uma vivência mais positiva do parto. Para a sua concretização foi-lhes oferecida uma embalagem com 38 frases que se configuravam como propostas úteis à construção do plano de parto. Esta estratégia permitiu que, em casa, a grávida e o companheiro refletissem e discutissem sobre a importância que cada frase sugerida tinha para cada um deles, e se a deviam incluir ou não no seu plano de parto. O objetivo era que na última sessão do programa, a grávida/casal tivesse elaborado um plano devidamente refletido e discutido. No decurso das sessões, o plano de parto era discutido pela equipa de investigação com as grávidas.

O plano de parto é um documento preparado pela mulher durante a gravidez, que elucida sobre as suas preferências na gestão do trabalho de parto, pelo que se considera que todos os profissionais de saúde devem fomentar esta prática, pois dessa forma ficam mais próximos de dar resposta aos desejos e necessidades das

mulheres, levando a uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados. Esta intervenção é recomendada pela OMS (2006) como um dos componentes fundamentais dos cuidados pré-natais.

A necessidade da sua implementação no programa surgiu no sentido de: ajudar as mulheres a evitarem as intervenções de rotina a que frequentemente estão sujeitas em ambiente hospitalar; apresentar-se como uma intervenção útil para a promoção da comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde; facilitar a reflexão sobre os elementos stressantes do trabalho de parto, ajudando a mulher/casal a lidar com o medo e a ansiedade inerentes ao parto; e ainda para incentivar a participação ativa da mulher no trabalho de parto. A maioria das participantes referiu ter sido uma estratégia útil, e mostrou-se entusiasmada com a sua elaboração, referindo que incentivou o casal a dialogar sobre o trabalho de parto, a refletir sobre crenças, medos e desejos, e a discutir sobre sentimentos e preocupações acerca do mesmo, começando o plano de parto por ser uma lista de itens e acabando numa exposição de necessidades e anseios sobre as expectativas com o trabalho de parto.

Apesar destes resultados positivos, só 27,3% das participantes entregaram o plano de parto, quando foram admitidas no bloco de partos. A razão mais alegada para não o entregarem foi o esquecimento. No entanto, pensa-se que esta não será a única razão. Nos últimos anos, cada vez mais mulheres apresentam planos de parto nas instituições onde vão ter os seus filhos, planos que frequentemente são rígidos, irrealistas, não mais que uma lista de itens de intervenções médicas. Este facto leva a que os profissionais de saúde, que trabalham no bloco de partos, sejam relutantes com esta prática, pois tendem a ver estas mulheres como difíceis e exigentes, o que não melhora a comunicação, e origina um ambiente não facilitador da sua implementação.

Com o programa CCpP foi possível aumentar, de forma significativa, as expectativas de resultado e de autoeficácia ao longo do tempo, mantendo-se este efeito mesmo após o parto. Tal como corroborado por Howharn (2008), concluiu-se que a informação veiculada e a prática de técnicas comportamentais e cognitivas para lidar com o trabalho de parto aumentaram as expectativas de resultado da grávida. Os resultados, também indicam que a prática de técnicas não farmacológicas para alívio da dor de trabalho de parto, a construção do plano de parto, a partilha de experiências e a visita ao bloco de partos, aumentaram as expectativas de autoeficácia das mulheres, persuadindo-as sobre a sua capacidade para efetuar tarefas relacionadas com o trabalho de parto. A informação veiculada

sobre o processo de parto aumentou as expectativas de autoeficácia, pois concorreu para a diminuição do medo relacionado com o parto e para uma menor percepção dos estados físico e emocional, através do aumento do autocontrolo.

Apesar do incremento nos níveis das expectativas de resultado e de autoeficácia, os resultados obtidos não permitiram que se comprovasse que as grávidas que completaram o programa CCpP apresentavam um nível de autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente superior ao das grávidas que assistiram às sessões *standard*. O mesmo resultado verificou-se no pós-parto, onde apesar de se ter comprovado um aumento das expectativas de resultado e de autoeficácia no grupo experimental, não foi visível uma diferença significativa entre eles. Considera-se que este resultado pode ser devido ao facto das participantes do grupo controlo apresentarem, à partida, expectativas de autoeficácia significativamente mais elevadas do que as do grupo experimental, o que não permite, com base segura, inferir se os resultados se devem às diferenças entre os grupos ou à intervenção propriamente dita.

No entanto, apesar de não se poder avaliar o tamanho do efeito do programa CCpP na autoeficácia, considera-se que este produziu resultados na promoção da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, pois após a intervenção e no *follow-up*, os grupos tornaram-se homogéneos, no que se refere a esta variável.

A avaliação do impacto do programa CCpP na experiência e satisfação com o parto foi efetuada com recurso ao QESP. No que diz respeito à experiência e satisfação com o parto, apesar de não se terem verificado diferenças significativas entre os grupos, as participantes do grupo experimental tiveram uma experiência e satisfação com o parto, em média, superior às do grupo controlo.

As mulheres que integravam o grupo experimental consideraram, em média, que as condições e os cuidados prestados pela instituição eram melhores, experienciaram menos emoções negativas e sentiram, durante o trabalho de parto e parto, menos preocupações com a sua saúde e a do feto/recém-nascido do que as do grupo controlo. Por outro lado, as participantes do grupo controlo sentiram ter mais apoio, das pessoas significativas e do companheiro, durante o trabalho de parto e o parto, e tiveram uma vivência mais positiva no pós-parto. Não se comprovou haver diferenças significativas entre grupos no que diz respeito a estas dimensões. Estes resultados permitem inferir que, apesar do programa CCpP ter tido uma influência positiva na experiência e satisfação com o parto, também as sessões disponibilizadas pelo serviço a têm, o que está de acordo com os estudos de outros investigadores, que indicam haver evidência científica que a frequência da PPP está associada a

altos níveis de satisfação com a experiência de parto. No entanto, apurou-se que, no que concerne à experiência positiva, o programa CCpP teve um impacto significativamente diferente, pois as mulheres do grupo experimental experienciaram mais sentimentos positivos do que as do grupo controlo. Estes resultados podem explicar-se pelo facto de, durante as sessões do programa, se terem treinado tanto técnicas comportamentais, como cognitivas, ajudando as participantes a consciencializarem-se de que eram capazes de efetuar as tarefas relacionadas com o parto, e a sentirem-se em controlo, o que contribuiu não só para a satisfação com a experiência de parto, mas também para sentimentos de realização e bem-estar.

Não foi possível concluir que o programa tenha tido influência no tipo de parto e nos pedidos de analgesia epidural, contudo verificou-se haver uma maior percentagem de mulheres, no grupo experimental, que tiveram parto sem analgesia epidural, o que sugere que o aumento dos níveis de autoeficácia e, as atividades realizadas no âmbito do programa no sentido de empoderar a mulher, podem ter tido um efeito positivo nesta variável. Considera-se necessário efetuar mais pesquisa para se perceber o impacto desse efeito e a influência das atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre a decisão de se realizar o parto sem analgesia epidural.

Os profissionais de saúde que trabalham no bloco de partos têm diferentes visões sobre a preparação para o parto, podendo isso influenciar a sua atitude perante estas mulheres. Alguns terão comportamentos que vão no sentido de incentivar que a mulher utilize as estratégias aprendidas para se tornar mais ativa durante o trabalho de parto, valorizando a sua capacidade e a sua autoeficácia, outros terão atitudes que irão reprimir os efeitos produzidos pela PPP, dissuadindo a parturiente de aplicar o seu plano de parto e induzindo o uso de analgesia epidural. Pensa-se que o programa CCpP produziria efeitos mais positivos se a mulher pudesse ter o seu filho em ambientes promotores da sua autonomia, em que toda a equipa que a cuida tivesse a mesma filosofia de cuidados, e principalmente que respeitasse os seus sentimentos, escolhas e preferências, considerando-se que desrespeitar estas escolhas é uma violação dos direitos humanos básicos das mulheres.

Os ESMO para poderem providenciar cuidados de qualidade às parturientes, facilitadores da sua participação ativa e promotores de uma melhor experiência e satisfação com o parto, deveriam ser em número suficiente, de forma a prover cuidados *one-to-one*. A importância do apoio contínuo durante o trabalho de parto, providenciado por um profissional competente, foi provada por vários estudos efetuados ao longo dos anos, mas só se pode concretizar se nos serviços existirem

profissionais em número suficiente e com motivação para prestarem cuidados centrados na mulher.

A maioria das participantes dos dois grupos referiu que o trabalho de parto e o parto decorreram de acordo com as suas expectativas, tanto no que diz respeito à forma, como ao tempo de duração e à dor sentida. Verificou-se que as mulheres do grupo experimental consideraram, de forma mais significativa do que as do grupo controlo, que o parto decorreu da forma e no tempo que esperavam. Estes resultados indicam que o programa CCpP permitiu a obtenção de um conhecimento adequado sobre o processo de parto, e que teve um efeito benéfico na formulação das expectativas das mulheres. Apesar disso, um número inquietante de puérperas considerou que o trabalho de parto e o parto não correspondeu às suas expectativas sendo pior ou muito pior do que idealizavam. Considera-se este resultado importante, pois levanta a questão: serão as intervenções planeadas suficientes para ajudar a mulher a formular expectativas realistas para o trabalho de parto e parto? Apesar dos bons resultados encontrados, pensa-se que é necessário investir mais nesta área, planeando intervenções que respondam de forma ainda mais eficaz a esta questão.

Relativamente ao uso das técnicas respiratórias e de relaxamento e à perceção da sua eficácia, a maioria das puérperas do estudo utilizou as técnicas de relaxamento e respiratórias durante o trabalho de parto e o parto, considerando que foram bastante, ou muito úteis, para o seu relaxamento. Os resultados apontam no sentido de a PPP estar associada à utilização de estratégias de *coping* no trabalho de parto. Contudo, concluiu-se que o programa CCpP teve influência no uso destas estratégias, visto que as participantes do grupo experimental, não só usaram as técnicas aprendidas, como consideraram que elas lhes permitiram atingir um nível de relaxamento, no trabalho de parto e no parto, significativamente maior do que as do grupo controlo. O uso de estratégias de *coping* no trabalho de parto está associado a uma menor experiência de dor e a uma maior satisfação com a experiência, pelo que se considera ser importante que, além de se trabalhar esta temática com a mulher/casal durante as sessões de PPP, os profissionais de saúde, durante o trabalho de parto, apoiem e incentivem as parturientes a usarem as medidas de conforto e as técnicas cognitivas e comportamentais que treinaram nessas sessões. Seria pertinente efetuar o registo adequado da forma como as mulheres utilizam essas técnicas para o alívio da dor de trabalho de parto, pois isso ajudaria a perceber qual o impacto das estratégias na gestão dessa dor, quando é que as mulheres iniciam a sua utilização, qual o tipo de estratégias preferidas, e quais os constrangimentos à sua utilização, constituindo-se, assim, contributos para a

investigação. Para isso, pensa-se ser necessário que os ESMO tenham conhecimentos e habilidades que lhes permitam apoiar a mulher que decide ter um parto sem intervenção farmacológica, ou que pretendem que esta intervenção se verifique o mais tardiamente possível.

O programa foi, igualmente, relevante na perceção de controlo no trabalho de parto e parto, tendo as participantes do grupo experimental sentido maior capacidade de autocontrolo do que as do grupo controlo. Pensa-se que o facto de as mulheres do grupo experimental terem experienciado mais sentimentos positivos durante o trabalho de parto, influenciou a sua perceção de autocontrolo.

A capacidade para sentir autocontrolo durante o trabalho de parto e parto foi nula ou reduzida para um número importante de mulheres. Estes resultados, apesar de serem mais baixos que os referidos por outros investigadores, continuam a ser preocupantes porque, como já mencionado, a falta de controlo percebida é um forte preditor de uma experiência negativa de parto.

Conclui-se que a maioria das participantes sentiu medo durante o trabalho de parto e o parto, sentindo significativamente mais medo as mulheres do grupo controlo. De relevar que no trabalho de parto nenhuma mulher referiu ter muito medo. As mulheres que integravam os dois grupos e que durante a gravidez anteciparam um maior nível de medo do parto, não reportaram, de forma significativa, ter tido mais medo durante o parto, o que sugere que a PPP teve um efeito positivo na diminuição do medo do parto, pela promoção de maiores níveis de expectativas de autoeficácia. O programa implementado teve, no entanto, um efeito mais positivo que o programa *standard* nesta variável, provavelmente devido ao facto de se terem encorajado as mulheres, que reportavam mais medo do parto, a verbalizarem os seus sentimentos e preocupações acerca do mesmo, e de se ter utilizado a informação e a técnica de reestruturação cognitiva para induzir, nas grávidas, sentimentos mais positivos sobre o processo de parto.

A maioria das mulheres dos dois grupos em estudo lembra-se do trabalho de parto e do parto como eventos dolorosos. No entanto, considera-se que o programa CCpP teve um impacto mais positivo sobre esta variável do que o programa *standard*, pois embora não se tenha confirmado haver diferença estatisticamente significativa entre grupos, a percentagem de participantes que recordava o trabalho de parto como doloroso era menor no grupo experimental, podendo o facto de se ter discutido com as grávidas as funções fisiológicas da dor, ajudando-as a ver a dor de trabalho de parto como um efeito positivo, e não como um infeliz e negativo efeito secundário do trabalho de parto, ter influenciado este resultado

A intensidade de dor no parto reportada pelas mulheres do grupo experimental foi superior à referida pelo grupo controlo podendo o caso dever-se à maior percentagem de mulheres que tiveram um parto sem analgesia epidural, e à maior percentagem de partos instrumentados e por cesariana, pois este tipo de partos está normalmente associado a maior perceção de dor, ou a maior traumatismo. Apesar da dor reportada, a maioria das participantes dos dois grupos estava satisfeita com a intensidade de dor sentida, tanto no trabalho de parto, como no parto. Verificou-se que as participantes do grupo experimental mencionaram estar mais satisfeitas com a intensidade de dor sentida no trabalho de parto e no parto do que as mulheres do grupo controlo, pelo que se pode inferir que o programa teve uma influência positiva sobre este aspeto.

A maioria das participantes utilizou a analgesia epidural como método farmacológico para alívio da dor. Apesar disso, percecionaram o trabalho de parto e o parto como dolorosos, havendo mesmo uma pequena percentagem (5,2% no trabalho de parto e 2,6% no parto) que recordava a dor como a “pior jamais imaginável”. Embora estes resultados se encontrem em consonância com os de outros investigadores, que apuraram que nenhuma participante submetida a analgesia epidural relatou como completamente eficaz o alívio de dor durante o trabalho de parto e parto (MacLean et al., 2000). Os autores sugerem algumas questões às quais se considera ser importante responder em investigações futuras, nomeadamente: o que leva estas parturientes a percecionarem o parto como muito doloroso? Como se poderão tornar as intervenções de enfermagem, relacionadas com a gestão da dor de trabalho de parto, mais eficazes, para elas? Será que o ambiente onde se desenrola o trabalho de parto influencia a perceção de dor destas mulheres? Será que é a falta de apoio dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto que influencia a sua perceção de dor? Será que o programa CCpP aumenta as expectativas imediatas para o controlo da dor?

Relativamente às limitações metodológicas do estudo, considera-se que a extrapolação dos resultados deve ser efetuada com cuidado, pois os resultados obtidos podem não ser representativos para populações inseridas noutros contextos devido ao facto de se ter optado por recolher dados numa única instituição. Pelo que, se sugere a realização de investigação em que a replicação do programa CCpP seja efetuada em outras situações, como por exemplo, nos cuidados de saúde primários, em clínicas privadas e, ainda, em outras regiões do país.

O facto de a amostra não ser aleatória remete, também, para a necessidade de se efetuarem futuros estudos que incluam esta opção, por forma a poder-se generalizar, com maior segurança, os resultados para a população.

Apesar destas limitações, considera-se que a investigação permitiu obter resultados que são significativos para a população estudada e que têm implicações para a prática de enfermagem.

Os resultados obtidos nos diferentes estudos permitem ao enfermeiro de saúde materna e obstétrica conhecer a importância da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, as intervenções adequadas à sua promoção, as expectativas e preferências das grávidas relativamente ao trabalho de parto, à preparação para o parto e à sua confiança para lidar com o trabalho de parto. Este conhecimento pode auxiliá-los a planear intervenções de preparação para o parto mais eficazes, com mais qualidade e que contribuam efetivamente para a obtenção de ganhos em saúde.

A PPP é uma intervenção de educação para a saúde, pelo que deve desenvolver conhecimentos, capacidades e autoeficácia nas mulheres, para que cada mulher tenha confiança em si, tenha liberdade para encontrar conforto durante o trabalho de parto e acredite na sua capacidade para parir. O programa CCpP mostrou ser eficaz no aumento das expectativas de resultado e de autoeficácia, e na promoção de uma experiência e satisfação com o parto mais positiva. Este resultado pode contribuir para a mudança da PPP, levando os enfermeiros de saúde materna e obstétrica à reestruturação desta intervenção, no sentido da promoção da autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto, e da obtenção de uma maior satisfação com a experiência de parto.

Na área pedagógica, este programa pode ser utilizado para orientar os estudantes para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que incorporem o conceito de autoeficácia e para a realização de investigação que permita identificar estratégias para a aumentar, visto os resultados deste estudo apoiarem a aplicação da teoria da autoeficácia ao *coping* materno no trabalho de parto.

O programa CCpP teve como pontos fortes o facto de ter sido elaborado a partir, não só de uma base teórica, mas também do conhecimento que resultou das entrevistas efetuadas às mulheres, tornando-as, por isso, participantes ativas no seu desenvolvimento.

O facto de as intervenções de enfermagem terem sido validadas por peritos na área em estudo, foi outro ponto forte, pois ao uniformizar-se a linguagem, está-se a potencializar, não só uma prática de cuidados de qualidade e a obtenção de

maiores ganhos em saúde, mas também a promover a investigação na área científica de enfermagem.

Para além disso, ter sido implementado e a sua eficácia e impacte avaliados não só no grupo experimental, como também num grupo controlo, permitiu uma melhor discriminação dos resultados.

Outro ponto forte desta investigação deve-se aos instrumentos de medida utilizados, pois tanto o QAETP como o QESP são instrumentos fiáveis e válidos, já utilizados por diversos autores (nacionais e estrangeiros) em diferentes populações.

Por fim, pode-se concluir que o programa foi eficaz na promoção da autoeficácia para lidar com o parto, e que este é um construto que vale a pena investigar e aplicar na preparação para o parto, pois traz benefícios para a mulher, já que a ajuda a experienciar mais sentimentos positivos durante o trabalho de parto e a referenciar uma maior satisfação com a experiência de parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. A., Pergher, A. K., & Canto, D. F. (2010). Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (1), 116-123

Areskog, B., Uddenber, N., & Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic Obstetric Investigation*, 12 (5), 262-266

Arnstein, P. (2000). The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 22, 794-801

Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A., & Payo, J. (2010). The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*, 59 (3), 194-202. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbbb4e

Aston, M., Saulnier, C., & Robb, K. (2010). Not Just Another Delivery: Women's Maternity Care Experiences of Provider Client Relationships. *Women's Health & Urban Life*, 9 (1), 32-49. Retirado de <http://hdl.handle.net/1807/24420>

Ayers, S., & Pickering, A. (2005). Women's expectations and experience of birth. *Psychology and Health*, 20 (1), 79-92

Bäck-Pettersson, S., Hermansson, E., Sernert, N., & Björkelund, C. (2008). Research priorities in nursing – a Delphi study among Swedish nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 2221-2231. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02083.x

Bahl, R., Strachan, B., & Murphy, D. J. (2004). Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: cohort study. *British Medical Journal*, 328, pp. 311-315. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.37942.546076.44>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215

Bandura, A. (1981). Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Favel, & L. Ross (Eds.), *Social cognitive development: Frontiers and possible futures* (pp. 200-239). New York: Cambridge University Press

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184

Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2), 117-148

Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura, *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 1-45). New York: Cambridge University Press

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26

Bandura, A. (2008a). *Ability or Capability: The difference is important*. Retirado de <http://www.des.emory.edu/mfp/abilityCapability.html>

Bandura, A. (2008b). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: Uma visão geral. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro (Eds.), *Teoria cognitiva: Conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed

Baptista, M. N., Santos, K. M., & Dias, R. R. (2006). Autoeficácia, locus controlo e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 24 (44), 27-36

Barbosa, G.P., Giffin, K., Angulo-Tuesta, A., Gama, A.S., Chor, D., D'Orsi, E., & Reis, A.C. (2003). Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (6), 1611-1620. doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70, Lda

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press

Baron, R.S., Logan, H., & Hoppe, S. (1993). Emotional and sensory focus as mediators of dental pain among patients differing in desired and felt control. *Health Psychology, 12*, 381–389

Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res., 50* (5), 275-285

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto

Berentson-Shaw, J., Scott, K., & Jose, P. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27* (4), pp. 357-373. doi:10.1080/02646830903190888

Bergstrom, L., Richards, L., Proctor, A., Morse, J., & Roberts, J. (2009). Birth talk in second stage labour. *Qualitative Health Research, 19* (7), 954-64

Bergstrom, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus antenatal education on epidural rates, experiences of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicenter trial. *BJOG, 116* (9), pp. 1167-1176. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x.

Bishop, S. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic Medicine, 64*, 71-84

Blyth, F.M., March, L.M., Nicholas, M.K. & Cousins, M.J. (2005). Self-management of chronic pain: A population-based study. *Pain, 113*, 285-292. DOI: 10.1016/j.pain.2004.12.004

Bogdan, R., Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos* (2ª ed.). Porto: Porto Editora

Boruchovitch, E., & Bzuneck, J. A. (2004). A Motivação do Aluno: Contribuições da *Psicologia Contemporânea* (3ª ed.). Petrópolis: Vozes Ltd

Bradley, R. (2008). *Husband coached childbirth*. New York: Pergamum

Brites, R., & Nunes, O. (2010). Uma nova escala de auto-eficácia parental. Estudos sobre validação. *Actas do VII simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho

Bruehl, S., & Chung, O. Y. (2004). Psychological interventions for acute pain. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.), *Pain. Psychological perspectives* (pp. 245-270). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Brüggemann, O.M., Parpinelli, M.A., Osis, M.J.D., Cecatti, J.G., & Neto, A.S.C. (2007). Support to woman by companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 4 (5), 1-7. doi:10.1186/1742-4755-4-5

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *NIC Classificação das intervenções de enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier

Burneo, J. (2006). An evaluation of the quality of epilepsy education on the Canadian World Wide Web. *Epilepsy & Behavior* 8 (1), 299-302. doi:10.1016/j.yebeh.2005.09.008

Bzuneck, J. A. (2001). As Crenças de Autoeficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno. In E. Boruchovitch, & J. A. Bzuneck (Eds.), *A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea* (pp. 116-133). Petrópolis: Vozes

Campos, D.A., Furtado, J.M., Carrapato, R., Cunha, E., & Conceição, M.F. (2010). *Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região Norte de Portugal*. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS NORTE, I.P.

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), pp. 184-195

Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J., & Alvarez, H. (2006). *Music for pain relief*. Cochrane Database Syst Rev: CD004843

Collins, L.M, & Sayer, A.G. (Eds). (2001). *New methods for the analysis of change*. Washington: American Psychological Association

Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, Á. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 49-66

Correia, S., Nascimento, C., Gouveia, R., Martins, S., Sandes, A. R., Figueira, J., ... Silva, L. (2007). Gravidez e Tabagismo. Uma Oportunidade para Mudar Comportamentos. *Acta Med Portuguesa*, 20, 201-207. Retirado de <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/858/532>

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 47-67

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 159-187

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2005). Questionário de antecipação do parto (QAP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 38, 265-295. <http://hdl.handle.net/1822/4641>

Couto, G. R. (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência

Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (2), 190-198. doi.org/10.1590/ S0104-11692006000200007

Crowe, K., & Baeyer, C. von (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16 (2), 59-63

Cunqueiro, M. J., Comeche, M. I., & Docampo, Domingo (2009). Childbirth Self-Efficacy Inventory: psychometric testing of the Spanish version. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (12), 2710–2718. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05161.x

Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: Um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2 (4), 01-13

Dalkey, N. (1969). The Delphi method: an experimental study of group opinion. *Rand Corporation*. Retirado de http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/RM5888/RM5888.pdf

Davim, R. M., Torres, G. V., & Dantas, J. C. (2008). Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Revista Electrónica de Enfermagem [Em linha]*, 10 (1), 100-109. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a09.htm>

Day, J., & Bobeva, M. (2005). A Generic Toolkit for the Successful Management of Delphi Studies. *The Electronic Journal of Business Research Methodology*, 3 (2), 103-116

Dias, A. C., & Teixeira, M. A. (2010). Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paideia*, 20 (45), 123-131

Dilks, F. M., & Beal, J. A. (1997). Role of self-efficacy in birth choice. *J Perinat Neonat Nurs*, 11 (1), 1-9

Direcção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS. Retirado de www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/pncdor-ra2010-jan-a-jul-pdf.aspx

Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 3.3 Eixo estratégico - qualidade em saúde*. Retirado de [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024 -
Qualidade em Sa%C3%BAde 2013-01-17 .pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf)

Dobrąnszky, I. A., & Machado, A. A. (2001). Autoeficácia: um estudo de sua contribuição para a avaliação de desempenho de atletas. *Psico USF*, 6 (2), 67-74

Domingues, R. M., Santos, E. M., & Leal, M. C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (Supl. 1), S52-S62. doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006

Driessnack, M., Sousa, V., & Mendes, I. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem, parte 3: Métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (5), 179-182

Drummond, J., & Rickwood, D. (1997). Childbirth confidence: validating the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian Sample. *Journal of Advanced Nursing*, 26, pp. 613-622

Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *J Child Fam Stud*. Apr, 19 (2), pp. 190-202. doi:10.1007/s10826-009-9313-7

Dzurec, L. C., & Abraham, I. L. (1993). The nature of inquiry: Linking quantitative and qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 16 (1), 73-79

Eappen, S., & Robbins, D. (2002). Nonpharmacological means of pain relief for labor and delivery. *Int Anesthesiol Clin.*, 40 (4), 103-14

England, P., & Horowitz, R. (2000). The birthing from within holistic sphere: A conceptual model for childbirth education. *J Perinat Educ. Spring*, 9 (2), pp. 1-7. doi:10.1624/105812400X87590

Escott, D., Slade, P., & Spiby, H. (2009). Preparation for pain management during childbirth: The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clinical Psychology Review*, 29 (7), 617-622

Escott, D., Spiby, H., Slade, P., & Fraser, R. B. (2004). The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety. *Midwifery*, 20 (2), 144–156. doi:10.1016/j.midw.2003.11.001

Fabian, H., Rådestad, I., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, 436–443. doi:10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x

Fachin, O. (2006). *Fundamentos de metodologia* (5ª ed.). São Paulo: Saraiva

Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., ... Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 190. Retirado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-190.pdf>

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (5), pp. 667–677. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x.

Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., & Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21 (1), 23-35

Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26, 394-400

FFMS (2014). Partos em estabelecimentos de saúde. PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Retirado de URL: [http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Servico+Nacional+de+Saude+\(SNS\)-39](http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Servico+Nacional+de+Saude+(SNS)-39)

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

Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M. & Brook, R. (1984). Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. September, 74 (9), pp. 979–983

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

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

Furtado, C. & Pereira, J. (2010). Análise Especializada sobre Acesso e Equidade aos Cuidados de Saúde. Lisboa: ENSP. Retirado de: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>

Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2011). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD002869. doi:10.1002/14651858.CD002869.pub2

Gamble, J. A., & Creedy, D. K. (2001). Women's preference for a caesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, 28 (2), 101-110

Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. (2004). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (2), 228-232. doi:10.1590/S0034-71672004000200019

Gau, Chang, Tian, & Lin, (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27, e293–e300. doi:10.1016/j.midw.2011.02.004

Geisser, M. E., Robinson, M. E., & Pickren, W. E. (1992). Differences in cognitive coping strategies among pain-sensitive and pain-tolerant individuals on the cold-pressor test. *Behavior Therapy*, 23, 31-41

Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17 (4), 302-313

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas

Gonzalez, B., & Ribeiro, J. P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 107-127

González-Pérez, J., & Pozo, M. J. (2003). *Psicología de la Educación para una Enseñanza Práctica*. Madrid: Editoral CCS

Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46, pp. 212-219

Green, J. M. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: Findings from a large prospective study. *Birth*, 20, 65-72

Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30 (4), 235-247. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x

Green, J. M., Coupland, V. A., Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth*, 17, 15-24

Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J.V. (1998). *Great expectations: a prospective study of women's expectations and experiences of childbirth* (2nd ed.). Cheshire: Books for Midwives Press

Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence*. Missouri: Saunders

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

Guerreiro, C. A. (2013). Propósito do artigo "Indicações para cesarianas num hospital terciário durante 7 anos". *Acta Med Port*, 26 (6), 630-632

Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27 (4), 560-567. doi:10.1016/j.midw.2010.05.004

Hardin, A. M., & Buckner, E. B. (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 13 (4), pp. 10-16. doi:10.1624/105812404x6180

Hart, M. A., & Foster, S. N. (1997). Couples' attitudes toward childbirth participation: Relationship to evaluation of labor and delivery. *J Perinat Neonat Nurs*, 11, pp.10-20

Harwood, K., McLean, N., & Durkin, K. (2007). First-time mothers' expectations of parenthood: What happens when optimistic expectations are not matched by later experiences? *Developmental Psychology*, 43 (1), 1-12. Doi: 10.1037/0012-1649.43.1.1

Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23 (3), 235-247. DOI: 10.1016/j.midw.2006.02.002

Heaman, M., Beaton, J., Gupton, A., & Sloan, J. (1992). A comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women. *Clinical Nursing Research*, 1 (3), 252-265

Heyneman, N. E., Fremouw, W. J., Gano, D., Kirkland, F., & Heiden, L. (1990). Individual differences and the effectiveness of different coping strategies for pain. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 63-77

Hildingsson, I. (2008). How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery*, 24, 46-54. doi:10.1016/j.midw.2006.07.007

Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., & Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*, 109 (6), pp. 618-623. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01393.x

Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo

Hodnett, E. D., Lowe, N. K., Hannah, M. E., Willan, A. R., Stevens, B., Weston, J. A., ... Stremler, R. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: A randomized controlled trial. *JAMA*, 288 (11), pp. 1373-1381

Hodnett, E., Downe, S., Edwards, N., & Walsh, D. (2005). Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000012. doi:10.1002/14651858.CD000012.pub2

Hofberg, K., & Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth (review). *Postgrad Med J*, 79, pp. 505-510

Hotimsky, S. N., & Alvarenga, A. T. (2002). A definição do acompanhante no parto: Uma questão ideológica? *Estudos Feministas*, 10, 46-481. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14971.pdf>

Howharn, C. (2008). *Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in thai primiparas*. University of Texas: USA

Hsu, C-C., & Sandford, B. (2007). The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12 (10), 1-8. Retirado de <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (1997). *Conceito de parto eutócico*. Retirado de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=2438&lang=PT>

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Retirado de <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine>

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas no feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011*. Lisboa: INE, I.P.

International Association for the Study of Pain (1994). Pain terms a current list with definitions and notes on usage. In H. Merskey, & N. Bogduk (Eds), *Classification of Chronic Pain* (pp. 207-213). Seattle: IASP Press

International Childbirth Educators Association (2013). *Philosophy*. Retirado de <http://www.icea.org/content/mission>

International Council of Nurses (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ip, W. Y., Chan, D., & Chien, W. T. (2005). Chinese version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (6), pp. 625-633

Ip, W.Y., Chien, W. T., & Chan, C. L. (2003). Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), pp. 151-158. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02598.x

Irvine, F. (2005). Exploring district nursing competencies in health promotion: the use of the Delphi technique. *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp. 965-975. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01193.x

Johnson, R., & Slade, P. (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG*, *109* (11), pp. 1213-1221

Johnson, R., & Slade, P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, *24* (1), 1–14

Jones, I. (1997). Mixing qualitative and quantitative methods in sports fan research. *The Qualitative Report [On-line serial]*, *3* (4). Retirado de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-4/jones.html>

Justo, C. (2005). A Técnica Delphi de Formação de Consensos. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Retirado de <http://www.observaport.org/node/162>

Kameda, Y., & Shimada, K. (2008). Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, *32* (1), pp. 39-48. Retirado de <http://hdl.handle.net/2297/10997>

Karlström, A., Nysted, A., Johansson, M., & Hildingsson, I. (2011). Behind the myth - few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery*, *27* (5), 620-627. doi:10.1016/j.midw.2010.05.005

Kasai, K.E., Nomura, R.M., Benute, G.R., de Lucia, M.C., & Zugaib, M. (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: A qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, *26* (3), 319-326. Doi: 10.1016/j.midw.2008.08.001

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, *38* (2), pp. 195-200. doi:10.1016/S0020-7489(00)00044-4

Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S., & Hinkley, C. (1991). Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, *265* (17), pp. 2197-2201. doi:10.1001/jama.1991.03460170051032

Klein, M., Sakala, C., Davis-Floyd, R., & Rooks, J. (2006). Why do women go along with this stuff? *Birth*, *33*, 245-250

Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S., & Handler, A. (2009). Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. *J Midwifery Womens Health*, *54* (1), pp. 27-34. doi:10.1016/j.jmwh.2008.05.008

Krueger, N., & Dickson, P. R. (1994). How Believing in Ourselves Increases Risk Taking: Perceived Self-Efficacy and Opportunity Recognition. *Decision Sciences*, 25, 385-400. doi:10.1111/j.1540-5915.1994.tb00810.x

Lamaze Internacional (2013). *History*. Retirado de <http://www.lamazeinternational.org/History>

Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10 (3), pp. 263–270. doi:10.1016/j.ejpain.2005.05.001

Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mother's wellbeing in a Mexican public hospital: A randomized clinical trial. *BJOG*, 105 (10), pp. 1056-1063

Larkin, P., Begley, C., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25 (2), 49–59. doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010

Larsen, K., O'Hara, M., Brewer, K., & Wenzel, A. (2001). A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (3), pp. 203-214

Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25 (1), 14-20. doi:10.1016/j.midw.2007.01.010

Larsson, M., Aneblom, G., Odling, V., & Tydén, T. (2000). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81 (1), 61–71. DOI: 10.1046/j.0001-6349.2001.00169.x

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer

Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto

Lei n.º 142/99. *Diário da República*, N.º 203, de 31.08.1999, Série I-A, 5996

Leite, J., Drachler, M., Centeno, M., Pinheiro, C., & Silveira, V. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (1), 121-133

Leite, L., Pinheiro, A., Catarino, G., Freitas, J., & Marques, R. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Leventhal, E.A., Leventhal, H., Shacham, S., & Easterling, D. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3), 365-371

Lindgren, H., & Erlandsson, K. (2010). Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth*, 37 (4), 309-317. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x.

Linstone, H., & Turoff, M. (2002). *The Delphi Method. Techniques and applications*. Murray Turoff and Harold A. Linstone Eds. Retirado de <http://is.njit.edu/pubs/delphibook/delphibook.pdf>

Lothian, J., & DeVries, C. (2005). *The Official Lamaze Guide: Giving birth with confidence*. New York: Meadowbrook Press

Lowe, N. K. (1989). Explaining the pain of active labour: the importance of maternal confidence. *Research in Nursing and Health*, 12, 237-245

Lowe, N. K. (1991). Maternal confidence in coping with labour. A self-efficacy concept. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 20, pp. 457-463

Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labour: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing and Health*, 16, 141-149

Lowe, N. K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 21 (4), pp. 219–224

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*, 186 (1), pp. S16-S24

Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 18 (4), 383-390. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01103.x

- Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *Journal of Nursing Management*, 18 (4), pp. 391-399. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01083.x
- MacLean, L.I., McDermott, M.R., & May, C.P. (2000). Method of delivery and subjective distress: Women's emotional responses to childbirth practices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (2), 153-162
- Madden, K.L., Turnbull, D., Cyna, A.M., Adelson, P., & Wilkinson, C. (2013). Pain relief for childbirth: the preferences of pregnant women, midwives and obstetricians. *Women and Birth*, 26, 33-40
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (2), 81-90
- Maimburg, R., Vaeth, M., Dürr, J., Hvidman, L., & Olsen, J. (2010). Randomized trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG*, 117 (8), pp. 921-928. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02584.x
- Mallén-Pérez, L., Juvé-Udina, M. E., Roé-Justiniano, M. T., & Domènech-Farrarons, A. (2015). Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Profesión*, 16 (2), 61-67
- Mander, R. (2000). The meanings of labour pain or the layers of an onion? A woman oriented view. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, pp. 133-141
- Manica, J. T. et al. (1994). *Anestesiologia: princípios e técnicas* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Manning, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, pp. 421-431
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Editora Atlas, S.A.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do *alfa Cronbach*? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90

Martin, C. J., & Robb, Y. (2013). Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Education in Practice*, 13 (6), 512-518. doi:10.1016/j.nepr.2013.02.013

Martin, D. K., Bulmer, S. M., & Pettker, C. M. (2013). Childbirth expectations and sources of information among low-and moderate-income nulliparous pregnant women. *J Perinat Educ.*, 22 (2), pp. 103-112. doi:10.1891/1058-1243.22.2.103

Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N. H., Bonotti, A. M., Gibbons, L., Sánchez, A.J., & Belizán, J.M. (2011). Women's preference for cesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*, 118 (4), pp. 391-399. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x

McEwen, M., & Wills, E. M. (2011). *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth*, 35 (2), 92-97

McMillan, A., Barlow, J., & Redshaw, M. (2009). *Birth and beyond: a review of the evidence about antenatal education*. United Kingdom: Department of Health

Melender, H-L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health*, 47, pp. 256-263

Melzack, R. D. (1978). Neurophysiological foundations of pain. In R. Sternbach (Ed.), *The psychology of pain*. New York, NY: Raven Press

Melzack, R., Kinch, R., Dobkin, P., Lebrun, M., & Tazner, P. (1984). Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *Can Med Assoc J*, 130 (5), 579-584

Melzack, R., Taenzer, P., Feldman, P., & Kinch, R. A. (1981). Labor is still painful after prepared childbirth training. *Canadian Medical Association Journal*, 125 (4), pp. 357-363

Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28, 407-429. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.009

Milhinhos, C., Lavaredas, A., & Clode, N. (2012). A preferência da via de parto numa população de grávidas. *Acta Obstet Ginecol Port*, 6 (4), 167-171

Montenegro, C. A., & Rezende Filho, J. (2014). *Rezende-Obstetrícia fundamental* (13ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Montgomery, G. (2004). Cognitive factors in health psychology and behavior medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (4), pp. 405-413

Moreno-Cabas, T., Martín-Arribas, C., Orts-Cortés, I., & Comet-Cortés, P. (2001). Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (6), pp. 857-863

Morgado, C. M., Pacheco, C. O., Belém, C. M., & Nogueira, M. F. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: Estudo comparativo. *Revista Referência*, II (12), 17-27

Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (2005). *Psychological Testing: Principles and Applications*. New Jersey: Prentice Hall

Nascimento, N. (2011). *A contribuição das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender* (Tese de mestrado). Universidade do Rio de Janeiro - Centro Biomédico, Rio de Janeiro. Brasil

National Institute for Clinical Excellence (2008). Anenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline: CG62. Retirado de <http://www.nice.org.uk/CG062>

Neves, A. J. (2010). *Auto-eficácia da grávida no parto: Adaptação e validação da escala "Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)"*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto

Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. (2009). Women's fear of childbirth and preferences for caesarean section - a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88, 807-813. doi:10.1080/00016340902998436

Nilsson, C. & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25 (2), e1-e9

Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 39 (3), pp. 298-309. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x.

Niven, C. (1988). Labour pain: long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, pp. 83-87

Niven, C., & Gijsbers, K. (1984). Obstetric and non-obstetric factors related to labor pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2, pp. 61-78

Niven, C., & Gijsbers, K. (1996). Coping with labor pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11, pp. 116-125

Niven, C., & Murphy-Black, T. (2000). Memory for labor pain: A review of the literature. *Birth*, 27 (4), 244-253

O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23 (4), 437-451

O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioural and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229-245

Oliveira, A. G. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: Teoria e aplicações*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem (2009). *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Edição de autor. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição de autor. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão. Retirado de <http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

Organização Mundial de Saúde (1997). *Health needs of adolescents*. Geneva: WHO

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde. Canadá. Retirado de <http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

Organização Mundial de Saúde (1988). *Recomendações de Adelaide. Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis*. 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália. Retirado de <http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2009). Qualidade do Relacionamento com Pessoas Significativas: Comparação entre Grávidas Adolescentes e Adultas. *Psicologia: teoria e prática*, 11 (2), 129-144. Retirado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1665/1227>

Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory of self-efficacy*. Retirado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>

Pajares, F., & Olaz, F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: Uma visão geral. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro (Eds.), *Teoria cognitiva: Conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed

Parratt, J., & Fahy, K. (2003). Trusting enough to be out of control: a pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Journal of Midwifery*, 16 (1), pp. 15-22

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3th ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange

Pender, N. J. (2011). *The health promotion model manual*. Retirado de http://research2vrpractice.org/wp-content/uploads/2013/02/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4^a ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). Boston, MA: Pearson

Perdomini, F.R.I., & Bonilha, A.L. (2011). A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enfermagem*, 20 (3), 445-452

Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 23 (267), 8-15

Pereira, M., & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 585-595

Pereira, R. R., Franco, S. C., & Baldin, N. (2011). A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras de Anestesiol*, 61 (3), 376-388

Peterson, G. (2008). Childbirth: the ordinary miracle: Effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *International Journal of Childbirth Education*, 23 (1), pp. 35-37

Pintrich, P., & Schunk, D. (1996). *Motivation in education: theory, research, and applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.

Plutchik, R. (2003). *Emotions and life. Perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (7ª Ed.). Porto Alegre: Artmed

Prata, A. P. (2013). A preparação para o parto. *Jornal Médico*, 4, p. 36

Prata, A. P., Santos, C., & Reis Santos, M. (2009). Influence of self-efficacy in birth experience. *13th International Nursing Research Conference Book*, Alicante. (p. 523-524). Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería

Prata, A. P., Santos, C., & Reis Santos, M. (2013). Self-efficacy in childbirth education classes: a Delphi study. *17th International Nursing Research Conference Book*, LLeida (p. 678-679). Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)

Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*, 9 (5), 745–758. doi:10.1586/ERN.09.34

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª Ed.). Lisboa: Gradiva

Reis Santos, M. (2009). *Planeamento da lição*. Manuscrito não publicado

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Porto: Livraria da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas

Rizk, D. E., Nasser, M., Thomas, L., & Ezimokhai, M. (2001). Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Journal of Perinatal Medicine*, 29 (4), pp. 298-307

Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J., & Cloyes, K. G. (2010). The Coping With Labor Algorithm: An Alternate Pain Assessment Tool for the Laboring Woman. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (2), pp. 107-116. doi:10.1016/j.jmwh.2009.11.002

Rokke, P.D., & Lall, R. (1992). The role of choice in enhancing tolerance to acute pain. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 53-65

Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37 (1), pp. 94-104. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2008). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116 (1), pp. 67-73. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x

Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208. doi:10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, 39-45

Saito, E., & Gualda, D. M. R. (2002). A participação da família na perspectiva da vivência da dor de parto. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 4 (2), 119-124

Sakraida, T. J. (2007). Modelo de promoção de la salud. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (6ª ed., pp. 452-471). Espanha: Elsevier Mosby

Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26 (3), 327-337. doi:10.1016/j.midw.2008.07.003

Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 34 (3), 116-121. doi:10.3109/0167482X.2013.824418

Salveti, M., & Pimenta, C. (2007). Dor crónica e a crença de auto-eficácia. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 41 (1), 135-140

Santana S., & Pereira, A. S. (2007). On the use of the Internet for health and illness issues in Portugal: repercussions in the physician-patient relationship. *Acta Med Port*, 20 (1), 47-57

Santos, L. & Amaral, L. (2004). Estudos Delphi com Q-Sort sobre a web – A sua utilização em Sistemas de Informação. *Conferência da Associação Portuguesa de Sistemas de Informação, 5, Lisboa - "CAPSI 2004: actas da 5ª conferência" [CD]*. Lisboa: APSI. Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/2280>

Santos, S. S., Barlem, E. L., Silva, B. T., Cestari, M. E., & Lunardi, V. L. (2008). Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (4), 649-653. doi.org/10.1590/S0103-21002008000400018

Schmalfuss, J. M., Oliveira, L. L., Bonilha, A. L., & Pedro, E. N. (2010). O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 9 (3), 618-623

Schmid, V. (2007). *About physiology in pregnancy and childbirth*. 2ª ed.. Firenze: Litografia I.P.

Schneider, Z. (2002). An Australian study of women's experiences of their first pregnancy. *Midwifery*, 18, 238-249

Schunk, D. (1989). Self-efficacy and cognitive skill learning. In C. Ames, & R. Ames (Eds.), *Research on motivation in education. Goals and cognitions* (Vol. 3, pp. 13-44). New York: Academic Press, Inc.

Schunk, D., & Carbonari, J. (1984). Self-efficacy models. In J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, & N. Miller (Eds.), *Behavioural Health* (pp. 230-247). New York: John Wiley & Sons

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner, & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour* (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press

Scott, K. D., Klaus, P. H., & Klaus, M. H. (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8 (10), pp. 1257-1264

Serra, A.V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda

Shiloh, S., Mahlev, U., Dar, R., & Ben-Rafael, Z. (1998). Interactive effects of viewing a contraction monitor and information-seeking style on reported childbirth pain. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 501-516

Sieber, S., Germann, N., Barbir, A., & Ehlert, U. (2006). Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85 (10), 1200-1207. DOI:10.1080/00016340600839742

Silva, U. F., & Tanaka, O. Y. (1999). Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, 33 (3), 207-216

Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I.1. *Birth*, 18 (4), 203-210

Simkin, P. (2000). Commentary: The meaning of labor pain. *Birth*, 27, 254-255

Simkin, P. (2006). What Makes a Good Birth and why does it Matter. *International Journal of Childbirth Education*, 21 (3), 7-8

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 489-504

Simkin, P., & Klein, M. (2009). Nonpharmacological approaches to management of labor pain, parts 1 and 2. *UpToDate* 17 (3), 1-11

Slade, P., Escott, D., Spiby, H., Henderson, B., & Frase, R. (2000). Antenatal predictors and use of coping strategies in labor. *Psychology and Health*, 15, 555-569

Slade, P., MacPherson, S. A., Hume, A., & Maresh, M. (1993). Expectations, experiences and satisfaction with labor. *Br J Clin Psychol*, 32, pp. 469-483

Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2010). Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, Art. N°.: CD003521. doi:10.1002/14651858.CD003521.pub2

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30 (1), 36-46

Sosa, G., Crozier, K., & Robinson, J. (2012). What is meant by one-to-one support in labour: Analysing the concept. *Midwifery*, 28 (4), 451-457. doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.001

Sousa, A. P., Santos, C., & Reis Santos, M. (2012). O Significado da dor de trabalho de parto. *Referência, Revista de Enfermagem. Suplemento Atas do III Congresso de Investigação em Enfermagem*, 3 (6), p. 228

Sousa, P. A. (2006). Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Coimbra: Formasau

Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B., & Fraser, R. B. (2003). Selected coping strategies in labor: An investigation of women's experiences. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 30, 189-194

Stern, D. (1997). Maternal confidence for labor and the use of epidural anesthesia. *International Journal of Childbirth Education*, 12 (3), pp. 34-38

Strecher, V., DeVellis, B., Becker, M., & Rosenstock, I. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behaviour change. *Health Education Quarterly*, 13 (1), 73-92

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência

Sullivan, M. J., Rodgers, W. M., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91, 147-154

Tedesco, R. P., Filho, N. L. M., Mathias, L., Benez, A. L., Castro, V. C. L., Bourroul, G. M., & Reis, F. I. (2004). Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 26 (10), 791-798. doi.org/10.1590/S0100-72032004001000006

Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 889-898

Thomson, W. A., & Ponder, L. D. (1979). Use of Delphi methodology to generate a survey instrument to identify priorities for state allied health associations. *Allied health and behavioral sciences*, 2 (4), 383-399

Tighe, S. (2010). An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Midwifery*, 26 (3), 294-303. doi:10.1016/j.midw.2008.06.005

Tones, K., & Tilford, S. (2001). *Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity* (3th ed.). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd

Truchon, M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation*, 23, 758-769

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, 39 (3), 507-514

Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista Enfermagem*, 18 (3), 235-240. doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002

- Vicente, S. C. (2009). *Apoio social, expectativas e satisfação com o parto em primíparas com e sem preparação para o parto*. Tese de Mestrado. Universidade do Algarve: Faro
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*, 47, pp. 471-482
- Waldenström, U., Borg, I. M., Olsson, B., & Wall, S. (1996). The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth*, 3, 144-153
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*, 113 (6), pp. 638-646. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a National Sample. *Birth*, 31, 17-27. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
- Walker, D. S., Visger, J. M., & Rossie, D. (2009). Contemporary Childbirth Education Models. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54 (6), pp. 469-476
- Wallston, K. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 183-199
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth: A guide for midwives* (2^a ed.). Routledge: Oxon
- Wax, J., Cartin, A., Pinette, M.G. & Blackstone, J. (2004). Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet & Gynecol Surv*, 59 (8), 601-616
- Wright, J. T., & Giovinazzo, R. A. (2000). DELPHI – Uma ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1 (12), 54-65
- Young, S. J., & Jamieson, L. M. (2001). Delivery Methodology of the Delphi: A Comparison of Two Approaches. *Journal of Park & Recreation Administration*, 19 (1), pp. 42-58
- Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Therapy*, 30, pp. 75-84

Zasler, N. D., Martelli, M. F., & Nicholson, K. (2005). Chronic pain. In J. M. Silver, T. W. McAllister, W. Thomas, & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of traumatic brain injury* (pp. 419-436). Washington DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Zinken, K., Cradock, S., & Skinner, T. (2008). Analysis system for self-efficacy training (ASSET): Assessing treatment fidelity of self-management interventions. *Patient Education and Counseling*, 72, 186-193

Zveiter, M., Progianti, J. M., & Vargens, O. M. (2005). O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 182 (18), 86-92

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião da entrevista

Entrevista n.º Hora: Início_____ Fim_____	Identificação da investigadora Apresentação do estudo e seus objetivos Assegurar a confidencialidade Informar sobre o tempo previsto
--	---

Dados demográficos:

Idade _____

Estado civil _____

Habilitações Literárias _____

Atividade Profissional _____

Paridade _____

Data de nascimento do último filho _____

Dados obstétricos

N.ª de gravidezes:

N.º de filhos:

Gravidez planeada: Sim _____ Não _____

Tipo de parto: Eutócico _____ Distócico _____

Com analgesia _____ Sem analgesia _____

Duração do trabalho de parto _____

Questões:

Frequentou aulas de preparação para o parto? Sim _____ Não _____

A partir de que semana de gestação?

A quantas aulas assistiu?

Para se preparar para o parto a que fontes de informação recorreu?

Pensando no que lhe foi ensinado, o que considera ter sido mais útil, durante o trabalho de parto e o parto? Qual a razão?

De que forma a sua experiência anterior de parto influenciou esta gravidez e este parto?

Que expectativa tinha relativamente ao trabalho de parto?

Para si qual a importância de ter um parto sem recorrer a medicação para a dor?

Relativamente ao seu parto, que aspetos considerou positivos e quais foram os negativos?

O que pensa que poderia ajudar a melhorar a sua satisfação com a experiência de parto?

ANEXO II – QUESTIONÁRIOS DELPHI – 1ª e 2ª RONDA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DELPHI – 1ª RONDA

Auto-eficácia e controlo no trabalho de parto:

Desenvolvimento e avaliação de um modelo de intervenção em enfermagem

Ana Paula Prata Amaro de Sousa
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 PORTO
Telf: 22 507 35 00
Fax: 22 509 63 37
E.mail: prata@esenf.pt

Porto, 2010

**Auto-eficácia e controlo no trabalho de parto:
Desenvolvimento e avaliação de um modelo de intervenção em enfermagem**

Cara(o) colega

Chamo-me Ana Paula Prata Amaro de Sousa, sou Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a frequentar o Curso de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Neste âmbito e, na sequência da investigação que tem como principal objectivo promover a auto-eficácia e controlo no trabalho de parto, aumentando a confiança da mulher na sua habilidade para lidar com o trabalho de parto, na tentativa de melhorar a satisfação com o mesmo, peço a sua cooperação no referido estudo.

As aulas pré-natais são frequentemente oferecidas na preparação para o parto, sendo os seus principais objectivos o ensino e o desenvolvimento de estratégias para a gestão da dor e controlo no trabalho de parto, de forma a melhorar a experiência e a satisfação com o parto. E, embora, a literatura existente sugira que a participação nas aulas não está associada a menos dor, talvez porque, como observam Slade e col. (2000), o treino das estratégias de *coping* não possa ser assumido como associado à sua prática subsequente, Manning e Wright (1983), referem que, após se conhecer o efeito da auto-eficácia no controlo da dor no trabalho de parto, se poderá aumentar a eficácia das aulas se, nelas, introduzirmos o ensino sobre a auto-eficácia.

A auto-eficácia refere-se ao julgamento que um indivíduo faz acerca da sua capacidade para mobilizar conhecimentos, motivações e comportamentos necessários à execução de uma tarefa específica, de ter um desempenho competente e capaz em determinadas situações. Envolve confiança e crença nas próprias capacidades para lidar com acontecimentos que provocam *stress*, através do uso de acções adaptativas que permitem o controlo de tarefas consideradas desafiantes (Brites & Nunes, 2010).

Com o objectivo de se desenvolver um modelo de intervenção que contribua para introduzir o ensino sobre auto-eficácia nas aulas de preparação para o parto, utilizar-se-á a Técnica de Delphi (“...método de estruturação de um processo de comunicação colegial, que permite a um grupo de indivíduos tratar de problemas complexos” (Sousa, 2006)), para identificar as intervenções de enfermagem mais adequadas.

A Técnica de Delphi caracteriza-se pelo envio de questionários a um grupo de peritos (especialistas na sua área, com conhecimento acerca da temática em estudo). De acordo com a necessidade de gerar consensos os questionários serão reenviados tantas vezes quanto as necessárias.

Instruções para o preenchimento do primeiro questionário

Neste primeiro questionário pretende-se que cada participante exponha a sua opinião sobre as intervenções de enfermagem, mais adequadas à promoção da auto-eficácia e ao ensino de estratégias de *coping*, a introduzir nas aulas de preparação para o parto.

O questionário é constituído por duas partes:

A primeira, tem questões que permitirão caracterizar os participantes no painel de peritos. Contém questões relativas à idade, género, formação e experiência profissional, área de desempenho profissional e experiência nas áreas de preparação para o parto e auto-eficácia;

A segunda, apresenta uma série de intervenções de enfermagem, para as quais, cada participante deverá referir se considera ou não relevante a intervenção para a promoção da auto-eficácia. Cada perito dispõe, ainda, de espaço para comentar os pontos fortes ou fracos das mesmas, e para efectuar sugestões.

Toda a informação será tratada como absolutamente confidencial.

Solicito que o questionário seja preenchido e reenviado até 11 de Junho de 2010

Grata pela sua colaboração

Ana Paula Prata

I PARTE

DADOS RELATIVOS AO RESPONDENTE

De forma a obter dados relativos à caracterização dos membros do grupo de peritos, solicita-se resposta às questões seguintes.

Idade: _____ anos;

Sexo: _____

Habilitações Literárias:

Curso de Licenciatura em _____ Ano de Conclusão _____

Curso de Mestrado Ano de conclusão _____

Área: _____

Doutoramento Ano de conclusão _____

Área: _____

Local de trabalho: Hospital Centro de Saúde Escola Outro

Qual _____

Categoria profissional?

Experiência na preparação para o parto: Sim _____ Anos: _____ Não _____

Trabalho na área da auto-eficácia: Sim _____ Não _____

II PARTE

Intervenções de enfermagem para a promoção da auto-eficácia

Nesta II parte do questionário apresentam-se, então, uma série de intervenções de enfermagem centradas nas seguintes áreas de promoção da auto-eficácia:

Experiência anterior (experiência pessoal obtida por meio da interpretação de experiências prévias, quanto um indivíduo acredita que o seu comportamento teve sucesso no passado)

Aprendizagem vicariante (gera as crenças de eficácia por meio da observação de outras pessoas realizando certas ações)

Persuasão verbal (diz respeito às persuasões sociais recebidas, que servem como meio adicional de fortalecer as crenças das pessoas de que elas possuem capacidades)

Indicadores fisiológicos (nível individual de estímulo emocional, a partir do qual as pessoas, parcialmente, julgam as suas capacidades, força e vulnerabilidade).

Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância com a intervenção apresentada. Para cada afirmação só é aceite uma resposta que poderá assinalar com o respectivo número

Exemplo de preenchimento:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo completamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo completamente

Exemplo: Se concorda completamente com a intervenção “1)” assinale o número 5 no quadrado correspondente, como se demonstra seguidamente:

<i>Intervenções de enfermagem</i>	Nível de concordância
1) Questionar sobre experiências anteriores	5

No fim de cada página tem um espaço onde agradeço que faça “**Comentários/Sugestões**”, que na sua opinião permitam reformular a intervenção, apontar novas intervenções, etc. (devendo para isso referenciar o número da intervenção, ex: 1) ou usar numeração romana (ex: II) quando achar oportuno introduzir novas intervenções). Se necessitar de mais espaço poderá acrescentar mais folhas no fim do questionário.

Intervenções de enfermagem	Nível de concordância
1) Questionar sobre experiências anteriores de dor aguda e intensa	
2) Identificar estratégias de <i>coping</i> habitualmente utilizadas na gestão da dor aguda e intensa	
3) Identificar estratégias usadas para ultrapassar situações de stresse e ansiedade	
4) Identificar crenças sobre trabalho de parto e parto	
5) Identificar como interpreta a dor de trabalho de parto	
6) Ajudar a identificar a natureza dos seus estilos de <i>coping</i> e as suas preferências	
7) Ajudar a entender a natureza dos seus estilos de <i>coping</i> e as suas preferências	
8) Ajudar a desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto	
9) Ajudar a identificar padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de <i>coping</i> (“não sou capaz”)	
10) Visualizar vídeos sobre o trabalho de parto	
11) Comentar vídeos sobre o trabalho de parto	
12) Convidar casais para relatarem a sua experiência de parto	
13) Promover discussão intra-grupo sobre procedimentos no trabalho de parto	
14) Informar sobre técnicas não-farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto	

Comentários / Sugestões:

Intervenções de enfermagem	Nível de concordância
15) Informar sobre a dor de trabalho de parto	
16) Informar sobre as sensações com que se podem deparar durante o trabalho de parto	
17) Treinar técnica de imaginação dirigida (envolve a visualização de si próprio a executar com êxito a função desejada, utilizando componentes visuais, auditivos e emocionais)	
18) Treinar técnica de distração (envolve a dispersão da atenção sobre a dor, tanto através de técnicas passivas (a atenção é desviada para outro estímulo) como activas (desenvolvimento de tarefas que compitam com a dor, tais como somar ou contar para trás))	
19) Instruir e treinar auto-declaração (de forma a aumentar o limiar de sensibilidade à dor, ou de forma a negar os aspectos negativos da dor ou focando nos aspectos positivos desta (reinterpretação))	
20) Treino da auto-instrução (tenta alterar as afirmações negativas sobre a dor e promover o uso da técnica de resolução de problemas)	
21) Reforçar positivamente a capacidade para ser activa no trabalho de parto	
22) Ajudar a distinguir estados de tensão e de relaxamento	
23) Ajudar a criar expectativas realistas	
24) Ajudar a acreditar que vai ser capaz de ultrapassar a situação com êxito	
25) Definir objectivos curtos e atingíveis	

Comentários / Sugestões:

Intervenções de enfermagem	Nível de concordância
26) Ajudar a preparar para cada contracção uterina	
27) Incentivar a pensar no bebé durante a contracção uterina	
28) Incentivar a ficar atenta a cada contracção uterina	
29) Incentivar a manter o auto-controlo	
30) Identificar ansiedade-traço	
31) Incentivar o auto-pensamento positivo	
32) Incentivar a pensar nos outros membros da família	
33) Incentivar em concentrar-se a ultrapassar uma contracção de cada vez	
34) Identificar influências culturais sobre resposta à dor de trabalho de parto	
35) Ajudar a confrontar os agentes <i>stressores</i> um a um	
36) Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade	
37) Seleccionar os agentes <i>stressores</i>	
38) Ajudar a gerir emoções (medo, irritabilidade, impaciência)	

Comentários / Sugestões:

Intervenções de enfermagem	Nível de concordância
39) Instruir sobre musicoterapia	
40) Efectuar visita guiada ao bloco de partos	
41) Treinar técnica de relaxamento	
42) Treinar técnica respiratória	
43) Treinar técnicas de conforto a utilizar durante o trabalho de parto	
44) Incentivar a comunicar com os profissionais de saúde (questionar sobre procedimentos, referir as suas preferências)	
45) Instruir sobre o ritmo de trabalho de parto	
46) Analisar o desejo de participar na selecção de estratégias de alívio da dor	
47) Fornecer <i>feedback</i> avaliativo (elogiar, dizer que é capaz)	

Comentários / Sugestões:

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Instituto de Ciências da Saúde
CURSO DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DELPHI – 2ª RONDA

Auto-eficácia e controlo no trabalho de parto:
Desenvolvimento e avaliação de um modelo de intervenção em enfermagem

Ana Paula Prata Amaro de Sousa
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 PORTO
Telf: 22 507 35 00
Fax: 22 509 63 37
E-mail: prata@esenf.pt

Porto, 2010

**Auto-eficácia e controlo no trabalho de parto:
Desenvolvimento e avaliação de um modelo de intervenção em enfermagem**

Cara(o) colega,

Dando continuidade ao trabalho que desenvolveu comigo, envio novo questionário.

Numa primeira fase, lançou-se um questionário onde se apresentaram uma série de intervenções, para que cada perito, após a sua leitura, desse a sua opinião sobre a relevância das mesmas. Cada um qualificou as intervenções e comentou os pontos fortes ou fracos das mesmas, de acordo com a sua concepção de cuidados de enfermagem.

Este segundo questionário advém da análise às respostas do questionário anterior e só é reenviado às pessoas que aceitaram participar no estudo, devolvendo por e-mail as suas respostas.

A sua colaboração neste estudo é preciosa, pelo que agradeço a colaboração no preenchimento do questionário anterior. Solicito, desde já, que continue a participar nesta 2ª ronda.

Instruções para o preenchimento do segundo questionário

Neste segundo questionário, pretende-se que cada participante indique o grau de concordância com as intervenções de enfermagem mais adequadas à promoção da auto-eficácia que, na análise do primeiro questionário, não obtiveram 70% de concordância total.

Algumas intervenções foram reescritas, outras foram acrescentadas e outras que, no 1º questionário, ainda não tinham sido expressas como actividades de diagnóstico, apresentam-se nesta fase mais avançada do estudo, já como actividades de diagnóstico, estando, por conseguinte, diferenciadas das intervenções.

Uma intervenção foi retirada por apresentar um nível de concordância total inferior a 10%.

Cada perito dispõe, então, de espaço para indicar o seu grau de concordância com as intervenções propostas e para comentar os pontos fortes ou fracos das mesmas, podendo, ainda efectuar sugestões.

Toda a informação será tratada como absolutamente confidencial.

Solicito que o questionário seja preenchido e reenviado até 16 de Julho de 2010

Grata pela sua colaboração

Ana Paula Prata

2ª RONDA

Intervenções de enfermagem para a promoção da auto-eficácia

Nesta II parte do questionário apresentam-se, então, uma série de intervenções de enfermagem centradas nas seguintes áreas de promoção da auto-eficácia:

Experiência anterior (experiência pessoal obtida por meio da interpretação de experiências prévias, quanto um indivíduo acredita que o seu comportamento teve sucesso no passado)

Aprendizagem vicariante (gera as crenças de eficácia por meio da observação de outras pessoas realizando certas ações)

Persuasão verbal (diz respeito às persuasões sociais recebidas, que servem como meio adicional de fortalecer as crenças das pessoas de que elas possuem capacidades)

Indicadores fisiológicos (nível individual de estímulo emocional, a partir do qual as pessoas, parcialmente, julgam as suas capacidades, força e vulnerabilidade).

Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância da intervenção apresentada. Para cada afirmação só é aceite uma resposta que poderá assinalar com o respectivo número

Exemplo de preenchimento:

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Discordo completamente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo completamente

Exemplo: Se concorda completamente com a intervenção “1)” assinale o número 5 no quadrado correspondente, como se demonstra seguidamente:

Intervenções de enfermagem	Nível de concordância
1) Questionar sobre experiências anteriores	5

No fim de cada página tem um espaço onde agradeço que faça “**Comentários/Sugestões**”, que na sua opinião permitam reformular a intervenção, apontar novas intervenções, etc. (devendo para isso referenciar o número da intervenção, ex: 1) ou usar numeração romana (ex: II) quando achar oportuno introduzir novas intervenções). Se necessitar de mais espaço poderá acrescentar mais folhas no fim do questionário.

Actividades de diagnóstico	Nível de concordância
1) Questionar sobre experiências anteriores de dor	
2) Identificar estratégias de <i>coping</i> habitualmente utilizadas na gestão da dor	
3) Identificar como interpreta a dor de trabalho de parto	
4) Identificar influências culturais sobre resposta à dor de trabalho de parto	
5) Identificar tendências de reacção a situações percebidas como ameaçadoras (desenvolvidas a partir de experiências anteriores)	
6) Caracterizar nível de auto-eficácia	
7) Analisar com a mulher o desejo de participar na selecção de estratégias de alívio da dor de trabalho de parto	
8) Identificar expetativas relativas ao trabalho de parto e nascimento	

Comentários / Sugestões:

Intervenções de enfermagem	Nível de concordância
9) Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> habituais para alívio da dor	
10) Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> preferidas no alívio da dor	
11) Ajudar a desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto	
12) Ajudar a identificar padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de <i>coping</i> (e.g. “não sou capaz”)	
13) Explicar trabalho de parto através da visualização de vídeo	
14) Organizar sessão para partilha de experiência positiva de parto	
15) Promover discussão intra-grupo sobre procedimentos no trabalho de parto	
16) Explicar sobre respostas fisiológicas e emocionais ao trabalho de parto	
17) Treinar técnica de imaginação dirigida (envolve a visualização de si próprio a executar com êxito a função desejada, utilizando componentes visuais, auditivos e emocionais)	
18) Treinar técnica de distração (envolve a dispersão da atenção sobre a dor, tanto através de técnicas passivas (a atenção é desviada para outro estímulo) como activas (desenvolvimento de tarefas que compitam com a dor, tais como somar ou contar para trás))	
19) Instruir e treinar auto-declaração (de forma a aumentar o limiar de sensibilidade à dor, ou de forma a negar os aspectos negativos da dor ou focando nos aspectos positivos desta (reinterpretação))	
20) Instruir e treinar auto-instrução (tenta alterar as afirmações negativas sobre a dor e promover o uso da técnica de resolução de problemas)	

Comentários / Sugestões:

Intervenções de enfermagem	Nível de concordância
21) Ajudar a preparar para cada contracção uterina	
22) Ensinar sobre imaginar o filho durante a contracção uterina	
23) Incentivar a ficar atenta a cada contracção uterina (de forma a perceber que estratégia de alívio da dor utilizar)	
24) Ensinar sobre estratégias de manutenção do auto-controlo	
25) Ensinar sobre auto-pensamento positivo	
26) Ensinar como lidar com uma contracção de cada vez	
27) Ajudar a mulher a identificar os agentes <i>stressores</i> (fatores capazes de provocar maior <i>stress</i> durante o trabalho de parto)	
28) Ajudar a confrontar os agentes <i>stressores</i> um a um (fatores capazes de provocar maior <i>stress</i> durante o trabalho de parto)	
29) Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade	
30) Ajudar a gerir emoções (medo, irritabilidade, impaciência)	
31) Instruir sobre distração pela música	
32) Ajudar a construir / elaborar um plano de parto	
33) Explicar os procedimentos habituais no trabalho de parto	
34) Informar sobre trabalho de parto e nascimento	

Comentários / Sugestões:

ANEXO III – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL- ESTUDO TRÊS

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO INICIAL

Entrevista n.º _____ Data da entrevista _____ Data início das aulas de PPP _____

Data provável do parto _____

Investigadora Identificação da investigadora
Apresentação do estudo e seus objetivos
Assegurar a confidencialidade
Informar sobre o tempo previsto

Dados biográficos Idade _____
Habilitações literárias _____
Estado civil _____
Nacionalidade e Naturalidade _____
Número de gestações _____
Número de filhos _____

Dados obstétricos Tempo de gravidez _____ semanas
Gravidez planeada: Sim ____ Não ____
Desconfortos: Sim ____ Não ____ Quais _____

Questões:

Quais são as suas expectativas para as aulas de preparação para o parto?

Tem conhecimento sobre trabalho de parto e parto:	Sim ____	Não ____
Anatomofisiologia do trabalho de parto	Sim ____	Não ____
Competência física para parir	Sim ____	Não ____
Sinais e sintomas de início do trabalho de parto	Sim ____	Não ____
Complicações que podem surgir no decurso do trabalho de parto	Sim ____	Não ____
Epidural e outros medicamentos usados para o alívio da dor	Sim ____	Não ____
Métodos não-farmacológicos de alívio da dor	Sim ____	Não ____
Ligação mãe-filho e vinculação	Sim ____	Não ____

Que tipo de parto deseja ter?

Que pessoa quer que assista ao seu trabalho de parto?

Como pensa que vai ser o seu trabalho de parto?

Costuma ter dores? Sim _____ Não _____

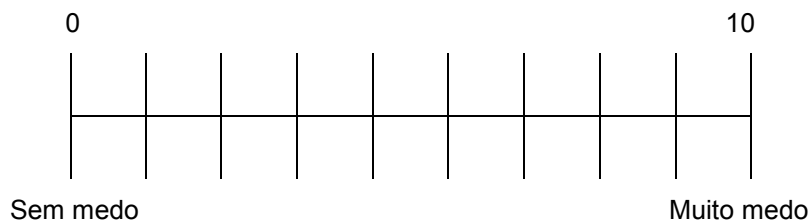
De que tipo?

O que pensa quando tem dor?

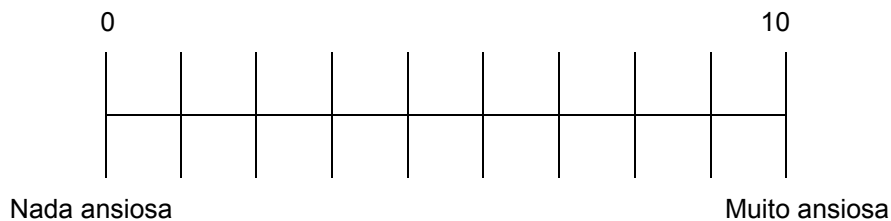
O que faz, habitualmente, quando tem dor?

Como interpreta a dor de trabalho de parto e parto?

O medo relacionado com o trabalho de parto é um fator que se encontra presente na maioria das grávidas. Numa escala que varia entre 0 (sem medo) e 10 (muito medo), onde se situa o medo que sente do trabalho de parto?



A ansiedade é uma característica que reflete um sentimento de insegurança. A gravidez e o trabalho de parto são momentos de transição identificados como períodos potenciais de grande stresse. Numa escala que varia entre 0 (nada ansiosa) e 10 (muito ansiosa), onde situa o seu nível de ansiedade?



Que medos tem relacionados com o trabalho de parto e parto, relativos a si?

Relativos ao seu filho/a?

**ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O
PARTO**

**Questionário de Experiência e Satisfação com
o parto
(QESP)**

(Costa, Figueiredo, Pacheco, Pais, 2005)

Data de nascimento ____/____/____

ID: ____

Data da avaliação: ____/____/____

1. Que tipo de parto teve:
 - a. Parto normal ____
 - b. Parto por cesariana ____
 - c. Parto por fórceps/ventosa ____

2. O parto decorreu com analgesia epidural?
 - a. Sim ____
 - b. Não ____

1. O trabalho de parto decorreu ao encontro às suas expetativas?

- | | | | | |
|--------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| 1. Não | | Se respondeu NÃO: | | |
| 2. Sim | 1.Foi muito pior | 2. Foi pior | 3. Foi melhor | 4. Foi muito melhor |

2. O parto decorreu de encontro com as suas expetativas?

- | | | | | |
|--------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| 1. Não | | Se respondeu NÃO: | | |
| 2. Sim | 1.Foi muito pior | 2. Foi pior | 3. Foi melhor | 4. Foi muito melhor |

2. O pós-parto decorreu de encontro com as suas expetativas?

- | | | | | |
|--------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| 1. Não | | Se respondeu NÃO: | | |
| 2. Sim | 1.Foi muito pior | 2. Foi pior | 3. Foi melhor | 4. Foi muito melhor |

4. A dor que sentiu no trabalho de parto foi de acordo com as expetativas?

- | | | | | |
|--------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| 1. Não | | Se respondeu NÃO: | | |
| 2. Sim | 1.Foi muito pior | 2. Foi pior | 3. Foi melhor | 4. Foi muito melhor |

1. A dor que sentiu no parto foi de acordo com as suas expetativas?

- | | | | | |
|--------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| 1. Não | | Se respondeu NÃO: | | |
| 2. Sim | 1.Foi muito pior | 2. Foi pior | 3. Foi melhor | 4. Foi muito melhor |

6. A dor que sentiu no pós-parto foi de acordo com as suas expetativas?

- | | | | | |
|--------|------------------|--------------------------|---------------|---------------------|
| 1. Não | | Se respondeu NÃO: | | |
| 2. Sim | 1.Foi muito pior | 2. Foi pior | 3. Foi melhor | 4. Foi muito melhor |

7. As condições físicas do hospital no trabalho de parto foram de encontro com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:
1.Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor

8. As condições físicas do hospital no parto foram de encontro com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:
1.Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor

9.As condições físicas do hospital no pós-parto foram de encontro com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:
1.Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor

10. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no trabalho de parto foi de acordo com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:
1.Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor

11. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no parto foi de acordo com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:
1.Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor

12. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no pós-parto foi de acordo com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:
1.Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor

13. O tempo que demorou o trabalho de parto foi de encontro com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:
1.Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor

14. O tempo que demorou o parto foi de encontro com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais	2. Demorou mais	3. Demorou menos	4. Demorou muito menos
-----------------------	-----------------	------------------	------------------------

15. O tempo que demorou o pós-parto foi de encontro com as suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais	2. Demorou mais	3. Demorou menos	4. Demorou muito menos
-----------------------	-----------------	------------------	------------------------

16. O tempo que demorou a tocar no bebé, após o parto, foi de encontro às suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais	2. Demorou mais	3. Demorou menos	4. Demorou muito menos
-----------------------	-----------------	------------------	------------------------

17. O tempo que demorou a pegar no bebé, após o parto, foi de encontro às suas expetativas?

1. Não
2. Sim

Se respondeu NÃO:

1. Demorou muito mais	2. Demorou mais	3. Demorou menos	4. Demorou muito menos
-----------------------	-----------------	------------------	------------------------

Nada Um pouco Bastante Muito

18. Usou métodos de respiração e relaxamento durante:

a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4

Se não usou estes métodos passe à pergunta 21*

19. Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante:

a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4

20. O relaxamento ajudou-a durante:

a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4

21. Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante:

a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
22. Sentiu-se confiante, durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
23. Contou com o apoio do companheiro, durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
24. A ajuda do seu companheiro foi útil, durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
25. Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo), durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
26. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos:				
a) ao trabalho de parto?	1	2	3	4
b) ao parto?	1	2	3	4
c) ao pós-parto?	1	2	3	4
27. Sentiu medo durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
28. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
29. Que quantidade de mal-estar sentiu durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
30. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
31. Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
32. Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) logo após o parto?	1	2	3	4
33. Recorda como doloroso:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) o pós-parto?	1	2	3	4
34. Os equipamentos usados no parto geraram-lhe mal-estar?	1	2	3	4
35. Já falou da experiência de parto com o companheiro?	1	2	3	4
Se respondeu <i>nada</i>, passe à pergunta 37*				
36 Sente-se melhor depois de falar sobre a experiência de parto?	1	2	3	4
37. Foi capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que esteve com o bebé?	1	2	3	4
38. Até que ponto a sua dor interferiu na relação e nos cuidados prestados ao bebé?	1	2	3	4
39. Até que ponto a sua dor interferiu na relação com o companheiro?	1	2	3	4
40. Qual o grau de preocupação do companheiro perante a sua dor?	1	2	3	4
41. Em geral, qual é o nível de interferência da sua dor nas atividades do dia-a-dia?	1	2	3	4
42. Até que ponto a sua dor interferiu na capacidade para participar em atividades recreativas e sociais?	1	2	3	4
43. Tem estado preocupada com o seu estado de saúde?	1	2	3	4

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
44. Tem estado preocupada com o estado de saúde do bebé?	1	2	3	4
45. Tem estado preocupada com as consequências do parto em si?	1	2	3	4
46. Tem estado preocupada com as consequências do parto no seu bebé?	1	2	3	4
47. Tem estado preocupada com dificuldades em amamentar?	1	2	3	4
48. Tem estado preocupada com o ganho de peso do seu bebé?	1	2	3	4
49. Tem sentido dificuldade em cuidar do bebé?	1	2	3	4
50. Tem estado preocupada com o regresso a casa?	1	2	3	4
51. Está satisfeita com a forma como decorreu:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) o pós-parto?	1	2	3	4
52. Está satisfeita com o tempo que demorou:				
a) o trabalho de parto?	1	2	3	4
b) o parto?	1	2	3	4
c) o pós-parto?	1	2	3	4
53. Está satisfeita com as condições físicas do hospital (qualidade das instalações):				
a) No trabalho de parto?	1	2	3	4
b) No parto?	1	2	3	4
c) No pós-parto?	1	2	3	4
54. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde?				
a) No trabalho de parto?	1	2	3	4
b) No parto?	1	2	3	4
c) No pós-parto?	1	2	3	4
55. Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu:				
a) No trabalho de parto?	1	2	3	4
b) No parto?	1	2	3	4
c) No pós-parto?	1	2	3	4

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
56. Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebé após o parto?	1	2	3	4
57. Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé após o parto?	1	2	3	4

Se sentiu dor durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto, responda às questões seguintes, usando a seguinte escala para medir a intensidade da dor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Mínima	Muito pouca	Pouca	Alguma	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima	Extrema	A pior jamais imaginável

58. Intensidade média de dor durante o trabalho de parto:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59. Intensidade máxima de dor durante o trabalho de parto:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60. Intensidade média de dor durante o parto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61. Intensidade máxima de dor durante o parto:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62. Intensidade média de dor logo a seguir ao parto:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
63. Intensidade média de dor no 1º dia após o parto:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64. Intensidade média de dor no 2º dia após o parto:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ANEXO V – DOCUMENTOS DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E DE
CONSENTIMENTO INFORMADO**

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo:

“Autoeficácia face ao controlo do trabalho de parto
Um contributo para a melhoria da prática de cuidados“

Cara Participante

Chamo-me Ana Paula Prata Amaro de Sousa, sou Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto e encontro-me a frequentar o Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.

Neste âmbito e, na sequência do estudo que tem como principais objetivos promover a autoeficácia no trabalho de parto, e aumentar a confiança da mulher na sua habilidade para lidar com o trabalho de parto, melhorando a satisfação com o mesmo, solicito a sua colaboração para participar no referido estudo. Este engloba duas fases:

Na 1ª fase efetuar-se-á uma entrevista.

Na 2ª fase, os participantes serão divididos em dois grupos, um experimental, que terá aulas de preparação para o parto modificadas e, outro, de controlo, em que as aulas serão dadas da forma habitual.

Às 39 semanas de gestação, ainda durante a frequência das aulas, será aplicado, aos dois grupos, um questionário com o objetivo de avaliar a autoeficácia no trabalho de parto.

No 2º dia após o parto, no Serviço de Puerpério, onde estará internada, será aplicado novamente o questionário de avaliação da autoeficácia e um questionário de experiência e satisfação com o parto, que terá como objetivo avaliar a experiência do parto.

O estudo tem como principal benefício uma melhor preparação da grávida para o parto, tornando-a mais confiante e ativa. Uma maior confiança levará a uma maior satisfação com o parto e a uma maior vinculação com o recém-nascido.

Não se prevê que o estudo traga riscos para as participantes.

O principal incómodo que, eventualmente, lhe poderá causar será um pequeno aumento no tempo de duração da aula de preparação para o parto e tempo para o preenchimento dos questionários, que se prevê seja de, aproximadamente, 30 minutos.

Tem todo o tempo de que necessitar para refletir sobre esta proposta de participação, inclusive para poder ouvir a opinião dos seus familiares e/ou amigos.

Tem o direito de decidir, livremente, aceitar ou recusar, a todo o tempo, a sua participação no estudo. Se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Só a investigadora responsável terá acesso aos seus dados, pelo que se garante a privacidade e confidencialidade.

Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João - EPE

A sua participação será um contributo importante para a melhoria dos cuidados a prestar no futuro, pelo que agradeço desde já a sua colaboração.

Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Contacto: prata@esenf.pt

Investigadora responsável

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo:

“Autoeficácia face ao controlo do trabalho de parto
Um contributo para a melhoria da prática de cuidados“

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do(a) participante:

A Investigadora responsável:

Nome: Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Assinatura: _____

**ANEXO VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO
DO CBSEI**

April 5, 2008

Dear Dr. Nancy Lowe,

My name is Ana Paula Prata and I am a nursing professor in the Nursing College of Porto, located approximately 180 miles north of Lisbon. Primarily I develop and teach courses on Midwifery, but I also periodically provide instruction in my college's Graduate Nursing program.

At present, I am working on my PhD dissertation which researches the importance of self-efficacy in labour control. In my dissertation, I will try to develop and implement a model of care to help women cope with labour/childbirth.

To assist in developing my dissertation and model, I first considered using the *Childbirth Self-Efficacy Inventory*. During the course of my research, however, I came across the scale (CBSEI) that you conceived, and concluded that it would be a more valuable tool for my work.

Hence, me and nurse Ana João Neves, working these moment on her Master dissertation, we would like your permission to translate and validate your scale into Portuguese, and then use it in my research. If you have questions regarding my research and how your scale would be used within it, please do not hesitate to contact me. I am more than willing to discuss any aspect of what I am doing with you.

Thank you very much for your time and consideration. I look forward to hearing from you soon.

Respectfully,
Ana Paula Prata
Ana João Neves

Contact Information:

E-mail: prata@esenf.pt

Mailing Address: Ana Paula Prata
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto, Portugal

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO CBSEI

Childbirth Self-Efficacy Inventory
Nancy K. Lowe, CNM, PhD, FACNM, FAAN
Professor, University of Colorado Denver
School of Nursing, C288-18
Education 2 North, Room 4235
13120 E. 19th Avenue
P.O. Box 6511
Aurora, CO 80045
(303) 724-8549

Thank you for your interest in my research and the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI). I am pleased to send you a copy of the CBSEI for potential use in your research. There is no charge for the use of the CBSEI; however, I ask that you abide by the following stipulations:

1. You will **notify me** of your decision to use the CBSEI in advance of any data collection, supplying me with the title of your study, an abstract of your proposal, and the name of the principal investigator. **If you are a student**, send the name and contact information for your research advisor
2. The **instrument will be photocopied directly from the original (or printed from the electronic file)** and no changes in wording or format will be made without my permission (unless translation is necessary).
3. If it is necessary to translate the instrument, a linguistic specialist will participate in the translation and back translation will be used to establish the validity of the translation. **A copy of the translated instrument will be sent to me on completion of the study for my files.**
4. **Psychometric data** for the instrument from the study data will be sent to me including reliability estimates, any relevant validity information, and results of a factor analysis, if done.
5. On completion, an **abstract of the study** will be sent to me containing a detailed description of sample characteristics, methodology and findings.
6. You will **not give a copy** of the instrument to anyone else, but rather refer him or her to me for a copy of the instrument.

Please call or write if you have questions (503-418-0502; e-mail lowen@ohsu.edu).

**ANEXO VII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA
UTILIZAÇÃO DO QESP**

Ex.^a Sr.^a Professora Doutora Bárbara Figueiredo,

chamo-me Ana Paula Prata Amaro de Sousa e encontro-me a frequentar o Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Neste âmbito, estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Autoeficácia e controlo no trabalho de parto: Um contributo para a melhoria da prática de cuidados".

A metodologia a ser utilizada envolve o desenvolvimento de um modelo de intervenção, após a qual, serão aplicados dois questionários, um de autoeficácia da Prof.-Doutora Nancy Lowe, uma autora americana e, outro, o QESP, aplicado com o objetivo de avaliar a experiência e satisfação com o parto.

Neste sentido, venho por este meio solicitar autorização para poder utilizar o referido questionário.

Sem outro assunto, agradeço desde já a disponibilidade.

Cumprimentos

Paula Prata
Prof.-Adjunto
Escola Superior de Enfermagem do Porto

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QESP

Paula

Tem a minha autorização para poder utilizar o questionário QESP no âmbito da investigação a que se refere o seu e-mail.

Atenciosamente

Barbara Figueiredo

**ANEXO VIII – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO
DOCUMENTOS PARA A COMISSÃO DE ÉTICA**

Exmo. Senhor
Il^{mo}. Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de S. João

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de investigação

Nome do Investigador Principal: Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Título do projeto de investigação: “Autoeficácia face ao controlo do trabalho de parto:
Um contributo para a melhoria da prática de cuidados“

Pretendendo realizar na Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança - Consulta de Obstetrícia e Serviço de Puerpério do Hospital de S. João o projeto de investigação em epígrafe, solicita a V. Exa., na qualidade de Investigador, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no *dossier* da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a projetos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 04 de julho de 2008

O INVESTIGADOR

**PEDIDO DE APRECIÇÃO E PARECER AO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE
ÉTICA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO, E.P.E.**

Exmo. Senhor

***II^{mo}. Presidente da Comissão de Ética do
Hospital de S. João***

Assunto: Pedido de apreciação e parecer

Nome do Investigador Principal: Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Título do projeto de investigação: “Autoeficácia face ao controlo do trabalho de parto:
Um contributo para a melhoria da prática de cuidados”

Pretendendo realizar na Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança - Consulta de Obstetrícia e Serviço de Puerpério do Hospital de S. João o projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador Principal, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier dessa Comissão respeitante a projetos de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 04 de julho de 2008

O INVESTIGADOR PRINCIPAL

O “ELO DE LIGAÇÃO”

NOTA INFORMATIVA DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

O Hospital de S. João recebe, hoje, muitos pedidos para realização de estudos de investigação, por profissionais que não pertencem a esta Instituição. Nestas circunstâncias, torna-se indispensável acautelar a confidencialidade dos dados relativos aos doentes internados, para que a respetiva identidade e bem assim outros dados pessoais não possam ser revelados sem o consentimento dos próprios.

Para responder a esta questão, a Comissão de Ética do Hospital de S. João criou a figura do “Elo de ligação” que corresponderá ao profissional de saúde que aceita assumir a responsabilidade de fazer a ligação do doente ao investigador não pertencente ao Hospital de S. João.

O “Elo de ligação” deve assim ser um profissional da equipa de saúde do doente, nomeadamente seu médico ou seu enfermeiro, conhecedor pois, pela inerência das suas funções assistenciais, dos dados pessoais do doente que acompanha.

Ao “elo de ligação” competirá, agora, efetuar um contacto prévio com o doente. Neste contacto, o profissional de saúde terá como tarefa primordial informar o doente:

1. Do interesse do investigador em contactá-lo, para o convidar a participar no estudo
2. Dos direitos que lhe pertencem para, livremente, aceitar ou recusar este contacto do investigador, sem que dessa decisão decorra qualquer prejuízo para a assistência a que tem direito
3. De que será, enquanto “Elo de ligação”, o garante do respeito pela confidencialidade de todos os seus dados que, constantes do processo clínico, nada tenham a ver com o estudo em causa

Só depois desta anuência do doente é que será possível o investigador aceder à entrevista com o doente e, agora, iniciar toda a dinâmica inerente ao processo que conduzirá a um eventual consentimento do doente a participar no estudo.

DECLARAÇÃO

Identificação do Investigador Principal:

Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Instituição a que pertence o Investigador Principal:

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Título do Estudo/Projeto de Investigação:

Autoeficácia face ao controlo do trabalho de parto: Um contributo para a melhoria da prática de cuidados

Serviço onde pretende realizar o Estudo/Projeto de Investigação:

Consulta de Obstetrícia

De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde ("elo de ligação" pertencente ao serviço onde será realizada a investigação) que fará a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares é a Sr.ª Enfermeira Cristina Maria Carvalho de Abreu Martins, o qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota informativa da CES intitulada "ELO DE LIGAÇÃO".

Data: 31 / julho / 2008

Profissional do Serviço

**Investigador(a)
Principal**

DECLARAÇÃO

Identificação do Investigador Principal:

Ana Paula Prata Amaro de Sousa

Instituição a que pertence o Investigador Principal:

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Título do Estudo/Projeto de Investigação:

Autoeficácia face ao controlo do trabalho de parto: Um contributo para a melhoria da prática de cuidados

Serviço onde pretende realizar o Estudo/Projeto de Investigação:

Serviço de Puerpério

De acordo com a ética institucional, o profissional de saúde ("elo de ligação" pertencente ao serviço onde será realizada a investigação) que fará a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares é a Sr.ª Enfermeira Maria Rosa Rocha Moreira Santos, o qual, ao assinar este documento, declara ter conhecimento da Nota informativa da CES intitulada "ELO DE LIGAÇÃO".

Data: 31 / julho / 2008

Profissional do Serviço

**Investigador(a)
Principal**

**ANEXO IX – INTERVENÇÕES PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA NO
TRABALHO DE PARTO IDENTIFICADAS PELA REVISÃO DE
LITERATURA**

Intervenções para promoção da autoeficácia no parto identificadas pela revisão de literatura

<p>Caracterizar nível de autoeficácia</p> <p>Bandura, 1977; 1981; 1986; 1997; Bzuneck, 2001; Pajares, 2002; Pereira & Almeida, 2004; Baptista, Santos, & Dias, 2006; Zinken, Cradock, & Skinner, 2008</p>
<p>Experiência anterior</p>
<p>Identificar crenças sobre trabalho de parto e parto</p> <p>Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Heyneman et al., 1990</p>
<p>Identificar estratégias de <i>coping</i> habitualmente utilizadas na gestão da dor</p> <p>Heyneman et al., 1990</p>
<p>Identificar estratégias usadas para ultrapassar situações de stresse e ansiedade</p> <p>Salveti & Pimenta, 2007; Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990</p>
<p>Identificar tendências de reação a situações percebidas como ameaçadoras, desenvolvidas a partir de experiências anteriores</p> <p>Salveti & Pimenta, 2007; Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990; Pereira & Almeida, 2004</p>
<p>Questionar sobre experiências anteriores de dor</p> <p>Conde et al., 2007, Bzuneck, 2001; Victor et al., 2005; Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010; Pender et al., 2011; McEwen & Wills, 2011; Saisto et al., 2001</p>
<p>Questionar sobre experiências anterior de parto</p> <p>Conde et al., 2007, Bzuneck, 2001, Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010; Saisto et al., 2001</p>
<p>Identificar como interpreta a dor de trabalho de parto</p> <p>Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Heyneman et al., 1990</p>
<p>Identificar expetativas relativas ao trabalho de parto e nascimento</p> <p>Conde et al., 2007; Saisto et al., 2001</p>
<p>Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i> habituais e preferidas para alívio da dor</p> <p>Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990</p>
<p>Persuasão verbal</p>
<p>Ajudar a acreditar que vai ser capaz de ultrapassar a situação com êxito</p> <p>Bandura, 1997; Pender et al., 2002</p>
<p>Fornecer <i>feedback</i> avaliativo</p> <p>Bandura, 1997</p>
<p>Organizar sessão para partilha de experiência positiva de parto</p> <p>Bandura, 1997</p>

Promover discussão intragrupo sobre procedimentos no trabalho de parto Bandura, 1977,1997; Lamaze International, 2013
Reforçar positivamente a capacidade para ser ativa no trabalho de parto Bandura,1997; Lowe, 2002
Aprendizagem vicariante
Ajudar a desenvolver um conjunto de estratégias de <i>coping</i> para o parto DGS, 2001; Lang et al., 2006; Howharn, 2008
Efetuar visita guiada ao bloco de partos Bandura, 1977,1997; Waldenström et al., 2006; Nilsson & Lundgren, 2007; Fenwick et al., 2013; Saisto et al., 2001
Explicar trabalho de parto através da visualização de vídeo Bandura, 1977,1997; Lang et al., 2006; Lamaze International, 2013
Treinar técnica de distração (envolve a dispersão da atenção sobre a dor, tanto através de técnicas passivas (a atenção é desviada para outro estímulo) como ativas (desenvolvimento de tarefas que compitam com a dor, tais como somar ou contar para trás)) Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Lang et al., 2006; DGS, 2001; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990; Saisto et al., 2001
Treinar técnica de imaginação dirigida (envolve a visualização de si próprio a executar com êxito a função desejada, utilizando componentes visuais, auditivos e emocionais) Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Lang et al., 2006; DGS, 2001; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990; Saisto et al., 2001
Treinar técnica de relaxamento Batista et al., 2006; Lang et al., 2006; DGS, 2001; Bruehl & Chung, 2004; Bradley, 2008; Mongan, 2005; Waldenström et al., 2006; Nilsson & Lundgren, 2007; Fenwick et al., 2013; Saisto et al., 2001
Treinar técnica respiratória Batista et al., 2006; Lang et al., 2005; DGS, 2001; Bradley, 2008; Mongan, 2005; Saisto et al., 2001
Treinar técnicas de conforto a utilizar durante o trabalho de parto Salvetti & Pimenta, 2007; Batista et al., 2006; Lamaze International, 2013
Instruir e treinar autodeclaração (de forma a aumentar o limiar de sensibilidade à dor, ou de forma a negar os aspetos negativos da dor ou focando nos aspetos positivos desta (reinterpretação)) Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Lang et al. 2006; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990
Instruir e treinar autoinstrução (tenta alterar as afirmações negativas sobre a dor) Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990
Instruir sobre distração pela música
Instruir sobre o ritmo de trabalho de parto Batista et al., 2006; Lang et al., 2006; Howharn, 2008; Waldenström et al., 2006; Nilsson & Lundgren, 2007; Fenwick et al., 2013; Saisto et al., 2001

Perceção de estados somáticos

Medo e ansiedade

- Ajudar a identificar e a confrontar os agentes stressores um a um

Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990; Pereira & Almeida, 2004

Ajudar a criar expectativas realistas

Conde et al., 2007; Berentson-Shaw, Scott, & Jose, 2009; Saisto et al., 2001

Ajudar a gerir emoções

Salvetti & Pimenta, 2007; Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Lang et al., 2006; Heyneman et al. 1990

Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade

Salvetti & Pimenta, 2007; Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004

Explicar sobre respostas fisiológicas e emocionais ao trabalho de parto

Drummond & Rickwood, 1997; Conde et al., 2007; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Lamaze International, 2013

Ajudar a identificar padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de *coping*

Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990

Ensinar sobre auto pensamento positivo

Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Lang et al., 2006; Heyneman et al., 1990

Explicar os procedimentos habituais no trabalho de parto

Drummond & Rickwood, 1997; Conde et al., 2007; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Lamaze International, 2013; Saisto et al., 2001

Informar sobre as sensações com que se podem deparar durante o trabalho de parto

Drummond & Rickwood, 1997; Conde et al., 2007; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Lamaze International, 2013

Informar sobre trabalho de parto e nascimento

Drummond & Rickwood, 1997; Conde et al., 2007; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Howharn, 2008; Lamaze International, 2013; Waldenström et al., 2006; Nilsson & Lundgren, 2007; Fenwick et al., 2013; Saisto et al., 2001

Ajudar a construir / elaborar um plano de parto

Lamaze International, 2013; Waldenström et al., 2006; Nilsson & Lundgren, 2007; Fenwick et al., 2013; Saisto et al., 2001

Ajudar a distinguir estados de tensão e de relaxamento

Salvetti & Pimenta, 2007; Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004

Incentivar a comunicar com os profissionais de saúde

Lamaze International, 2013

Dor
Ajudar a preparar para cada contração uterina Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Heyneman et al., 1990
Ensinar como lidar com uma contração de cada vez Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004
Ensinar sobre estratégias de manutenção do autocontrole Salvetti & Pimenta, 2007; Silva, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009; Bruehl & Chung, 2004; Lang et al., 2006; Heyneman et al., 1990
Ensinar sobre imaginar o filho durante a contração uterina Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Bruehl & Chung, 2004
Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina (de forma a perceber que estratégia de alívio da dor utilizar) Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004
Informar sobre técnicas não-farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto Lang et al., 2006; Bruehl & Chung, 2004; Bruehl & Chung, 2004; Howham, 2008; Lamaze International, 2013, Saisto et al., 2001

ANEXO X – FRASES PARA REALIZAÇÃO DO PLANO DE PARTO

Gostaria que apenas me realizassem tricotomia, se for necessária, no período expulsivo	Gostaria que me realizassem tricotomia parcial logo na admissão
Gostaria de poder tomar um duche	Gostaria que me acompanhasse durante o trabalho de parto a (o) _____
Gostaria de ter liberdade de movimentos	Gostaria de poder beber líquidos claros (água, chá)
Gostaria que só me fizessem o mínimo o número de exames vaginais	Gostaria de ter música ambiente no quarto
Gostaria de ter o máximo silêncio no quarto	Gostaria de ter luz suave no quarto
Gostaria que não me rompessem artificialmente as membranas, se o bebé estiver bem	Gostaria que o meu acompanhante assistisse à minha cesariana
Gostaria de ter monitorização intermitente, se o bebé estiver bem	Gostaria ter monitorização contínua do bebé
Gostaria de não ter medicação para a dor, a não ser que seja eu a solicitá-la	Gostaria que me fosse administrada epidural, mais para o fim do trabalho de parto
Gostaria que me fosse administrada epidural, o mais cedo possível	Gostaria de poder utilizar técnicas de conforto para o alívio da dor (bola, massagens, terapia frio/calor)
Gostaria que estivesse presente para assistir ao nascimento a (o) _____	Gostaria de poder usar os meus óculos

Gostaria de poder escolher a posição mais confortável para o nascimento do meu bebê	Gostaria de poder tocar a cabeça do meu bebê, assim que ele coroar
Gostaria de não ser submetida a episiotomia (e assino termo de responsabilidade)	Gostaria de ser submetida a episiotomia apenas em situação de risco eminente de laceração
Gostaria de ser submetida a episiotomia apenas em situação de risco de vida para o bebê	Prefiro que me seja realizada a episiotomia
Gostaria que o cordão umbilical só fosse cortado depois de deixar de pulsar	Gostaria que fosse a (o) _____ a cortar o cordão umbilical
Gostaria de pegar imediatamente no meu bebê	Gostaria que realizassem os procedimentos ao recém-nascido na minha presença
Gostaria de poder amamentar o meu bebê, na sua 1ª meia-hora de vida	Gostaria que me fosse mostrada a minha placenta
Não desejo ver a minha placenta	Gostaria de realizar uma cesariana apenas por razões clínicas, e sob efeito de epidural
Em caso de cesariana de emergência, gostaria que fosse a pessoa designada a pegar no bebê, assim que ele estivesse vestido	Gostaria de realizar uma cesariana, a meu pedido

(nome)

Local, Data

Ex.mo Sr. Director do Serviço de Urgência Obstétrica,

Dirijo-me a vós, dada a aproximação de um grande e feliz acontecimento para mim e para a minha família - o nascimento do(a) meu(minha)º filho(a).

Fiz o curso de Preparação para o Parto e estou informada das várias orientações da OMS para o parto, bem como dos estudos científicos que suportam as mesmas.

Conhecendo o bom desempenho dos profissionais do Hospital de S. João, da sua capacidade técnica e do esforço e empenho para um serviço de excelência, cada vez mais humanizado, venho com total consciência dos meus actos, solicitar-vos as seguintes condições para o meu parto:

-

Estou certa de que um parto nestas condições, onde não se descurará a segurança que deve envolver o nascimento, além de me proporcionar uma experiência gratificante e enorme satisfação, também promoverá o bem-estar físico e emocional do(a) meu(minha) filho(a).

Acredito que desta forma estaremos a dar uma grande oportunidade para o(a) nascer mais feliz!

Atenciosamente

(assinatura)