



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

A influência da preparação para o parto na antecipação do parto, na grávida
nulípara no terceiro trimestre de gravidez

Gisélia Maria Pereira Machado

Coimbra, *Fevereiro* de 2013



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

A influência da preparação para o parto na antecipação do parto, na grávida
nulípara no terceiro trimestre de gravidez

Gisélia Maria Pereira Machado

Orientadora: Doutora, Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, *Fevereiro de 2013*

2013

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Gisélia Maria Pereira Machado



“Quem não sente a ânsia de ser mais, não chegará a ser nada”

Miguel De Unamuno

À minha família, amigos e colegas pelo carinho, apoio e opinião...

À Professora Joana Fabião, pela orientação...

Às enfermeiras Isabel Cruz e Sónia Mendonça que ajudaram imensamente na recolha de questionários e a todos os outros do ACES de Cascais que me autorizaram a investigação de forma tão rápida e tão acessível,

Aos responsáveis e profissionais do HPP – Hospital de Cascais

Dr. José de Almeida que me autorizaram a aplicação de questionários, às colegas que os aplicaram,

E em especial a todas aquelas utentes que se mantendo anónimas fizeram parte desta investigação e me permitiram crescer com as suas questões e respostas.

A todos aqueles que me apoiaram e deram motivação em momentos que esta diminuía - o meu muito obrigado.

A TODOS, uma palavra de agradecimento por tornarem possível esta investigação...

RESUMO

Enquadramento: A preparação para o parto e a visita à maternidade podem influenciar a antecipação para o parto de forma positiva.

Objetivos: determinar a influência da preparação para o parto na antecipação do parto, determinar a influência da preparação para o parto com visita à maternidade na antecipação do parto e conhecer a importância da preparação para o parto com visita à maternidade na antecipação do parto.

Métodos: estudo quase-experimental, através do preenchimento de um questionário a uma amostra de 120 grávidas divididas em 2 grupos (com e sem preparação para o parto).

Resultados: a preparação para o parto influencia a antecipação do parto na subescala do “planeamento e preparação para o parto” ($p=0,000$). A preparação para o parto com visita à maternidade influencia a antecipação do parto nas subescalas “planeamento e preparação para o parto” ($p=0,000$), “expectativas quanto ao parto” ($p=0,040$) e “expectativas quanto ao pós-parto” ($p=0,020$). Quando comparada a antecipação do parto entre as grávidas que fizeram a preparação para o parto com visita à maternidade e as que não fizeram visita verificamos uma influência positiva na subescala “Expectativas quanto ao pós-parto” ($p=0,016$).

Conclusão: Este trabalho permitiu-nos dar resposta aos nossos objetivos, verificando-se a influência positiva da preparação para o parto e da visita à maternidade na antecipação do parto, em especial em relação à forma como as grávidas, nulíparas no terceiro trimestre de gestação, o planeiam, às expectativas quanto ao parto e quanto ao pós-parto e justificando a pertinência destes cursos.

Palavras-chave: *preparação para o parto; antecipação do parto e visita à maternidade*

ABSTRACT

Background: preparation for childbirth and visit to the maternity ward can have a positive influence in anticipation of childbirth.

Objectives: To determine the influence of childbirth preparation on anticipation of childbirth, to determine the influence of childbirth preparation with a visit to the maternity ward on anticipation of childbirth and to know the importance of preparing for childbirth with visit to the maternity ward on anticipation of childbirth.

Methods: A quasi-experimental study, (by completing a questionnaire on socio-demographic characteristics and the Anticipation of Childbirth Questionnaire) with a sample of 120 pregnant women divided into 2 groups (with and without preparation for childbirth).

Results: childbirth preparation influences the anticipation of childbirth in the subscale of "planning and preparation for childbirth" ($p = 0,000$). Preparing for childbirth, with visit to the maternity ward, influences the anticipation of childbirth subscales "planning and preparation for childbirth" ($p = 0,000$), "expectations about childbirth" ($p = 0,040$) and "expectations of postpartum" ($p = 0,020$). Comparing the anticipation of childbirth between pregnant woman that did preparation for childbirth with the visit to the maternity ward and those that did preparation without the visit, there's a positive influence in the subscale "expectations of postpartum" ($p=0,016$).

Conclusion: this work allowed us to achieve ours objectives, showing that preparation to childbirth and visit to the maternity ward interferes positively in the pregnancy of nuliparous women in the third trimester, especially in the way they plan and prepare to the birth and in the expectations about the birth and after it.

Keywords: childbirth preparation, anticipation of childbirth and visit to the maternity ward

LISTAGEM DE ABREVIATURAS

% - Percentagem

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

H - Hipótese

Max. - Máximo

Md – Mediana

Min. – Mínimo

n – Número de elementos/frequência

PPP – Preparação para o parto

PPP c VM – Preparação para o parto com visita à maternidade

PPP s VM – Preparação para o parto sem visita à maternidade

QAP – Questionário de antecipação do parto

s – Desvio Padrão

vA – Variável atributo

vD – Variável dependente

vi – Variável independente

$\bar{X}$ - Média

X^2 – Qui-quadrado

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Teste de Normalidade aplicado à distribuição da amostra nas variáveis em estudo.....	38
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica das grávidas da amostra de acordo com a realização ou não de preparação para o parto.....	41
Quadro 3 – Distribuição das grávidas de acordo como o número de sessões de preparação para o parto assistidas.....	42
Quadro 4 – Distribuição das grávidas de acordo com quem as acompanhou à visita à maternidade, a importância atribuída e a recomendação desta a outra grávida	42
Quadro 5 - Estudo dos itens do QAP: média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo.....	44
Quadro 6 – <i>Alpha de Cronbach</i> aplicado ao QAP	45
Quadro 7 - Alterações na media, variância e <i>Alpha Cronbach</i> se removido um item do QAP.....	46
Quadro 8 - Alpha de Cronbach aplicado ao QAP por grupo de controlo e grupo de estudo.....	47
Quadro 9 - Alterações na media, variância e <i>Alpha Cronbach</i> se removido um item do QAP no grupo controlo	48
Quadro 10 - Alterações na media, variância e <i>Alpha Cronbach</i> se removido um item do QAP no grupo de estudo	49
Quadro 11 - Média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo do QAP por subescalas no grupo de controlo	50
Quadro 12 - Média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo do QAP por subescalas no grupo de estudo	51
Quadro 13 - Influência da preparação para o parto na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação.....	52
Quadro 14 - Influência da preparação para o parto sem visita à maternidade na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação.....	53
Quadro 15 -Influência da preparação para o parto com visita à maternidade na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação.....	54
Quadro 16 - Influência da preparação para o parto com e sem visita à maternidade na antecipação para o parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação.....	55
Quadro 17 - Influência da idade da grávida na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação	56
Quadro 18 - Influência das habilitações académicas da grávida na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação	57

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 – O TERCEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ.....	13
1.2 -PREPARAÇÃO PARA O PARTO E ANTECIPAÇÃO DO PARTO.....	16
1.3 - VISITA À MATERNIDADE DO HPP-HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	22
2. METODOLOGIA	27
2.1 - TIPO DE ESTUDO	27
2.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESE	28
2.3 - VARIÁVEIS EM ESTUDO	29
2.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
2.5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS	33
2.6 – LOCAL DE ESTUDO.....	36
2.7 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	36
2.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO	38
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	39
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	39
3.2 – QUESTIONÁRIO ANTECIPAÇÃO DO PARTO	43
3.3 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	51
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	
ANEXO I – Autorização para utilização do QAP	
ANEXO II – Instrumento de Colheita de Dados	
ANEXO III – Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no ACES de Cascais	
ANEXO IV – Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida	

INTRODUÇÃO

Durante toda a gravidez e em especial no 3º trimestre, a prestação de cuidados de enfermagem especializados pressupõe competências e conhecimentos sistematizados sobre as adaptações fisiológicas e psicossociais inerentes a este período da vida do casal. Tal permite antever e prevenir complicações bem como promover a adaptação da grávida e do companheiro à gravidez e aos novos papéis sociais de futuros pais, tanto quanto possível melhorando a antecipação do parto pela grávida. Deste modo é importante ter presente que a preparação para o parto surgiu para reduzir a dor e a ansiedade associadas ao parto e à passagem do papel social de grávida para o de mãe, tal como o de companheiro para pai.

A Lei nº 142/99 de 31 de Agosto prevê que a grávida/casal possam frequentar sessões de preparação para o parto. No entanto, numa altura de crise económica onde muitos cidadãos têm trabalhos precários, não é possível ainda a todos os casais grávidos terem acesso a esse direito. A preparação para o parto permite ao casal grávido o acesso a temáticas importantes que incluem as alterações físicas e psicológicas na mulher durante a gravidez e após o parto, o ajustamento necessário ao casal para integrar os cuidados ao novo elemento, passando pelos sinais de alerta para ir ao hospital e ainda os cuidados ao recém-nascido e a sua segurança.

Tendo em consideração que, como defende a Ordem dos Enfermeiros – nas palavras de Sardo, Leite e Côtó (2007, p.12) – os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, devem assumir, entre outras competências, a responsabilidade pela conceção, implementação e avaliação de investigação, “contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da saúde reprodutiva”, através da concretização de projetos de investigação sobre a sua área de atuação, como é o caso da preparação para o parto. Neste contexto, procurando dar continuidade aos estudos desenvolvidos nesta área, como é o caso do trabalho realizado por Morgado *et al.* (2010) sobre o efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida surgiu a questão de investigação:

Qual a influência da preparação para o parto, na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação?

Deste modo os objetivos deste estudo são:

- *determinar a influencia da preparação para o parto na antecipação do parto
- *determinar a influência da preparação para o parto com visita à maternidade na antecipação do parto
- *conhecer a importância da preparação para o parto com visita à maternidade nos cuidados pré-natais disponíveis para as grávidas.

Seguiu-se com rigor a metodologia de um estudo quase-experimental. Nesse sentido, construíram-se:

- *um grupo de controlo (A), cujos elementos são grávidas nulíparas no terceiro trimestre de gestação, que não realizaram nem a preparação para o parto nem a visita à maternidade
- *um grupo de estudo (B), que por sua vez subdivide-se em B1 formado por grávidas nulíparas no terceiro trimestre de gestação que fizeram preparação para o parto e B2 constituído por grávidas que fizeram preparação para o parto e a visita à maternidade.

Para perceber os conceitos deste trabalho é necessário compreender que o terceiro trimestre da gravidez tem início na 27^a semana, altura em que se tornam mais notórias as alterações corporais induzidas pela gravidez. Como grávida nulípara consideramos o conceito apresentado por Lowdermilk (2008, p.223) a “mulher que não concluiu nenhuma gravidez em que o(s) feto(s) atingisse(m) a viabilidade” sendo que estas grávidas ainda não concluíram a presente gravidez são consideradas nulíparas. A escolha pelo terceiro trimestre de gravidez deve-se à alteração que se regista relativamente à antecipação do parto entre o segundo e o terceiro trimestre de gravidez referida por Morgado *et al.* (2010).

Assim, o presente trabalho está estruturado de forma a conferir uma leitura sucinta e objetiva, estando dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo deste trabalho apresentam-se conceitos de terceiro trimestre de gravidez, de preparação para o parto e antecipação do parto e de visita à maternidade. No segundo capítulo expõe-se a metodologia usada no estudo, com informação detalhada sobre o instrumento de colheita de dados e a sua aplicação. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados obtidos, depois a apresentamos a discussão dos resultados no quarto capítulo, as limitações de estudo no quinto capítulo. Terminamos com a conclusão onde se

apresentam os resultados mais relevantes e se apresentam algumas sugestões no sentido de dar continuidade à investigação nesta área.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente estudo situa-se no campo de investigação em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e numa área da saúde da mulher específica – o terceiro trimestre de gravidez. As alterações fisiológicas e psicossociais próprias deste período pré-parto, e a natureza do estudo, determinam a necessidade de se explicitarem alguns conceitos, nomeadamente: terceiro trimestre de gravidez, preparação para o parto e visita à Maternidade, o que permitirá uma compreensão mais ampla desta investigação. No referencial teórico, são apresentados estudos cujos resultados evidenciam os benefícios da preparação para o parto, os quais serviram de suporte para a análise e discussão dos resultados do nosso estudo.

1.1 – O TERCEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ

O facto de este trabalho se centrar no terceiro trimestre e não na totalidade da gravidez está relacionado com os resultados do estudo apresentado por Pacheco *et al.* (2005) que expõe diferenças concretas entre a forma como a grávida vivencia e antecipa o parto no segundo e no terceiro trimestre de gravidez, salientando diferenças ao nível do planeamento e preparação para o parto, da antecipação do parto, do apoio do companheiro e elementos significativos, das consequências físicas e psicológicas do parto para ela e para o recém-nascido bem como os níveis de dor esperados.

Para perceber o conceito de terceiro trimestre da gravidez é indispensável perceber que a gravidez tem a duração de 9 meses, 40 semanas ou 280 dias, sendo que está dividida em 3 trimestres. De acordo com Corbett (2008), o primeiro trimestre da gravidez termina na 13^a semana, o segundo trimestre inicia-se na 14^a semana e termina na 26^a e o terceiro inicia-se na 27^a semana, altura em que cada vez são mais notórias as alterações corporais induzidas pela gravidez.

A alteração que se regista na antecipação do parto entre o segundo e o terceiro trimestre de gravidez pode advir, em parte, da aprendizagem que é realizada ao longo

da gravidez ser frequentemente incorreta e empírica, podendo esta ser oriunda de relatos de gravidezes e partos complicados e veiculada pela tradição oral, o que faz com que muitas mulheres possam chegar ao parto desconhecendo as alterações que o seu corpo sofreu e como se processará todo o processo de trabalho de parto e pós-parto (Morgado *et al.*, 2010). As alterações físicas e psicológicas ocorrem ao longo de toda a gravidez, sendo que as mais facilmente observáveis são as físicas ou corporais.

No terceiro trimestre de gravidez são evidentes as alterações corporais: a linha alba, as auréolas e os mamilos tornam-se mais escuros e estes últimos mais proeminentes, sendo que em algumas mulheres verifica-se também um aumento do número de pelos ou alteração do seu tipo, podendo surgir em zonas onde anteriormente não eram visíveis o que pode expor um quadro de hirsutismo. Em alguns casos o crescimento das unhas e do cabelo também são afetados, sendo que as unhas podem crescer mais depressa e a queda de cabelo pode diminuir na gravidez (Lerman, 2007 e Lowdermilk, 2008).

Com frequência as grávidas referem o aumento do tamanho da mama e também o aparecimento de colostro, sendo necessário para além da mudança para soutiens que confirmem maior apoio ao peito, o uso de discos ou de compressas absorventes com o objetivo de impedir manchas na roupa devido à saída de colostro (Corbett, 2008; Lerman, 2007 e Lowdermilk, 2008).

O aumento ponderal, mesmo sendo apenas o previsto na gravidez, faz com que a grávida possa sentir-se mais pesada e desconfortável. Esta sensação é ainda muitas vezes ampliada pelo crescimento do feto e, o conseqüente, aumento de pressão do útero sobre o diafragma e caixa torácica o que dificulta a respiração, alterando os padrões respiratórios da grávida e contribuindo para um cansaço mais fácil (Corbett, 2008; Lerman, 2007 e Lowdermilk, 2008).

Para diminuir os desconfortos associados à pressão do útero sobre o diafragma é aconselhável que a grávida tente descansar em decúbito lateral e de preferência recorrendo a almofadas ou outros mecanismos para o tronco ficar num plano mais elevado.

O aumento ponderal, o crescimento do feto e conseqüentemente, o aumento do peso e volume do útero originam compressão nas veias ilíacas e na veia cava inferior, causando o aumento da pressão venosa e redução da circulação sanguínea nos membros inferiores o que pode ser minimizado pelo decúbito lateral. No entanto, é

frequente que estas alterações em conjunto originem edemas de declive, veias varicosas que podem surgir não só nos membros inferiores como na vulva e ainda hemorroidas (Corbett, 2008; Lerman, 2007 e Lowdermilk, 2008).

A nível físico registam-se ainda outras alterações com especial incidência no terceiro trimestre de gravidez. Com o aumento do volume do útero, os músculos da parede abdominal sofrem um estiramento progressivo, com decréscimo do tónus muscular, podendo inclusivamente verificar-se o afastamento dos retos abdominais. Quando este afastamento se verifica pode existir a protusão dos órgãos abdominais a nível da linha média. É nesta fase que em muitas grávidas o umbigo se torna proeminente ou se esbate. Em alguns casos o afastamento dos retos abdominais não reverte após o parto mantendo-se a diástase destes (Lowdermilk, 2008).

As alterações físicas na gravidez abrangem ainda mais aspetos, que não serão abordados por não serem específicos do terceiro trimestre ou terem especial ênfase neste. Assim torna-se importante expor agora algumas alterações ou adaptações que são realizadas a nível psicológico ou emocional pela grávida e que têm especial predomínio no terceiro trimestre.

A grávida está cada vez mais próxima do parto e nesta altura está a preparar-se para o seu novo papel social – o de mãe. O companheiro também está a preparar-se para o seu novo papel social – o de pai. Nesta fase os sentimentos de ambivalência sobre a aceitação da gravidez normalmente já não são notórios e depois do nascimento eles são esquecidos, no entanto, nos casos em que o bebé tenha alguma deficiência a mãe pode culpabilizar-se por não ter aceitado ou desejado aquela gravidez desde o início. (Corbett, 2008). Esta situação revela um conflito de papéis onde a mulher tem de assumir agora o novo papel social de mãe. Segundo Pacheco *et al.* (2005) os níveis de ansiedade existentes na gravidez vão permitir que a mulher se adapte ao novo papel de mãe. No entanto, para que tal aconteça, é necessário alguma plasticidade psicológica pois num curto espaço de tempo a mulher vê-se confrontada com alterações a nível biológico, psicológico e social. Em suma a gravidez pode ser considerada uma crise na perspetiva do desenvolvimento, sendo que para a ultrapassar a mulher tem de fazer mudanças em especial a nível dos papéis sociais e nas relações interpessoais (Pacheco *et al.* 2005).

Ser mãe/pai implica ser agente de continuidade entre as gerações, mas em simultâneo ser também agente de descontinuidade, tendo de aceitar as diferenças da individualidade do novo ser, o que provoca uma situação de ... “(des)equilíbrio entre

estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia” (Canavarro, 2001, p.17). O casal grávido pode considerar a gravidez como o decurso normal da sua relação e mesmo assim sentir em algumas alturas dificuldade em lidar com esta transição, sentindo-se especialmente confuso com esta situação (Sally *et al.*, 2004).

Sendo que, de acordo com Corbett (2008) nesta altura o apoio do companheiro e a aceitação da gravidez por este pode traduzir-se em menos sintomas físicos e emocionais, menos complicações no trabalho de parto, parto e inclusive facilitar a adaptação no pós-parto. A grávida tende a focar-se perto do parto no medo deste e das suas consequências em especial para o bebé. Partilhar essas preocupações com o companheiro e perceber que este se preocupa também com os riscos associados para ela, ajudam-na a sentir-se encorajada na relação constituída e consequentemente facilita o desenvolvimento de uma relação mais forte entre o casal (Sally *et al.*, 2004).

Em suma, o terceiro trimestre é marcado por diversas alterações a vários níveis na grávida, consequentemente podem surgir ou intensificar-se as dúvidas, os medos e as ansiedades referentes ao trabalho de parto, à dor, ao parto e à vida após o nascimento do bebé, sendo que estes segundo Morgado *et al* (2010) são diminuídos pela preparação para o parto.

1.2 -PREPARAÇÃO PARA O PARTO E ANTECIPAÇÃO DO PARTO

Os cursos de preparação para o parto, em Portugal, têm ao longo dos anos sido desenvolvidos por várias pessoas, mas nem todas elas com formação na área da saúde, motivo pelo qual foi emitido o Parecer n.º 44 / 2008 da Ordem dos Enfermeiros que especifica que compete ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica “...estabelecer um programa de preparação dos futuros pais (...) responsabilizando-se pela sua concepção e implementação, com vista a assegurar a preparação completa para o parto e para a parentalidade responsável...” preconizando que pode ser solicitado apoio a outros profissionais de saúde para levar o projeto a termo (Conselho de Enfermagem, 2008).

Posteriormente a este Parecer, é publicado em Diário da Republica a 18 de Fevereiro de 2011, o Regulamento nº 127/2011, que considera a preparação para o parto como

fazendo parte das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), competindo a este profissional conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e para a parentalidade responsável.

Atualmente, os programas de preparação para o parto são realizados maioritariamente por enfermeiros ESMO, sendo que estes continuam a ter apoio de outros enfermeiros sem essa formação que trabalham nos projetos a seu lado.

Normalmente a preparação para o parto no concelho de Cascais e na grande maioria dos concelhos de Lisboa é iniciada apenas no terceiro trimestre de gravidez, independentemente de ser realizada nas unidades de cuidados de saúde primários públicos ou nas unidades privadas. Alguns autores, como é o caso de Pacheco *et al.* (2005) expõe nos seus estudos que é no terceiro trimestre de gravidez a altura em que se verifica, por parte da grávida, um aumento na procura de informação mais estruturada referente ao trabalho de parto, ao parto e à parentalidade, informação essa que encontra nos cursos de preparação para o parto. Porém, outros autores como é o caso de Sally *et al.* (2004) são de opinião que a preparação para o parto deve ser iniciada logo no primeiro trimestre de gravidez e prolongada até ao parto, devendo abranger sempre que possível a pessoa significativa e a família.

Ao longo de vários anos, têm sido realizados estudos com o objetivo de compreender melhor se e como a preparação para o parto interfere a nível da evolução do trabalho de parto e parto, bem como do tipo de parto. Por exemplo o estudo de Campero *et al.* (2004) revela que ter o “*prenatal instructor*” (a pessoa que ministrou o curso de preparação para o parto à grávida) presente durante o parto diminui a incidência de cesariana, prática que em Portugal ainda não é habitual.

Nesta perspetiva Couto (2003) menciona, ao abordar os aspetos psicofisiológicos da mulher na gravidez e no parto, que a preparação para o parto permitirá não só melhorar a colaboração no parto como também a qualidade de vida da mulher e da criança, ajudando a criar um ambiente de estreita colaboração com os profissionais de saúde.

Couto (2006) e Morgado *et al.* (2010) justificaram a importância de trabalhar neste domínio, referindo que frequentemente a aprendizagem sobre a gravidez e o parto é realizada de forma incorreta, tendo por base as histórias e os relatos de gravidezes e partos complicados que são transmitidos pela tradição oral. Consequentemente muitas

mulheres não conhecem o seu corpo e sentem-se inseguras ou inclusive consideram patológicas alterações que podem estar a acontecer no seu corpo justificando a importância da enfermeira e da enfermagem como profissão manipuladora de saberes, atitudes e vontades.

Neste sentido, a importância que a preparação para o parto tem no acompanhamento da grávida, bem como no núcleo familiar onde ela se insere, é salientada por Corbett (2008, p. 294) quando refere que a educação perinatal (que inclui a preparação para o nascimento) serve para ajudar as mães e respetivos familiares a “tomar decisões informadas e seguras acerca da gravidez, parto e início da parentalidade” sendo esta informação que promove a adaptação da mulher às alterações da gravidez (ao invés de interpretar as mesmas como situações patológicas) e que lhe permite aumentar a perceção de controlo e a satisfação com o nascimento (Kao *et al.*, 2004).

Deste modo o Parecer n.º 44 / 2008 – 2 da Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2008) bem como o Regulamento n.º 127/2011 reforçam a importância do enfermeiro ESMO na elaboração de um plano individual de cuidados, sendo que este deve ser criado para cada grávida inserida na família/comunidade, pois a preparação para o parto pode ter um papel muito importante para a mulher, para o companheiro e a restante família. No entanto, a preparação para o parto não é motivo para deixar de existir o acompanhamento da grávida por parte do enfermeiro ESMO ao longo da gravidez, porque ambos são importantes momentos e contextos de educação para a saúde que se complementam.

Como enfermeiros ESMO é a nós que compete a vigilância, a educação para a saúde e a prestação de cuidados de saúde primários que possam minimizar uma antecipação do parto negativa, garantindo um acesso fácil e a correta transmissão de informação à grávida, contribuindo deste modo para diminuir a ansiedade da grávida (Regulamento n.º 17/2010).

A ansiedade pode ser considerada um estado emocional normal se adequado à situação que o gerou ou patológico se for uma reação desadequada ou, não existir um objeto em relação à qual ele é direcionado. A ansiedade traduz-se em componentes psicológicos e fisiológicos. (Andrade e Gorenstein, 1998)

Tendo em consideração que todas as intervenções do enfermeiro ESMO devem ser fundamentadas, é imprescindível compreender se os níveis de ansiedade não só estão associados a uma antecipação do parto mais negativa e a maiores riscos de depressão pós-parto na mulher, ou se poderão ter também, consequências para o

bebê antes mesmo do seu nascimento, ou seja enquanto feto. Neste contexto, Milanovic (2011) estudou os efeitos dos níveis de ansiedade aumentados ao longo da gravidez e a sua implicação no desenvolvimento cerebral do feto e no aumento da incidência de parto pré-termo, salientando uma correlação entre a ansiedade e estas consequências menos favoráveis para o desenvolvimento da gravidez e para o feto.

Após todas estas referências positivas sobre a preparação para o parto e a sua influência na antecipação deste pela grávida, consideramos importante referir uma vez mais que a mesma também tem influência no companheiro. A importância da preparação para o parto para o companheiro da grávida é abordada por Kao *et al.* (2004) ao afirmar que os pais que receberam preparação para o parto demonstram níveis de expectativa mais altos no que concerne aos cuidados a receber durante o trabalho de parto e ao ambiente em que os irão receber do que aqueles que não tiveram este tipo de formação.

Para o futuro pai, a gravidez é também um momento de mudança, pois este prepara-se para assumir o papel social de pai o que pode originar alguns receios e dificuldades em partilhar este momento importante com a grávida. No entanto, e apesar de ser o corpo da grávida a sofrer as profundas mudanças, tal não impede que o companheiro possa desempenhar um papel ativo na gravidez. Desta forma, ele pode “acompanhar a grávida às consultas, aos exames complementares de diagnóstico, às aulas de preparação para o parto, participar na tomada de decisões, optar por assistir ao parto ou não.” (Lerman, 2007, s.p.)

O companheiro deve ainda tentar familiarizar-se com as etapas da gravidez para que possa apoiar a grávida em todas elas, compreendendo “as suas ansiedades e mudanças de humor como os sintomas associados à gravidez [...] Deve mostrar-se mais solícito e procurar ajudar nas tarefas habituais, sempre que puder” uma vez que tem “um papel importante na auto-estima da grávida e deve mostrar-lhe que continua a vê-la como mulher” (Lerman, 2007, s.p.). Deste modo, o casal deve conversar e perceber que lugar o bebê irá ocupar no contexto familiar pois “um filho pode tornar-se um motivo de discórdia se não existir uma saudável reestruturação de papéis mãe/pai – companheira/companheiro” (Lerman, 2007, s.p.). Porém quando os casais conseguem confiar e apoiarem-se mutuamente eles são capazes de partilhar as necessidades e dependência mutua tendo o bebê um papel de reforço no casal (Cobert, 2008).

Este apoio com que o companheiro presenteia a grávida é apoiado e estimulado pelo enfermeiro ESMO, interferindo na forma como a mulher antecipa o parto. Para o enfermeiro ESMO poder desempenhar o seu papel perante o futuro pai e a grávida torna-se indispensável ter um contacto continuado com estes. Se com a grávida este contacto continuado está mais facilitado pois a legislação portuguesa permite que esta possa faltar ao trabalho para comparecer nas consultas e na preparação para o parto, porém tal não é tão simples no caso do futuro pai.

De facto, se analisarmos o enquadramento legislativo vigente em Portugal, designadamente o Artigo nº 46 da Lei 7/2009 (Dispensa para consulta pré-natal) que pretende em parte, dar resposta à possibilidade de ser realizada a preparação para o parto e que o casal possa estar presente, verificamos, no ponto 3 que a preparação para o parto é equiparada a uma consulta pré-natal, permitindo que, caso esta não possa ser realizada fora do horário de trabalho, a grávida possa frequentar a preparação para o parto sem prejuízo para a mesma. Em paralelo o mesmo artigo, no ponto 5 expõe que o pai apenas tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a grávida às consultas pré-natais.

As três dispensas anteriormente referidas devem ser consideradas como insuficientes pois caso o pai não possa gozar férias ou mudar o seu horário de trabalho terá de decidir se assistirá às três ecografias previstas numa gravidez, as quais correspondem a momentos onde pode ver o seu bebé e aumentar desta forma a sua relação com ele; ou se assistirá apenas a três das seis consultas consideradas como o número mínimo para uma gravidez vigiada, ou se participará em três sessões do curso de preparação para o parto que habitualmente é composto por um mínimo de nove sessões mais a visita à maternidade caso o casal opte por realizá-la.

É importante especificar que os dados recolhidos nesta investigação referem-se a utentes que fizeram curso de preparação para o parto em duas Unidades de Cuidados na Comunidade, cada uma com um plano de curso diferente. Ambas as unidades têm horários nos cursos diferentes ou seja não são todas as sessões de manhã ou de tarde, mas são sempre em dias uteis e em horário de trabalho diurno visto ser o horário das enfermeiras que lá trabalham.

Na Unidade de Cuidados na Comunidade Cascais Care o curso é constituído por um total de treze sessões mais uma sessão opcional que se destina à visita à maternidade do HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida (que funciona através de marcação com os enfermeiros dessa unidade). Das treze sessões, cinco são teóricas e as

restantes oito constituem a parte prática do curso. De referir que uma das sessões teóricas é realizada com a psicóloga. É também proporcionado às grávidas a opção de frequentarem aulas de atividade física com uma professora de educação física que está a fazer o doutoramento na área da atividade física na grávida. As cinco sessões teóricas são subordinadas aos seguintes temas: amamentação, cuidados ao bebé, sinais de parto, dor do parto e pós-parto/contraceção. As sessões práticas englobam os seguintes temas: conhecimento da bacia, básculas, respiração, higiene corporal, relaxamento, posições do parto e exercícios de fortalecimento, adequando-os às idades gestacionais das grávidas presentes.

Na Unidade de Cuidados na Comunidade Girassol o curso é constituído por nove sessões mais uma sessão opcional (visita à maternidade do HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida com a enfermeira que ministra o curso). Este curso está dividido em: quatro sessões práticas, quatro sessões teóricas e uma sessão teórico-prática. Nas sessões práticas estão englobados os seguintes temas: a bola de parto e exercícios do períneo; a dilatação, a expulsão e a sessão de revisão. Nas sessões teóricas estão inseridas: a segurança infantil; a fisiologia do trabalho de parto; a amamentação e o pós-parto. A sessão teórico-prática refere-se aos cuidados de higiene do bebé.

Se considerarmos que uma gravidez deve ser vivenciada pelo casal utilizando apenas os cuidados de saúde públicos, e que a mesma exige seis consultas de vigilância, três ecografias e nove a treze sessões de preparação para o parto, ou seja um total mínimo de dezoito deslocações a consultas/sessões em dias uteis e horário diurno, torna-se fundamental que o enfermeiro ESMO desenvolva esforços no sentido de criar a consciência social que o número de três dispensas conferido ao pai é deveras insuficiente e, como tal, necessita de ser revisto, apesar de estarmos numa conjuntura que se caracteriza por uma diminuição de privilégios e benefícios.

Atualmente não é questionada a importância da preparação para o parto, até porque existem diversos estudos que a comprovam, sendo que esta pode assumir vários nomes, formatos e número de sessões. No entanto, continuam a realizar-se estudos para perceber qual a forma mais eficaz de preparação para o parto. Num desses estudos, realizado na Austrália, investigaram qual o formato de preparação para o parto que seria melhor sucedido na prevenção da depressão pós-parto em grávidas com risco acrescido (Buist, Westley e Hill, 1999). A conclusão desse estudo evidência que nos cursos de preparação para o parto com maior número de sessões (dez sessões) e que incluíam a visita à maternidade as grávidas participantes

apresentavam-se mais satisfeitas com o curso e registava-se uma diminuição do risco de depressão pós-parto (Buist, Westley e Hill, 1999). Estes resultados estão em concordância com os de outros estudos que expõem a importância do conhecimento prévio do local do parto para diminuição da ansiedade e *stress* na grávida (Kao *et al.*, 2004). Nesta perspetiva a visita à maternidade assume cada vez mais importância.

No caso do nosso estudo, os cursos de preparação para o parto frequentados pelas grávidas têm um total mínimo de dez sessões onde se engloba a visita à maternidade, embora esta seja sempre opcional, até porque nem todas as grávidas optam por ter o seu parto no hospital da sua área de residência.

As utentes do ACES de Cascais cujo hospital da área de referência é o HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida têm acesso à visita à maternidade através do curso de preparação para o parto, bem como, através do próprio hospital que desde 2010, ano da sua abertura realiza esta visita semanalmente. A visita que é organizada pelo HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida é de inscrição livre para qualquer grávida no terceiro trimestre de gestação, independentemente da área de residência e de fazer ou não preparação para o parto. Para combater algum défice de informação nas grávidas que não fazem preparação para o parto, facilitar a compreensão da visita à maternidade, bem como esclarecer o funcionamento dos serviços, esta visita está organizada em duas partes, uma teórica e outra prática.

Perante os factos anteriormente expostos e como autores como Pirdel e Pirdel (2009) e Lowdermilk e Perry (2008) expõem que a ansiedade tende a diminuir com a preparação para o parto ou o conhecimento prévio do local de parto, como tal torna-se então importante compreender um pouco mais como a preparação para o parto e a visita à maternidade podem influenciar a antecipação do parto pela grávida.

1.3 - VISITA À MATERNIDADE DO HPP-HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA

A visita à Maternidade do HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida é, para todos os efeitos, considerada uma sessão de preparação para o parto independentemente de ser realizada através do hospital ou do ACES de Cascais, permitindo assim, a dispensa da grávida e, caso seja desejo do casal, a dispensa do acompanhante do trabalho para poderem estar presentes. A visita é feita em horário

laboral pois é conduzida pelo enfermeiro da consulta do HPP – Hospital de Cascais ou pelo enfermeiro do ACES de Cascais durante o seu horário de trabalho.

A marcação é realizada antecipadamente:

a) Pela grávida ou pelo acompanhante, presencialmente na consulta, por telefone, telemóvel ou ainda por correio eletrónico. Esta visita implica marcação prévia pois é realizada em grupos com um número máximo de dez a doze pessoas (incluindo grávidas e acompanhantes). De referir que as grávidas são informadas da existência da visita através das Unidades de cuidados de Saúde Primários e aquando das suas consultas no HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida.

.

b) Pela enfermeira ESMO do ACES de Cascais que forma um grupo com as grávidas que estão a fazer preparação para o parto e marca o dia e a hora em que faz a visita à maternidade com elas.

O limite no número de pessoas que constituem o grupo está relacionado com as infraestruturas, sendo difícil reunir um grupo superior de pessoas nos espaços físicos disponíveis. A possibilidade da grávida trazer o acompanhante (preferencialmente a pessoa que irá apoiá-la durante o trabalho de parto) visa permitir que este também possa conhecer o espaço e as regras de funcionamento antecipadamente.

De acordo com Donovan (1995) o companheiro pode sentir que as sessões de preparação para o parto não transmitem toda a informação que precisa e que não sabe como lidar com as situações e as expectativas da grávida. Ao poder estar presente na visita pode receber mais informação e perceber melhor quais as expectativas que a grávida tem em relação ao momento, contribuindo para uma maior satisfação do casal.

O contacto com as Unidades de Cuidados de Saúde Primários permitiu-nos perceber que uma parte das grávidas não faz preparação para o parto e como queremos garantir a procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001) optamos por organizar a visita à maternidade em duas partes, a primeira teórica e a segunda com a visita propriamente dita às instalações do Bloco de Partos, Puerpério e Projeto Nascer Cidadão. De notar que a visita à maternidade realizada pela Enfermeira do ACES de Cascais não tem esta parte teórica tão demarcada pois

ela acompanha as grávidas ao longo da preparação para o parto e faz a explicação teórica durante essas sessões e durante a própria visita.

Parte teórica da visita à maternidade

A parte teórica da visita à Maternidade é realizada com vista à exposição de conteúdo teórico onde se visa a uniformização de conceitos e informação à grávida/casal sendo apenas realizada pelo HPP – Hospital de Cascais visto como foi exposto anteriormente as grávidas/casais que fazem a visita à maternidade com a Enfermeira do ACES de Cascais já estão a fazer preparação para o parto, conhecendo previamente os seguintes temas:

- 1 – Os motivos de vinda à urgência;
- 2 – O que trazer aquando da vinda para o HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida;
- 3 – As regras de funcionamento do Bloco de Partos, puerpério e Projeto Nascer Cidadão;
- 4 - A analgesia/anestesia epidural e outras formas farmacológicas de alívio da dor. O uso do duche, da deambulação e da bola de *Pilates* para alívio da dor;
- 5 – Os tipos de parto, as características do recém-nascido e primeiros cuidados;
- 6 - Duração mínima dos internamentos.

Parte prática da visita à maternidade

A parte prática da visita à Maternidade consiste em visitar uma sala do Bloco de Partos, o Puerpério e a sala onde decorre o Projeto Nascer Cidadão.

No bloco de partos visita-se uma sala de parto, onde normalmente se processa todo o trabalho de parto e parto (excetuo cesarianas), explicando o funcionamento dos principais equipamentos e incentivando os casais a colocarem as questões sobre a utilidade destes para facilitar a sua habituação ao espaço. Pirdel e Pirdel (2009) referem que o medo do desconhecido e a ansiedade causada por estar num ambiente estranho altera a perceção da dor no trabalho de parto aumentando-a, como tal é importante que a grávida possa familiarizar-se com a sala de parto.

A presença de sons altos ou estranhos podem também aumentar a ansiedade da grávida interferindo negativamente na perceção da dor no trabalho de parto, como tal

é exposto que, apesar dos quartos terem radio, podem trazer a sua música desde que tragam um aparelho para a ouvir, é também permitido o uso de telemóvel na sala mas sem som o que permite manter a família informada de acordo com aquilo que o casal considere importante (Pirdel e Pirdel, 2009).

Após a visita ao Bloco de Partos, segue-se a visita ao Puerpério, onde os quartos são neste momento individuais, mostrando no percurso as infraestruturas do serviço e os circuitos que a grávida e os visitantes irão realizar.

Nesta altura aproveita-se para recordar/informar sobre as regras para prevenção de acidentes com os recém-nascidos, informando da obrigatoriedade de apresentar aquando da alta um dispositivo de transporte do recém-nascido de acordo com as normas de circulação rodoviária.

No final é apresentada a sala onde funciona o Projeto Nascer Cidadão, explicando-se o seu funcionamento, tendo como objetivo o registo do recém-nascido ainda no hospital.

Ao longo desta parte da visita, procede-se à apresentação dos profissionais de saúde que estejam no serviço com o objetivo de familiarizar as grávidas/acompanhantes com a equipa multidisciplinar o que, segundo Pirdel e Pirdel (2009) contribui para diminuir a ansiedade da parturiente.

No final da visita à maternidade, as grávidas/casais dispõem ainda de algum tempo para colocarem questões ou dúvidas que não tenham sido esclarecidas ou que tenham surgido no decorrer da própria visita, esta possibilidade aumenta a eficácia da visita pois o seu objetivo é diminuir a ansiedade, favorecendo a antecipação do parto de forma positiva através da apresentação do espaço físico desconhecido e esclarecendo as dúvidas existentes (Pierdel e Pierdel, 2009).

2. METODOLOGIA

Após o enquadramento teórico onde foram revistos e expostos os conceitos necessários para a justificação deste trabalho de investigação e a sua compreensão, surge agora a etapa que se demarca pela indispensabilidade de decidir qual a metodologia a ser utilizada, qual o tipo de estudo que é necessário ser realizado para dar resposta à questão de investigação e verificar as hipóteses (Quivy e Campenhoudt, 1998).

De acordo com vários autores, apesar de em todos os trabalhos elaborados de acordo com a metodologia de investigação as etapas serem idênticas, é imprescindível perceber que a escolha do método depende não só da natureza da questão de investigação a dar resposta, mas também, da forma como o investigador a percebe e o meio onde visa desenvolver o seu trabalho (Quivy e Campenhoudt, 1998; Gil, 2007 e Fortin, 2009). Desta forma, de seguida apresentamos as opções metodológicas com vista a determinar a “influência da preparação para o parto na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação”.

2.1 - TIPO DE ESTUDO

Para definir o tipo de estudo é necessário ter presente a questão de investigação, os objetivos, e os meios disponíveis. Gil (2007, p.44), expõe que tal nem sempre é fácil pois “esta classificação não pode ser tomada como absolutamente rígida, visto que algumas pesquisas, em função das suas características, não se enquadram facilmente num ou noutro modelo.” Contudo, Fortin (1999) expõe que se tivermos um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas às questões de investigação ou hipóteses tal será mais fácil.

Nesta lógica e visto que o intuito é desenvolver “um estudo cujo propósito seja o de testar a eficácia de alguma intervenção” (Polit e Hungler, 1995, p.73) optamos por realizar um estudo quantitativo para dar resposta à questão de investigação.

Segundo Gil (2007, p.47) as pesquisas podem ser classificadas de acordo com os seus objetivos e com os procedimentos técnicos utilizados. Neste caso trata-se de uma pesquisa quase-experimental pois esta “consiste em determinar um objeto de

estudo, selecionar as variáveis que seriam capazes de influenciá-lo, definir as formas de controlo e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto” sendo a grande diferença em relação à pesquisa experimental a impossibilidade de garantir a distribuição aleatória dos elementos que farão parte dos grupos de estudo. Sendo que os objetivos deste estudo são:

*identificar a influência da preparação para o parto na antecipação do parto

*identificar a influência da preparação para o parto com visita à maternidade na antecipação do parto

*conhecer a importância da preparação para o parto com visita à maternidade nos cuidados pré-natais disponíveis para as grávidas.

Em paralelo, um estudo quase-experimental, sendo em tudo semelhante ao estudo experimental, é mais exequível e mantém a “possibilidade de generalização” (Polit e Hungler, 1995, p.117).

A pesquisa quase-experimental pode ter uma ou mais variáveis independentes, neste caso iremos estudar uma variável independente - a preparação para o parto.

2.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESE

Um trabalho de investigação tem de ter obrigatoriamente pelo menos uma hipótese, sendo que “a hipótese traduz, por definição, este espírito de descoberta que caracteriza qualquer trabalho científico” bem como “fornece à investigação um fio condutor particularmente eficaz” o que permite clarificar o que o investigador espera encontrar no final do estudo (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.119).

De acordo com o enquadramento teórico exposto a questão de investigação será:

Q Qual a influência da preparação para o parto, na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação?

E as hipóteses colocadas:

H1 - A preparação para o parto influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação;

H2 - A preparação para o parto sem visita à maternidade influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação;

H3 - A preparação para o parto com visita à maternidade influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação;

H4 - Existe diferença entre a antecipação para o parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação, consoante tenha sido realizada preparação para o parto sem visita à maternidade ou com visita à maternidade.

H5 - A idade da grávida influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

H6 - As habilitações académicas da grávida influenciam a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação.

2.3 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

Numa investigação, os conceitos passam a ser variáveis, sendo que quando a investigação se relaciona com o ser humano quase todos os seus aspetos podem ser considerados como variáveis, ou seja, “quando se leva em conta a variedade e a complexidade das pessoas e das suas experiências, fica claro que quase todos os aspectos (...) podem ser considerados variáveis.” (Polit e Hungler, 1995, p.25). No entanto devemos distinguir os tipos de variáveis a ter em consideração no nosso estudo, assim, temos variáveis atributo, variável dependente e variável independente.

As variáveis atributo são, segundo Polit e Hungler (1995, p.373) “características preexistentes de uma entidade que está sendo investigada e que o pesquisador, simplesmente observa e mensura”, com o intuito de descrever a amostra.

Como forma de caracterizar e descrever melhor a nossa amostra optámos por incluir as seguintes variáveis atributo:

VA – Idade da grávida - operacionalizada como grupo etário para facilitar o seu tratamento estatístico e possíveis comparações dos resultados obtidos com as pirâmides etárias usadas na caracterização da população, desde modo os grupos etários formados foram dos 18 aos 19 anos devido a não termos grávidas no nosso estudo com menos de 18 anos, dos 20 aos 24anos, dos 25 aos 29 anos, dos 30 aos 35 anos e finalmente dos 35 aos 39 anos, englobando assim as idades de todas as grávidas no estudo.

VA – Profissão – a profissão foi preenchida pela grávida, sendo depois integrada na base de dados de acordo com a classificação nacional de profissões e os seus nove grandes grupos (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001).

vA – Habilitações académicas – foram operacionalizadas em três subgrupos para facilitar o seu tratamento estatístico tendo sido considerados os subgrupos até ao 9º ano, anteriormente considerada escolaridade mínima obrigatória; subgrupo ensino secundário considerado atualmente escolaridade mínima obrigatória e subgrupo ensino superior considerado como formação acima da escolaridade mínima obrigatória.

vA – Situação laboral da grávida – foi operacionalizada em sete opções, visando as situações mais frequentes em relação à situação laboral (desempregada a receber subsidio de desemprego, desempregada sem receber subsidio de desemprego, em estagio remunerado, em estágio não remunerado, empregada com contrato a termo certo e com contrato sem termo ou efetiva) e ainda a opção outra, seguida de espaço para especificar

vA – Relação conjugal – a relação conjugal considerou o estado civil solteira, casada, em união de facto, divorciada e ainda viúva.

vA – Tempo de gestação em semanas – para facilitar o tratamento estatístico foram estabelecidos três subgrupos, compreendendo estes entre as 27 e as 30 semanas, entre as 31 e as 35 semanas e entre as 36 e as 40 semanas.

vA – Com quem reside – esta variável foi colocada sobre a forma de questão e depois codificada na base de dados, formando grupos de acordo com as resposta ficando com o grupo companheiro, grupo pais da grávida, grupo família mais alargada, o grupo sozinha e inda o grupo não responde.

Nesta investigação quase-experimental existe um grupo de controlo e um grupo de estudo, sendo que o primeiro será utilizado como base para a avaliação do desempenho do grupo de estudo, no que diz respeito à mesma variável dependente.

A variável dependente, citando Polit e Hungler (1995, p.373), é “a variável de resultado que interessa ao pesquisador (...) que é formulada como hipótese para depender de outra variável”, sendo neste estudo:

vD - a antecipação do parto

Associado à variável dependente existe sempre pelo menos uma variável independente, “a variável que segundo a crença, causa ou influencia a variável dependente” Polit e Hungler (1995, p.373). Sendo neste trabalho:

vI - a preparação para o parto.

2.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo de acordo com Fortin (2009) é a população que é objeto de estudo e que tem em si presente um conjunto de elementos com características comuns. Neste estudo e tendo em conta o enquadramento teórico apresentado a população que dará origem à nossa amostra pertencerá ao universo das grávidas que:

- Façam preparação para o parto durante o mês de Outubro na Unidade de Cuidados Comunitários Cascais Care;
- Façam preparação para o parto durante o mês de Outubro na Unidade de Cuidados Comunitários Girassol ou
- Façam consulta de referência no HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida no mês de Dezembro.

Para seleccionar os indivíduos da nossa amostra foram estabelecidos os seguintes critérios:

- Serem mulheres maiores de 18 anos com vista a garantir que o consentimento informado possa ter uma assinatura válida sem necessidade de a solicitar ao responsável legal ou tutor;
- Estarem no terceiro trimestre de gravidez visto que a preparação para o parto apenas é normalmente iniciada neste trimestre e que de acordo com Pacheco *et al.* (2005) existe diferenças na antecipação para o parto no segundo e no terceiro trimestre de gravidez;
- Serem nulíparas para evitar que experiencias pessoais anteriores invalidassem os resultados, sendo que nulípara segundo Lowdermilk (2008, p.223) é uma “mulher que não concluiu nenhuma gravidez em que o(s) feto(s) atingisse(m) a viabilidade” sendo que estas grávidas ainda não concluíram a presente gravidez são consideradas nulíparas.
- Serem gestantes com gravidez de baixo risco para garantir uma maior uniformização da amostra visto que a colheita de dados decorreu a nível do ACES CASCAIS onde em consulta apenas são vigiadas as grávidas de baixo risco e do HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, na consulta de obstetrícia.

A amostra, sendo definida através da seleção de parte ou subconjunto de uma dada população será, por uma questão de tempo e dificuldade na obtenção de autorização para aplicação de questionários em alguns locais, constituída segundo o método de amostragem não probabilística, ou seja, em que os indivíduos são “facilmente

acessíveis e que correspondem a critérios de inclusão precisos (...) que estão no local certo e no momento certo” (Fortin, 2009, p.321) e “são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostragem atingir o tamanho desejado” (Fortin, 1999, p.208).

Para a dimensão da amostra definimos o número de 120 indivíduos, nulíparas no 3º trimestre de gestação, sendo formados 2 grupos:

*o grupo A (grupo de controlo) constituído por 60 grávidas nulíparas, no terceiro trimestre de gestação que não realizaram preparação para o parto nem visita à maternidade;

*o grupo B (grupo de estudo), formado por 60 grávidas nulíparas no terceiro trimestre de gestação que fizeram preparação para o parto.

O grupo B subdivide-se em B1, formado por 30 grávidas que não fizeram visita à maternidade durante a preparação para o parto e, pelo B2 constituído por 30 grávidas que fizeram a visita à maternidade durante a preparação para o parto.

Desta forma, a comparação entre o grupo A e B (B1+B2) permite-nos compreender qual a influência da preparação para o parto na antecipação do parto. A comparação do subgrupo B1 com B2 permite-nos compreender se existe influência da visita à maternidade na antecipação do parto nas grávidas nulíparas no terceiro trimestre de gestação a fazerem preparação para o parto.

No estabelecimento da amostra procuramos determinar critérios que garantam o estabelecimento de um certo grau de equivalência entre os grupos de forma a aumentar a validade interna (Fortin, 1999, p.191). Optámos por uma amostra constituída por 120 sujeitos, pois como referem Carmo e Ferreira (1998, p.196) “...são necessários pelo menos 30 sujeitos para estabelecer se existe ou não uma relação entre duas variáveis” sendo que estes autores especificam ainda que nos estudos experimentais e causal-comparativos é normalmente recomendado uma amostra não inferior a 30 sujeitos por grupo, apesar de Polit, Beck e Hungler (2004) considerarem apenas uma amostra de 20 a 30 indivíduos por variável.

Deve referir ainda que o procedimento de seleção foi igual para os dois grupos. O instrumento de colheita de dados foi distribuído pelas enfermeiras às grávidas, nulíparas maiores de 18 anos e no terceiro trimestre, quando estas compareciam em consultas ou em sessões de preparação para o parto.

2.5 – PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nesta fase da investigação, é onde normalmente se constrói um instrumento de colheita de dados que permita a obtenção dos resultados para dar resposta à questão de investigação. No nosso caso específico parte desse instrumento já se encontrava construído e amplamente testado, sendo apenas necessário construir a primeira parte do instrumento, aquela que nos permitiria caracterizar a nossa amostra a nível cultural, económico e demográfico.

Assim, o nosso instrumento tem duas partes: a parte I constituída por questões que permitem a caracterização da amostra e a parte II constituída pelo QAP – questionário de antecipação do parto (Costa *et al.*, 2005). Visto a segunda parte ser de preenchimento pela própria grávida e a dispersão dos locais de colheitas de dados não permitir que o investigador estivesse sempre presente optou-se por formular as questões da primeira parte de modo a que estas também pudessem ser preenchidas pela grávida ou seja, é um questionário de administração direta (Quivy e Campenhoudt, 1998).

De acordo com Pacheco *et al.* (2005) existem alguns dados a nível cultural e económico que influenciam a forma como a grávida antecipa o parto, deste modo para além das perguntas de caracterização da amostra como a idade da grávida, o tempo de gravidez (para garantir que está no terceiro trimestre de gestação), foram também englobadas as questões sobre com quem vive, a situação laboral, as habilitações académicas e o estado civil /relação conjugal, bem como estes dados relativamente ao pai do bebé. De referir, no entanto, que não foi possível proceder à análise das variáveis relativas aos pais dos bebés no âmbito deste trabalho. Optou-se por colocar a expressão pai do bebé em vez de marido, namorado ou companheiro pois na realidade em alguns casos o pai do bebé não tem um grau de relação igual aos expostos anteriormente. Deste modo ficamos com 8 questões.

Foram ainda criadas mais três questões com vista a saber se a grávida:

- Está a fazer preparação para o parto, quantas sessões frequentou e quantas sessões tinha o curso. Esta questão está relacionada com o facto de existirem estudos que referem que são necessárias pelo menos quatro sessões para se verificarem alterações na antecipação do parto e que cursos com um número maior de sessões (10 sessões) trariam maiores vantagens para as grávidas (Buist; Westley e Hill, 1999; Pacheco *et al.* (2005); Morgado *et al.* 2010 e Lowdermilk e Perry 2008);

- Se fez a visita à maternidade sozinha ou acompanhada. A pertinência desta questão relaciona-se com a opinião de vários autores, como é o caso de Kao *et al.* (2004) que referem a importância do acompanhante e do conhecimento prévio do local do parto
- Se recomenda a visita à maternidade a outra grávida. Esta última questão permite perceber se a grávida considerou que a visita foi importante, pois a mesma é de carácter voluntário.

A parte II do instrumento de colheita de dados é constituída pelo QAP – Questionário de Antecipação do Parto de Costa *et al.* (2005) e cuja autorização de utilização se encontra presente no Anexo I.

A forma como uma pessoa antecipa determinado evento pode variar, sendo que o Questionário de Antecipação do Parto, referido ao longo deste trabalho como QAP foi construído em Portugal para a população portuguesa unicamente com o intuito de avaliar a forma como a mulher grávida antecipa o parto. O QAP foi desenvolvido por Costa *et al.* (2005) e, para além de permitir analisar a antecipação que determinada grávida faz do seu parto é também um indicador do risco que essa mulher apresenta de depressão no pós-parto. Este instrumento teve na sua origem questionários que são usados noutros países como é o caso da *CAME – Contextual Assessment of the Maternity Experiency*.

Costa *et al.* (2005, p.267) expõe que este questionário contém 6 subescalas que revelam a antecipação da experiencia de parto: “Planeamento e preparação para o parto”, “expectativas quanto ao parto”, “preocupações quanto a saúde e consequências adversas do parto”, “expectativas quanto ao pós-parto”, “expectativas quanto a relação com o bebé e com o companheiro” e “expectativas quanto ao suporte social”.

A subescala “planeamento e preparação para o parto”, bem como a subescala “expectativas quanto ao parto” permitem compreender como a grávida se está a organizar em relação não só ao parto mas também ao seu novo papel social como mãe. Ou seja, estas subescalas indicam não apenas a preparação a nível físico como também a nível psicológico ou emocional. Apesar da preparação para o parto contribuir para uma antecipação do parto mais positiva, é nas subescalas anteriormente referidas que ela tem uma maior influencia (Morgado *et al.*, 2010). É imprescindível referir que Morgado *et al.* (2010) também expõe que as grávidas que a frequentam pelo menos quatro sessões de preparação para o parto têm valores mais favoráveis.

A utilização do questionário de antecipação do parto nesta investigação, permitir-nos-á avaliar qual o efeito da preparação para o parto sem e com visita à maternidade na forma como a grávida antecipa o seu parto e, consequentemente, perceber se esta pode ser usada como instrumento para tornar essa antecipação mais positiva. Tal reveste-se de extrema importância como refere Costa *et al.* (2005, p.282) “dadas as consequências negativas quer para a mãe”, quer para a formação da díade, “que podem advir da ansiedade experienciada durante a gravidez, a prevenção reveste-se de fundamental importância para garantir o bem-estar das mães e dos seus bebés”.

O QAP é constituído por um total de 52 perguntas, que se dividem num conjunto de 3 questões cuja resposta assume um formato dicotómico (sim ou não) e nas restantes 49 perguntas a resposta é feita em escala tipo *Likert* com quatro opções de resposta que vai de 1 a 4. Estas perguntas estão organizadas em subescalas sendo que quanto mais alta a pontuação mais positiva é a antecipação do parto por parte da grávida. As subescalas são formadas de acordo com Costa *et al.* (2005, p.274) por apenas 51 das 52 questões. Desta forma temos as seguintes subescalas:

- “Subescala 1 - Planeamento e preparação para o parto, constituída por 8 itens (questões 30, 31, 32, 33, 38, 41, 42, 47) ”;
- “Subescala 2 - Expectativas quanto ao parto, constituída por 14 itens (1, 2, 9, 10, 11, 34, 35, 38, 39, 43, 44, 48, 49, 52) ”;
- “Subescala 3 - Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto, constituída por 13 itens (14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28)”;
- “Subescala 4 - Expectativas quanto ao pós-parto, constituída por 6 itens (3, 4, 5, 6, 7, 8) ”;
- “Subescala 5 – Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro, constituída por 4 itens (12, 13, 25, 26) ”;
- “Subescala 6 – Expectativas quanto ao suporte social, constituída por 7 itens (29, 36, 37, 45, 46, 50, 51) ”.

De acordo com o mesmo autor este instrumento é “fidedigno (Teste-reteste =0,690), com boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* = 0,8512 e *Split-Half* = 0,5895) (...) e capaz de estimar adequadamente a antecipação que a grávida faz do parto” sendo o primeiro instrumento construído e validado para tal em Portugal (Costa *et al.*, 2005, p.266).

Apesar da segunda parte do instrumento de colheita de dados já ter sido testada na população portuguesa optou-se por testar o nosso instrumento de colheita de dados

na sua totalidade, primariamente numa grávida que correspondia aos critérios de seleção da amostra que questionou se os dados sobre o “companheiro/marido” eram mesmo sobre ele ou sobre o “pai do bebé”, o que determinou a reformulação da primeira parte do questionário colocando os dados sobre o “pai do bebé” em vez de “companheiro/marido”. Após esta alteração o instrumento foi aplicado a 4 grávidas com características idênticas, sendo o tempo médio de preenchimento de quinze minutos e não tendo surgido dúvidas neste.

Após a receção dos diversos questionários notou-se que algumas grávidas responderam à pergunta 2 (o tempo de gravidez em semanas) especificando para além das semanas o número de dias de gestação, sendo que apenas foram consideradas as semanas na inserção dos dados. Verificou-se também que alguns questionários não tinham o QAP totalmente preenchido, tendo estes sido eliminados.

O instrumento de colheita de dados encontra-se no Anexo II.

2.6 – LOCAL DE ESTUDO

A colheita de dados foi feita no mês de Outubro e Novembro no ACES de CASCAIS, mais especificamente na Unidade de Cuidados na Comunidade Cascais *Care* e na Unidade de Cuidados na Comunidade Girassol e no HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida no mês de Dezembro.

O ACES de CASCAIS pertence à área de abrangência do HPP – Hospital de Cascais, que contou com um total de 2439 partos em 2011 (segundo os registos da sala de partos). O HPP tem afeto à área da Saúde da Mulher três sectores específicos: a consulta externa onde é realizada toda a vigilância das grávidas em ambulatório e a vigilância ecográfica de algumas grávidas internadas, o serviço de urgência e Bloco de Partos e o Serviço do Puerpério – Ala Sul.

Todas estas áreas são dadas a conhecer às utentes na Visita à Maternidade. Se na altura da visita as instalações não estiverem disponíveis é realizada uma visita virtual através de fotografias.

2.7 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspetos éticos desta pesquisa tal como refere Fortin (2009, p.180) tomam “em conta a responsabilidade do investigador a respeito da proteção dos direitos da

pessoa”. Nesta lógica, numa investigação é necessário considerar os 7 princípios éticos formulados no *Énoncé de politique*:

- 1 – O respeito pelo consentimento livre e esclarecido;
- 2 – O respeito pelos grupos vulneráveis;
- 3 – O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais;
- 4 – O respeito pela justiça e pela equidade;
- 5 – O equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes;
- 6 – A redução dos inconvenientes e
- 7 – A otimização das vantagens.

Neste sentido a todas as grávidas que aceitaram participar neste estudo foi dado o questionário em que na primeira página explica o estudo e pede o consentimento da utente. Esta primeira folha é destacada das restantes, sendo guardada em pastas diferentes dos questionários para garantir a confidencialidade, pois tal como diz Fortin (2009, p.183) “ O consentimento informado do sujeito humano é essencial” e o anonimato também.

Além destes aspetos foi ainda providenciado:

- 1 - A autorização do ACES de CASCAIS através do pedido presente no Anexo III;
- 2 - A obtenção da autorização do conselho de administração do HPP – Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida através de pedido apresentado no Anexo IV;
- 3 - A omissão dos dados que permitissem identificar as grávidas que participaram no estudo, garantindo assim o seu anonimato.

Apesar de não ser previsto advirem consequências negativas para as grávidas do preenchimento do questionário, o facto de se encontrarem presentes no mesmo espaço físico que a Sra. Enfermeira que as acompanha permitiu-lhes colocar questões ou expressarem qualquer situação que o questionário levantasse garantindo o apoio na sua resolução. As grávidas tiveram ainda o acesso ao correio eletrónico do investigador podendo usá-lo para colocar questões ou saber os resultados finais do estudo.

De notar que os questionários foram preenchidos em ambiente que permitia a total confidencialidade das respostas dadas, não induzindo a grávida a dar respostas diferentes por receio.

2.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para o tratamento estatístico foi criada uma base de dados em SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), neste caso, recorrendo à versão 20, em inglês.

Nesta base de dados foram inseridos todos os dados obtidos e foi através dela que foram realizados todos os cálculos estatísticos, descritivos e analíticos que serão presentes neste trabalho. Para a organização das tabelas utilizámos o programa Microsoft Word 2007®

A análise descritiva das variáveis

A verificação das hipóteses, que constitui um processo fundamental de inferência estatística de uma população a partir de uma amostra, foi realizada recorrendo-se ao uso de testes não paramétricos pois, como é possível ver no quadro 1, os testes de normalidade demonstram uma distribuição anormal da amostra ($p < 0,05$) em pelo uma das suas variáveis. Perante uma situação destas Polit, Beck e Hungler (2004), determinam que os testes paramétricos não são adequados.

Desta forma recorreremos ao teste Mann-Witney que, como referem Polit, Beck e Hungler (2004), testa a diferença nas classificações das média de ordenação em dois grupos independentes para as duas primeiras hipóteses e ao teste de Kruskal-Wallis para testar as duas ultimas hipóteses visto permitir testar três ou mais grupos independentes através das média de ordenação. Para os efeitos de análise consideramos que se aceita como significativo um nível de significância (p) igual ou inferior a 0,05 como é sustentado por Polit, Beck e Hungler (2004).

Quadro 1 - Teste de Normalidade aplicado à distribuição da amostra nas variáveis em estudo

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Valor	n	p	Valor	n	p
Planeamento e preparação para o parto	0,148	120	0,000	0,962	120	0,002
Expectativas quanto ao parto	0,094	120	0,011	0,983	120	0,149
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	0,136	120	0,000	0,932	120	0,000
Expectativas quanto ao pós-parto	0,136	120	0,000	0,944	120	0,000
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	0,135	120	0,000	0,950	120	0,000
Expectativas quanto ao suporte social	0,176	120	0,000	0,929	120	0,000

a. Lilliefors Significance Correction

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No que se refere à apresentação e análise dos dados, começamos pela caracterização da amostra sendo depois testadas as hipóteses formuladas. Para facilitar a leitura do trabalho os quadros mais extensos são apresentados em apêndice, referindo-se no texto apenas os valores mais importantes que constam nos mesmos.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Através da apresentação e análise de diversos quadros, passamos então à caracterização da amostra de grávidas deste estudo, que como foi referido, é constituída por 120 grávidas (n), 60 das quais pertencentes ao grupo de controlo, constituindo as restantes 60 o grupo de estudo. Das 60 grávidas que pertencem ao grupo de estudo 30 realizaram a visita à maternidade. No quadro 2 apresenta-se a caracterização da amostra relativamente ao grupo etário, habilitações académicas, situação laboral, estado civil, agregado familiar e idade gestacional.

No quadro 2, podemos verificar que as grávidas que não fazem preparação para o parto são por norma mais novas, com 20 grávidas (33,3%) entre os 25 e 29 anos num total de 39 (65,0%) entre os 18 e os 29 anos. As grávidas que fazem preparação para o parto são por norma mais velhas, sendo que 31 (51,7%) têm entre 30 e 34 anos, num total de 37 (61,7%) entre os 30 e os 39 anos.

Nesta amostra podemos perceber que 17 grávidas (28,3%) que não fizeram a preparação para o parto têm habilitações académicas até ao 9º ano, enquanto entre as grávidas que fazem preparação para o parto nenhuma tem um nível académico tão baixo, sendo que na sua maioria (38 grávidas ou 63,3%) têm uma habilitação académica a nível do ensino superior.

A nível da situação laboral podemos compreender que 22 grávidas (36,7%) que não fizeram preparação para o parto estão desempregadas e apenas 16 (26,7%) estão empregadas com contracto sem termo ou efetivas, porém entre as grávidas que fizeram preparação para o parto apenas 13 (22,7%) estão desempregadas e 30 (50%) estão empregadas com contrato sem termo ou efetivas.

Relativamente ao estado civil 26 (43,3%) das grávidas que não fizeram preparação para o parto vivem em união de facto e apenas 14 (23,3%) são casadas opostamente as grávidas que fazem preparação para o parto estão na sua maioria casadas (26 ou 60,0%) ou vivem em união de facto (21 ou 35,0%).

Comparativamente ao agregado familiar podemos compreender que independentemente da realização ou não de preparação para o parto, estas grávidas vivem maioritariamente com o seu companheiro. Entre as grávidas que não fizeram preparação para o parto, 41 (68,3%) vivem com o companheiro e 11 (18,3%) vivem com a família mais alargada, em paralelo 53 (88,3%) das grávidas que fizeram preparação para o parto vivem com o companheiro e apenas 2 (3,3%) vivem com a família mais alargada.

Por último, quando vemos a distribuição das grávidas pelas idades gestacionais, percebemos que 7 (11,7%) das que não fizeram preparação para o parto têm entre 27 e 30 semanas, enquanto que, entre as que fizeram preparação para o parto têm todas entre 31 e 40 semanas, o que é perceptível pois os cursos de preparação para o parto iniciam-se nos locais em estudo apenas entre as 26 e as 28 semanas.

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica das grávidas da amostra de acordo com a realização ou não de preparação para o parto

Caracterização da amostra		Sem PPP		Com PPP	
		n	%	n	%
Grupo etário	18-19 anos	4	6,7	0	0,0
	20-24 anos	15	25,0	3	5,0
	25-29 anos	20	33,3	20	33,3
	30-34 anos	17	28,3	31	51,7
	35-39 anos	4	6,7	6	10,0
	Total	60	100%	60	100%
Habilitações académicas	Até ao 9º ano	17	28,3	0	0,0
	Ensino secundário	28	46,7	22	36,7
	Ensino superior	13	21,7	38	63,3
	Não responde	2	3,3	0	0,0
	Total	60	100,0	60	100,0
Situação laboral	Desempregada/o a receber subsídio de desemprego	10	16,7	7	11,7
	Desempregada/o mas sem receber subsídio de desemprego	12	20,0	6	10,0
	Empregada/o com contracto com termo certo	14	23,3	12	20,0
	Empregada/o com contracto sem termo ou efetiva	16	26,7	30	50,0
	Outra	8	13,3	5	8,3
	Total	60	100,0	60	100,0
Estado civil	Solteira	20	33,3	2	3,3
	Em união de facto	26	43,3	21	35,0
	Casada	14	23,3	26	60,0
	Divorciada	0	0,0	1	1,7
	Total	60	100,0	60	100,0
Agregado familiar	Companheiro	41	68,3	53	88,3
	Pais da grávida	6	10,0	3	5,0
	Família mais alargada	11	18,3	2	3,3
	Não responde	1	1,7	1	1,7
	Sozinha	1	1,7	1	1,7
	Total	60	100,0	60	100,0
Idade gestacional	27-30 semanas	7	11,7	0	0,0
	31-35 semanas	20	33,3	25	41,7
	36-40 semanas	33	55,0	35	58,3
	Total	60	100,0	60	100,0

Das grávidas que fizeram preparação para o parto (grupo de estudo), 14 (23,3%) assistiram a 7 sessões, 13 (21,7%) estiveram presentes em 9 sessões, 12 (20,0%) participaram em 5 sessões, 10 (16,7%) compareceram em 8 sessões, 6 (10,0%) foram a 6 sessões, 4 (6,7%) assistiram a 10 sessões e apenas 1 (1,7%) participou em 12 sessões.

Quadro 3 – Distribuição das grávidas de acordo como o número de sessões de preparação para o parto assistidas

Número de sessões de PPP assistidas	n	%
5	12	20,0
6	6	10,0
7	14	23,3
8	10	16,7
9	13	21,7
10	4	6,7
12	1	1,7
Total	60	100,0%

No quadro 4 podemos verificar metade das grávidas que foram à visita à maternidade estavam acompanhadas pelo companheiro (15 grávidas, 50%), 11 grávidas foram sozinhas (36,7%), no entanto todas as grávidas que fizeram a visita à maternidade consideram importante poderem vir acompanhadas, do mesmo modo todas as grávidas consideram importante a visita à maternidade e a recomendariam a outras grávidas.

Quadro 4 – Distribuição das grávidas de acordo com quem as acompanhou à visita à maternidade, a importância atribuída e a recomendação desta a outra grávida

		n	%
Acompanhante da grávida na VM	Companheiro	15	50
	Mãe da grávida	3	10
	Sozinha	11	36,7
	Não responde	1	3,3
	Total	30	100
Importância atribuída a poder ter um acompanhante	Positiva	30	100
	Negativa	0	0
	Total	30	100
Importância atribuída à VM	Positiva	30	100
	Negativa	0	0
	Total	30	100
Recomendação da realização da visita a outra grávida	Sim	30	100
	Não	0	0
	Total	30	100

3.2 – QUESTIONÁRIO ANTECIPAÇÃO DO PARTO

Relativamente ao questionário QAP propriamente dito podemos ver o seu estudo no quadro 5, onde verificamos que os questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 39, 40, 48 e 49 são consideradas item de cotação invertida ou seja ao contrario de todos os outros itens onde 1=nada, 2=um pouco, 3=bastante e 4=muito estes são 4=nada, 3=um pouco, 2= bastante e 1=muito de acordo com as indicações das autoras do QAP (Costa *et al.* 2005). Existem ainda 3 questões de resposta dicotómica 1= não e 2= sim que são as 30, 31 e 32.

Podemos na observação do quadro 5 apercebermo-nos que a questão 1 foi a única que não teve grávidas a assinalarem “nada” para nível de dor média que pensa vir a sentir durante o trabalho de parto e a questão 5 a única que não teve “muito” como nível de dor média que a grávida espera vir a sentir no segundo dia após o parto.

As questões 2, 9, 10, 40 e 41 tiveram uma moda de 1; as questões 2, 11, 30, 31, 32, 34, 40 e 48 tiveram como moda 2; as questões 3, 4, 5, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 34, 35, 38, 43, 44 e 47 tiveram como moda 3 e finalmente as questões 6, 7, 8, 12, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 33, 36, 37, 45, 46, 50, 51, e 52 tiveram como moda 4.

Quadro 5 - Estudo dos itens do QAP: média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo

	$\bar{x}$	Md	Mo	s	Mín.	Máx.
1	1,83	2,00	2	,694	1	3
2	1,77	2,00	1 ^a	,764	1	4
3	2,73	3,00	3	,658	1	4
4	2,81	3,00	3	,690	1	4
5	3,25	3,00	3	,625	2	4
6	3,43	4,00	4	,669	1	4
7	3,57	4,00	4	,645	1	4
8	3,80	4,00	4	,574	1	4
9	1,58	1,00	1	,729	1	4
10	1,51	1,00	1	,674	1	4
11	2,49	2,00	2	,799	1	4
12	3,38	3,00	4	,699	1	4
13	3,16	3,00	3	,810	1	4
14	2,68	3,00	3	,972	1	4
15	2,84	3,00	3	,961	1	4
16	2,75	3,00	3	,822	1	4
17	2,58	3,00	3	,922	1	4
18	2,79	3,00	3	,978	1	4
19	3,51	4,00	4	,840	1	4
20	3,40	4,00	4	,814	1	4
21	3,32	3,00	4	,745	1	4
22	3,19	3,00	4	,863	1	4
23	3,37	4,00	4	,777	1	4
24	3,43	4,00	4	,847	1	4
25	2,93	3,00	3	,968	1	4
26	3,03	3,00	3	,934	1	4
27	3,03	3,00	3	,685	1	4
28	2,76	3,00	3	1,108	1	4
29	2,64	3,00	4	1,201	1	4
30	1,93	2,00	2	0,269	1	2
31	1,70	2,00	2	0,460	1	2
32	1,57	2,00	2	0,498	1	2
33	3,61	4,00	4	,702	1	4
34	2,61	3,00	3	,702	1	4
35	2,63	3,00	3	,788	1	4
36	3,37	4,00	4	,943	1	4
37	3,07	3,00	4	1,098	1	4
38	2,64	3,00	3	,742	1	4
39	1,98	2,00	2	,820	1	4
40	1,83	2,00	2	,785	1	4
41	2,28	2,00	1	1,077	1	4
42	3,53	4,00	4	,634	1	4
43	2,60	3,00	3	,771	1	4
44	2,70	3,00	3	,740	1	4
45	3,43	4,00	4	,932	1	4
46	3,03	3,00	4	1,092	1	4
47	2,61	3,00	3	,770	1	4
48	2,03	2,00	2	,798	1	4
49	1,83	2,00	1	,833	1	4
50	3,55	4,00	4	,787	1	4
51	3,36	4,00	4	,858	1	4
52	3,41	4,00	4	,692	1	4

^a Existe mais de um valor de moda, tendo sido exposto o mais baixo

A análise do QAP permite-nos concluir que tem uma fiabilidade moderada a elevada como é visível no quadro 6, onde demonstra um *Alpha de Cronbach* de 0,869 e quando este é calculado com base em itens estandardizados é de 0,878. De notar apenas são considerados 49 dos 52 itens visto existirem 3 itens de resposta dicotómica (sim ou não). Sendo que como é possível observar quadro 7, a remoção de um dos itens não iria alterar significativamente o valor de Alpha de Cronbach, sendo que este poderia variar apenas entre o mínimo de 0,862 e o máximo de 0,873, em suma poderia aumentar no máximo 0,004 se fosse removido um item.

Quadro 6 – *Alpha de Cronbach* aplicado ao QAP

<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Alpha de Cronbach</i> em itens estandardizados	Itens
0,869	0,878	49

Quadro 7 - Alterações na media, variância e Alpha Cronbach se removido um item do QAP

	Média se o item removido	Variância se o item removido	Alpha de Cronbach se o item removido
Dor que pensa vir a sentir durante o trabalho de parto	137,82	214,790	,863
Dor que pensa vir a sentir durante o parto	137,88	215,925	,865
Dor que pensa vir a sentir logo a seguir ao parto	136,91	219,916	,867
Dor que pensa vir a sentir no 1º dia após o parto	136,83	219,401	,867
Dor que pensa vir a sentir no 2º dia após o parto	136,39	218,307	,866
Dor que pensa vir a sentir no 3º dia após o parto	136,22	217,432	,865
Dor que pensa vir a sentir na 1ª semana após o parto	136,08	218,843	,866
Dor que pensa vir a sentir no 1º mês após o parto	135,84	219,832	,866
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o trabalho de parto	138,06	220,829	,868
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o parto	138,13	222,469	,869
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o período do pós-parto	137,15	222,750	,870
Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação e nos cuidados a prestar ao bebé?	136,27	218,248	,866
Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação com o seu companheiro?	136,48	216,941	,866
Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, durante o parto?	136,97	211,175	,863
Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, após o parto?	136,80	211,556	,863
Acha que o parto pode interferir no estado de saúde do seu bebé?	136,89	216,618	,866
Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter em si?	137,06	211,064	,862
Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter no bebé?	136,85	213,221	,865
Pensa que pode morrer no parto?	136,13	215,579	,865
Pensa que o bebé pode morrer durante o parto?	136,24	214,302	,864
Acha que pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	136,33	215,633	,864
Acha que o seu bebé pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	136,45	212,367	,863
Acha que pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	136,28	214,907	,864
Acha que o bebé pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	136,21	214,519	,864
Acha que vai conseguir amamentar o bebé, logo a seguir ao parto?	136,71	221,687	,870
Acha que vai conseguir cuidar do bebé, logo a seguir ao parto?	136,61	223,635	,871
Quanto tempo acha que vai demorar a regressar a casa, depois do parto?	136,61	221,686	,868
Tem estado preocupada com o peso do seu bebé ao nascimento?	136,88	208,827	,863
Pensa desejar ter outro filho, depois do parto?	137,00	221,227	,872
Pensa que a respiração e o relaxamento a podem ajudar durante o trabalho de parto?	136,03	219,579	,867
Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o trabalho de parto?	137,03	216,822	,865
Pensa vir a sentir-se confiante durante o trabalho de parto?	137,01	213,992	,864
Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o trabalho de parto?	136,28	218,134	,868
Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto?	136,58	224,196	,873
Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao trabalho de parto?	137,00	215,731	,864
Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o trabalho de parto?	137,66	213,639	,864
Pensa que o trabalho de parto vai ser doloroso?	137,82	212,369	,862
Está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o parto?	137,37	219,680	,870
Pensa que o relaxamento a pode ajudar durante o parto?	136,11	221,240	,868
Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o parto?	137,04	212,158	,862
Pensa vir a sentir-se confiante durante o parto?	136,94	214,072	,863
Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o parto?	136,22	219,398	,869
Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o parto?	136,61	222,526	,872
Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao parto?	137,03	216,032	,865
Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o parto?	137,61	216,139	,865
Pensa que o parto vai ser doloroso?	137,81	211,484	,862
Está a contar com o apoio do seu companheiro no pós-parto?	136,09	219,950	,868
Está a contar com o apoio de mais alguém importante para si no pós-parto?	136,28	223,633	,871
Acha que será capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que vai estar com o bebé?	136,23	218,416	,866

No quadro 8 podemos ver que quando aplicamos o Alpha de Cronbach aos dois grupos em vez da amostra total verificamos que este diminui ligeiramente (0,007) para o grupo de controlo e aumenta ligeiramente para o grupo de estudo (0,09). Encontrando-se no quadro 9 e 10 a alteração no *Alpha de Cronbach* caso fosse removido um item do QAP, sendo tal calculado para o grupo de controlo e para o grupo de estudo respetivamente. Em ambos os quadros podemos verificar que a remoção de um item não causa uma alteração significativa ao ponto de justificar eliminar esses itens do QAP.

Quadro 8 - Alpha de Cronbach aplicado ao QAP por grupo de controlo e grupo de estudo

Grupo	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Alpha de Cronbach</i> em itens estandardizados	itens
Grupo de controlo	,862	,872	49
Grupo de estudo	,878	,889	49

Quadro 9 - Alterações na media, variância e *Alpha Cronbach* se removido um item do QAP no grupo controlo

Grupo de controlo	Média se o item removido	Variância se o item removido	Alpha de Cronbach se o item removido
Não fez preparação para o parto			
Dor que pensa vir a sentir durante o trabalho de parto	135,13	215,372	,855
Dor que pensa vir a sentir durante o parto	135,18	216,830	,857
Dor que pensa vir a sentir logo a seguir ao parto	134,28	224,308	,862
Dor que pensa vir a sentir no 1º dia após o parto	134,22	223,291	,861
Dor que pensa vir a sentir no 2º dia após o parto	133,73	221,148	,859
Dor que pensa vir a sentir no 3º dia após o parto	133,53	222,999	,860
Dor que pensa vir a sentir na 1ª semana após o parto	133,37	224,880	,861
Dor que pensa vir a sentir no 1º mês após o parto	133,17	224,514	,861
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o trabalho de parto	135,28	220,444	,859
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante parto	135,38	224,783	,862
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o período do pós-parto	134,40	222,786	,861
Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação e nos cuidados a prestar ao bebé?	133,42	218,925	,857
Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação com o seu companheiro?	133,75	217,852	,858
Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, durante o parto?	134,28	210,071	,854
Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, após o parto?	134,03	210,880	,854
Acha que o parto pode interferir no estado de saúde do seu bebé?	134,12	220,308	,860
Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter em si?	134,42	215,840	,857
Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter no bebé?	134,03	216,677	,858
Pensa que pode morrer no parto?	133,42	219,061	,859
Pensa que o bebé pode morrer durante o parto?	133,50	220,695	,859
Acha que pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	133,47	220,728	,859
Acha que o seu bebé pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	133,52	216,932	,856
Acha que pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	133,40	217,363	,857
Acha que o bebé pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	133,52	221,135	,860
Acha que vai conseguir amamentar o bebé, logo a seguir ao parto?	134,22	228,274	,867
Acha que vai conseguir cuidar do bebé, logo a seguir ao parto?	133,93	227,995	,866
Quanto tempo acha que vai demorar a regressar a casa, depois do parto?	133,90	221,414	,859
Tem estado preocupada com o peso do seu bebé ao nascimento?	134,52	211,542	,856
Pensa desejar ter outro filho, depois do parto?	134,72	233,359	,872
Pensa que a respiração e o relaxamento a podem ajudar durante o trabalho de parto?	133,53	223,067	,862
Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o trabalho de parto?	134,52	219,542	,859
Pensa vir a sentir-se confiante durante o trabalho de parto?	134,42	219,298	,859
Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o trabalho de parto?	133,68	219,610	,861
Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto?	133,77	222,012	,863
Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao trabalho de parto?	134,57	217,572	,857
Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o trabalho de parto?	135,05	217,709	,858
Pensa que o trabalho de parto vai ser doloroso?	135,18	214,932	,855
Está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o parto?	135,22	223,359	,863
Pensa que o relaxamento a pode ajudar durante o parto?	133,50	222,661	,860
Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o parto?	134,55	214,048	,855
Pensa vir a sentir-se confiante durante o parto?	134,40	216,346	,857
Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o parto?	133,60	221,397	,862
Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o parto?	133,88	220,715	,862
Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao parto?	134,63	218,880	,858
Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o parto?	135,02	219,847	,859
Pensa que o parto vai ser doloroso?	135,20	215,383	,856
Está a contar com o apoio do seu companheiro no pós-parto?	133,47	221,779	,861
Está a contar com o apoio de mais alguém importante para si no pós-parto?	133,32	223,542	,861
Acha que será capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que vai estar com o bebé?	133,47	222,728	,860

Quadro 10 - Alterações na media, variância e *Alpha Cronbach* se removido um item do QAP no grupo de estudo

Grupo de estudo Fez preparação para o parto	Média se o item removido	Variância se o item removido	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item removido
Dor que pensa vir a sentir durante o trabalho de parto	140,50	203,203	,874
Dor que pensa vir a sentir durante o parto	140,57	203,945	,876
Dor que pensa vir a sentir logo a seguir ao parto	139,53	205,236	,875
Dor que pensa vir a sentir no 1º dia após o parto	139,45	205,303	,876
Dor que pensa vir a sentir no 2º dia após o parto	139,05	204,794	,875
Dor que pensa vir a sentir no 3º dia após o parto	138,90	200,905	,873
Dor que pensa vir a sentir na 1ª semana após o parto	138,78	201,596	,873
Dor que pensa vir a sentir no 1º mês após o parto	138,52	204,322	,875
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o trabalho de parto	140,83	209,294	,879
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o parto	140,88	208,545	,878
Dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o período do pós-parto	139,90	211,108	,881
Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação e nos cuidados a prestar ao bebé?	139,12	204,749	,876
Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação com o seu companheiro?	139,22	204,512	,877
Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, durante o parto?	139,65	201,214	,875
Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, após o parto?	139,57	200,250	,874
Acha que o parto pode interferir no estado de saúde do seu bebé?	139,67	200,938	,874
Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter em si?	139,70	195,671	,871
Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter no bebé?	139,67	197,243	,873
Pensa que pode morrer no parto?	138,85	200,740	,874
Pensa que o bebé pode morrer durante o parto?	138,98	196,254	,871
Acha que pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	139,18	197,576	,871
Acha que o seu bebé pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?	139,38	193,901	,870
Acha que pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	139,15	199,282	,873
Acha que o bebé pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?	138,90	196,803	,871
Acha que vai conseguir amamentar o bebé, logo a seguir ao parto?	139,20	206,231	,878
Acha que vai conseguir cuidar do bebé, logo a seguir ao parto?	139,28	208,512	,880
Quanto tempo acha que vai demorar a regressar a casa, depois do parto?	139,32	210,796	,880
Tem estado preocupada com o peso do seu bebé ao nascimento?	139,25	198,258	,873
Pensa desejar ter outro filho, depois do parto?	139,28	202,240	,877
Pensa que a respiração e o relaxamento a podem ajudar durante o trabalho de parto?	138,53	207,101	,876
Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o trabalho de parto?	139,55	204,896	,875
Pensa vir a sentir-se confiante durante o trabalho de parto?	139,60	198,651	,871
Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o trabalho de parto?	138,87	206,694	,878
Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto?	139,38	214,139	,886
Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao trabalho de parto?	139,43	205,504	,876
Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o trabalho de parto?	140,27	199,351	,873
Pensa que o trabalho de parto vai ser doloroso?	140,45	199,303	,872
Está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o parto?	139,52	210,322	,881
Pensa que o relaxamento a pode ajudar durante o parto?	138,72	209,732	,878
Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o parto?	139,53	201,236	,873
Pensa vir a sentir-se confiante durante o parto?	139,48	202,288	,873
Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o parto?	138,83	207,192	,879
Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o parto?	139,33	213,006	,885
Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao parto?	139,43	205,131	,876
Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o parto?	140,20	202,434	,875
Pensa que o parto vai ser doloroso?	140,42	197,332	,872
Está a contar com o apoio do seu companheiro no pós-parto?	138,72	207,834	,878
Está a contar com o apoio de mais alguém importante para si no pós-parto?	139,25	209,614	,881
Acha que será capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que vai estar com o bebé?	139,00	202,237	,874

Após estas descrições e antes de iniciarmos a verificação das hipóteses é importante voltar a mencionar que os autores do QAP (Costa *et al.* 2005) agrupam o QAP em 6

subescalas, sendo estas: 1) Planeamento e preparação para o parto; 2) Expectativas quanto ao parto; 3) Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto; 4) Expectativas quanto ao pós-parto; 5) Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro e 6) Expectativas quanto ao suporte social. Serão estas 6 subescalas que iremos utilizar na verificação das hipóteses.

No quadro 11 e 12 encontram-se as médias, medianas, modas, desvio padrão, mínimos e máximos de cada subescala, respetivamente do grupo de controlo e do grupo de estudo.

Como podemos verificar no quadro 11 a média mais elevada foi para a subescala “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” com 40,02 e a mais baixa de 12,41 para “Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro”. Ao verificarmos o mínimo é de 8,00 para a subescala “Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro” e o máximo para a subescala “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” com 52,00.

Quadro 11 - Média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo do QAP por subescalas no grupo de controlo

Grupo de controlo	$\bar{X}$	Md	Mo	s	Min.	Max.
Planeamento e preparação para o parto	18,12	18,00	19,00	2,70	12,00	23,00
Expectativas quanto ao parto	29,88	29,50	25,00	6,55	16,00	51,00
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	40,02	41,50	48,00	7,19	20,00	52,00
Expectativas quanto ao pós parto	19,30	19,00	19,00	2,84	13,00	24,00
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	12,41	12,00	12,00	2,40	8,00	16,00
Expectativas quanto ao suporte social	22,10	23,50	25,00	4,45	18,00	28,00

No quadro 12 podemos verificar que a média mais baixa é para as “Expectativas quanto à relação com o bebé e com o companheiro” com 12,58 e a que corresponde também o mínimo de 8,00. A média mais alta é a da subescala “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” com 39,28 e o máximo de 51,00.

Quadro 12 - Média, mediana, moda, desvio padrão, mínimo e máximo do QAP por subescalas no grupo de estudo

Grupo de estudo	$\bar{X}$	Md	Mo	s	Min.	Max.
Planeamento e preparação para o parto	21,60	22,00	22,00	2,18	15,00	26,00
Expectativas quanto ao parto	31,72	33,00	33,00	5,67	20,00	48,00
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	39,28	41,00	41,00	7,09	18,00	51,00
Expectativas quanto ao pós parto	19,87	20,00	22,00	2,86	11,00	24,00
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	12,58	13,00	14,00	2,01	8,00	16,00
Expectativas quanto ao suporte social	22,78	24,00	25,00	3,70	13,00	28,00

3.3 – ANÁLISE INFERENCIAL

A verificação das hipóteses será realizada recorrendo ao teste de Mann-Whitney U nas hipóteses 1 a 4 e ao teste de Kruskal –Wallis nas hipóteses 5 e 6 sendo que serão sempre consideradas as 6 subescalas do QAP e não a escala completa com os 52 itens.

Hipótese 1 - A preparação para o parto influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação;

Como podemos ver no quadro 13, existe diferença em todas as subescalas entre as médias de ordenação das grávidas que fizeram preparação para o parto e das que não fizeram, sendo que em todas as subescalas excepto nas “preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” as grávidas que fizeram preparação para o parto têm pontuações em média mais alta que as que não fizeram. No entanto, quando verificamos o p concluímos que apenas na subescala “planeamento e preparação para o parto” é que este é estatisticamente significativo com um $p=0,000$ ($p= 0,000 < \alpha=0,05$). Deste modo em relação à hipótese 1 – a preparação para o parto influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação podemos confirmá-la apenas na subescala “planeamento e preparação para o parto”.

Quadro 13 - Influência da preparação para o parto na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

Subescala	PPP	n	Média de ordenação	Mann-Whitney U	p
Planeamento e preparação para o parto	Não	60	40,02	571,000	0,000
	Sim	60	80,98		
Expectativas quanto ao parto	Não	60	54,79	1457,500	0,072
	Sim	60	66,21		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Não	60	62,83	1660,000	0,462
	Sim	60	58,17		
Expectativas quanto ao pós-parto	Não	60	56,39	1553,500	0,192
	Sim	60	64,61		
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	Não	60	59,46	1737,500	0,741
	Sim	60	61,54		
Expectativas quanto ao suporte social	Não	60	58,63	1688,000	0,554
	Sim	60	62,37		

Hipótese 2 - A preparação para o parto sem visita à maternidade influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

À semelhança da hipótese 1, existem diferenças em todas as subescalas entre a média de ordenação das grávidas que fizeram preparação para o parto sem visita e das que não fizeram preparação para o parto, sendo que em todas as subescalas excepto na subescala “preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” e na subescala “expectativas quanto ao pós-parto” as grávidas que fizeram preparação para o parto sem visita à maternidade têm pontuações em média mais alta que as que não fizeram. No entanto, quando verificamos o p concluímos que apenas na subescala “planeamento e preparação para o parto” é que este é estatisticamente significativo com um $p=0,000$ ($p=0,000 < \alpha=0,05$). Deste modo em relação à hipótese 2 – a preparação para o parto sem visita à maternidade influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação podemos confirmá-la apenas na subescala “planeamento e preparação para o parto”.

Quadro 14 - Influência da preparação para o parto sem visita à maternidade na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

Subescala	PPP Sem VM	N	Média de ordenação	Mann- Whitney U	p
Planeamento e preparação para o parto	Não	60	36,14	338,500	0,000
	Sim	30	64,22		
Expectativas quanto ao parto	Não	60	43,79	797,500	0,379
	Sim	30	48,92		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Não	60	47,49	780,500	0,305
	Sim	30	41,52		
Expectativas quanto ao pós-parto	Não	60	45,89	876,500	0,840
	Sim	30	44,72		
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	Não	60	44,82	859,000	0,723
	Sim	30	46,87		
Expectativas quanto ao suporte social	Não	60	44,43	835,500	0,578
	Sim	30	47,65		

Hipótese 3 - A preparação para o parto com visita à maternidade influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

Ao observarmos o quadro 15, podemos ver que em todas as subescalas excetuo nas “preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” as grávidas que fizeram preparação para o parto com visita à maternidade apresentam valores mais altos que o grupo controlo. A nível da significância estatística podemos verificar que esta existe nas subescalas “planeamento e preparação para o parto” ($p=0,000 < \alpha=0,05$) “expectativas quanto ao parto” ($p=0,040 < \alpha=0,05$) e “expectativas quanto ao pós-parto” ($p= 0,020 < \alpha=0,05$). Assim, podemos dizer que a preparação para o parto com visita à maternidade influencia a antecipação do parto com significância estatística em três das suas seis subescalas. Consequentemente em relação à hipótese 3 – a preparação para o parto com visita à maternidade influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação confirma-se para metade das subescalas do QAP.

Quadro 15 -Influência da preparação para o parto com visita à maternidade na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

Subescala	PPP c VM	n	Média de ordenação	Mann- Whitney U	p
Planeamento e preparação para o parto	Não	60	34,38	232,500	0,000
	Sim	30	67,75		
Expectativas quanto ao parto	Não	60	41,50	660,000	0,040
	Sim	30	53,50		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Não	60	45,84	879,500	0,860
	Sim	30	44,82		
Expectativas quanto ao pós-parto	Não	60	41,00	630,000	0,020
	Sim	30	54,50		
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	Não	60	45,14	878,500	0,853
	Sim	30	46,22		
Expectativas quanto ao suporte social	Não	60	44,71	852,500	0,682
	Sim	30	47,08		

Hipótese 4 – Existe diferença entre a antecipação para o parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação, consoante tenha sido realizada preparação para o parto sem visita à maternidade ou com visita à maternidade.

A preparação para o parto com visita à maternidade demonstra valores médios mais elevados que a preparação para o parto sem visita à maternidade em 4 das 6 subescalas do QAP. No entanto, quando observamos o p, verificamos que este apenas é estatisticamente significativo para a subescala “Expectativas quanto ao pós-parto”. Podemos assim concluir que a preparação para o parto com visita à maternidade influencia de forma mais positiva a antecipação para o parto que a preparação para o parto sem visita à maternidade.

Quadro 16 - Influência da preparação para o parto com e sem visita à maternidade na antecipação para o parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

Subescala	PPP	n	Média de ordenação	Mann-Whitney U	p
Planeamento e preparação para o parto	s VM	30	28,73	397,000	0,426
	c VM	30	32,27		
Expectativas <u>quanto</u> ao parto	s VM	30	28,58	392,500	0,394
	c VM	30	32,42		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	s VM	30	28,83	400,000	0,459
	c VM	30	32,17		
Expectativas quanto ao pós-parto	s VM	30	25,12	288,500	0,016
	c VM	30	35,88		
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	s VM	30	30,52	449,500	0,994
	c VM	30	30,48		
Expectativas quanto ao suporte social	s VM	30	30,67	445,000	0,941
	c VM	30	30,33		

Hipótese 5: A idade da grávida influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação.

Através do teste Kruskal Wallis podemos ver a influência da idade da grávida na antecipação do parto, sendo que esta apresenta significância estatística em uma subescala para as grávidas que não fizeram preparação para o parto, “Expectativas quando ao parto” ($p=0,011 < \alpha=0,05$). Também o grupo de estudo demonstra que a idade das suas grávidas apenas influencia uma subescala “Expectativas quanto ao apoio social” ($p=0,027 < \alpha=0,05$). Concluí-mos então que em relação à hipótese 5, a idade da grávida influencia a antecipação do parto em relação ao planeamento e preparação para o parto apenas numa subescala independentemente de ser o grupo de controlo ou de estudo, não tendo influencia estatisticamente significativa nas restantes subescalas do QAP.

Quadro 17 - Influência da idade da grávida na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

Subescala	Faixa etária da grávida	Sem PPP				Com PPP			
		n	Média de ordenação	X ²	p	n	Média de ordenação	X ²	P
Planeamento e preparação para o parto	18-19 anos	4	15,13	8,242	0,083	0	0	2,464	0,482
	20-24 anos	15	31,13			3	19,17		
	25-29 anos	20	31,15			20	31,80		
	30-34 anos	17	28,32			31	31,98		
	35-39 anos	4	49,50			6	24,17		
Expectativas quanto ao parto	18-19 anos	4	15,50	13,065	0,011	0	0	3,113	0,374
	20-24 anos	15	27,30			3	25,67		
	25-29 anos	20	35,05			20	25,53		
	30-34 anos	17	26,03			31	33,95		
	35-39 anos	4	53,75			6	31,67		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	18-19 anos	4	29,38	1,754	0,781	0	0	2,590	0,459
	20-24 anos	15	26,67			3	33,33		
	25-29 anos	20	30,10			20	25,98		
	30-34 anos	17	32,94			31	33,66		
	35-39 anos	4	37,63			6	27,83		
Expectativas quanto ao pós-parto	18-19 anos	4	25,50	2,995	0,559	0	0	2,217	0,529
	20-24 anos	15	26,57			3	33,83		
	25-29 anos	20	34,95			20	28,95		
	30-34 anos	17	28,65			31	32,79		
	35-39 anos	4	35,88			6	22,17		
Expectativas quanto à relação com o bebê e o companheiro	18-19 anos	4	30,63	2,637	0,620	0	0	2,372	0,499
	20-24 anos	15	36,10			3	18,83		
	25-29 anos	20	30,23			20	28,58		
	30-34 anos	17	26,24			31	33,11		
	35-39 anos	4	28,88			6	29,25		
Expectativas quanto ao suporte social	18-19 anos	4	36,00	4,199	0,380	0	0	9,192	0,027
	20-24 anos	15	29,63			3	18,67		
	25-29 anos	20	32,55			20	39,23		
	30-34 anos	17	24,91			31	28,02		
	35-39 anos	4	41,75			6	20,17		

Hipótese 6: As habilitações académicas da grávida influenciam a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação;

Aplicando o teste Kruskal Wallis verificamos que a influência das habilitações académicas da grávida na forma como esta antecipa o parto têm apenas significado estatístico nas grávidas que não fazem preparação para o parto e somente na subescala “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” ($p=0,038 < \alpha=0,05$).

Quadro 18 - Influência das habilitações académicas da grávida na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação

Subescala	Habilitações académicas	Sem PPP				Com PPP			
		n	Média de ordenação	X ²	p	n	Média de ordenação	X ²	p
Planeamento e preparação para o parto	Até ao 9º ano	17	24,38	4,905	0,086	0	-	1,140	0,286
	Secundário	27	28,54			22	27,39		
	Ensino superior	14	37,57			38	32,30		
	Não responde	2	-			0	-		
Expectativas quanto ao parto	Até ao 9º ano	17	28,15	2,458	0,293	0	-	0,882	0,348
	Secundário	27	27,19			22	27,73		
	Ensino superior	14	35,61			38	32,11		
	Não responde	2	-			0	-		
Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto	Até ao 9º ano	17	32,38	6,547	0,038	0	-	0,001	0,975
	Secundário	27	23,72			22	30,59		
	Ensino superior	14	37,14			38	30,45		
	Não responde	2	-			0	-		
Expectativas quanto ao pós-parto	Até ao 9º ano	17	34,24	2,349	0,309	0	-	1,248	0,264
	Secundário	27	26,30			22	33,77		
	Ensino superior	14	29,93			38	28,61		
	Não responde	2	-			0	-		
Expectativas quanto à relação com o bebé e o companheiro	Até ao 9º ano	17 7	30,15	0,32 3	0,85 1	0	-	0,170	0,680
	Secundário	27 7	30,24			22 2	29,30		
	Ensino superior	14 4	27,29			38 8	31,20		
	Não responde	2	-			0	-		
Expectativas quanto ao suporte social	Até ao 9º ano	17	32,06	0,806	0,668	0	-	0,173	0,677
	Secundário	27	27,52			22	31,73		
	Ensino superior	14	30,21			38	29,79		
	Não responde	2	-			0	-		

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo quase-experimental sobre a influência da preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação foi constituída uma amostra de 120 grávidas pelo método de amostragem não probabilística acidental, tendo sido divididas equitativamente em dois grupos, o grupo controlo ou grupo A (sem preparação para o parto) e o grupo de estudo ou grupo B (com preparação para o parto), sendo que o grupo B foi ainda dividido em dois subgrupos – B1 preparação para o parto sem visita à maternidade e B2 preparação para o parto com visita à maternidade.

A análise da amostra permite-nos perceber que a maioria das grávidas tem a sua idade compreendida entre 20 e os 34 anos, sendo que tal é verdade para o grupo de controlo e de estudo, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2012) a idade média das grávidas do primeiro filho em Portugal foi de 28,88 anos para o ano de 2010, o que vem a demonstrar uma tendência mantida de ter o primeiro filho cada vez mais tarde.

A idade gestacional das grávidas que participaram no estudo conta no grupo de controlo com 7 grávidas entre as 27 e as 30 semanas (11,7%), seguida de 20 grávidas entre as 31 e as 35 semanas (33,3%) e finalmente 33 grávidas entre as 36 e as 40 semanas (55,0%). As grávidas que fizeram preparação para o parto estão com a idade gestacional um pouco mais avançada, sendo que 25 estão entre as 31 e as 35 semanas (41,7%) e 35 estão entre as 36 e as 40 semanas (58,3%) o que segundo Pacheco *et al.* (2005) corresponde a uma altura onde a grávida apresenta maiores níveis de planeamento e conhecimento sobre o parto mas em contrapartida antecipa-o como uma experiência mais dolorosa e verifica-se um aumento do medo do parto e suas possíveis consequências. Perante estes elementos pode-se esperar uma antecipação do parto menos positiva nas idades gestacionais mais avançadas.

De acordo com Pacheco *et al.* (2005) existe uma relação entre as habilitações académicas e a antecipação do parto, ou seja grávidas com mais habilitações académicas terão uma antecipação do parto mais positiva. Observando a amostra podemos perceber que as grávidas que não fazem preparação para o parto têm menos habilitações académicas. Tal é perceptível pois 28 grávidas (46,7%) têm habilitações académicas ao nível do secundário, seguidas de 17 grávidas (28,3%) com

frequência do 9º ano e só 13 grávidas (21,7%) têm frequência do ensino superior. Comparativamente, a maioria das grávidas que fazem preparação para o parto (38 grávidas ou seja 63,3%) têm habilitações académicas ao nível do ensino superior, seguidas de 22 grávidas (36,7%) que apenas frequentaram o ensino secundário e nenhuma grávida que fez preparação para o parto tinha uma habilitação académica até ao 9ºano. Estes dados fazem-nos refletir sobre o motivo das grávidas com habilitações académicas até ao 9º ano não fazerem preparação para o parto, no entanto na nossa amostra e de acordo com o questionário não foi possível encontrar uma correlação destes dados com a situação laboral que pudesse justificar falta de recursos económicos para ir ao centro de saúde fazer preparação para o parto.

Das grávidas do grupo de controlo apenas 30 (50,0%) estão empregadas e das grávidas do grupo de estudo apenas 35 (58,3%). Perante estes dados não podemos deixar de salientar que é importante cada vez mais os enfermeiros ESMO estarem atentos às condições económicas das grávidas pois como podemos observar uma parte significativa da nossa amostra não se encontra empregada. É ainda interessante salientar que a parte da nossa amostra que não se encontra empregada é em muito superior às taxas de desemprego divulgadas para Portugal nesta época, o que nos faz pensar se o facto de a mulher estar grávida não pode ser um motivo de discriminação laboral e se tal for verdade como podemos inverter esta situação.

As grávidas do grupo de controlo vivem maioritariamente em união de facto (26 grávidas ou 43,3%), seguindo-se as solteiras (20 ou 33,3%) e só depois as casadas (14 ou 23,3%). Opostamente no grupo de estudo as grávidas estão maioritariamente casadas (26 ou 60,0%), seguindo-se as que vivem em união de facto (21 ou 35,0%) e só depois as solteiras (2 ou 3,3%). Quando verificamos com quem reside depreendemos que a maioria das grávidas do grupo de controlo vive com o companheiro (41 ou 68,3%) seguindo-se as famílias mais alargadas (11 ou 18,3%) e depois as que vivem com os seus pais (6 ou 10,0%), paralelamente as grávidas do grupo de estudo vivem maioritariamente com o companheiro (53 ou 88,3%), seguindo-se as que vivem com os seus pais (3 ou 5,0%) e as que vivem numa família mais alargada (2 ou 3,3%). Estes dados fazem-nos rever que segundo Pacheco *et al.* (2005) um agregado familiar mais alargado ou no qual o companheiro está ausente podem influenciar negativamente a antecipação do parto.

Relativamente à frequência da preparação para o parto, podemos verificar que das 60 grávidas que pertencem ao grupo de estudo, 14 (23,3%) assistiram a 7 sessões, 13 (21,7%) estiveram presentes em 9 sessões, 12 (20,0%) participaram em 5 sessões, 10 (16,7%) compareceram em 8 sessões, 6 (10,0%) foram a 6 sessões, 4 (6,7%)

assistiram a 10 sessões e apenas 1 (1,7%) participou em 12 sessões. Sendo de salientar que os cursos de preparação para o parto das grávidas que compõem este estudo tinham um total mínimo de 9+1 sessões e máximo de 13+1 podemos perceber que a maioria das grávidas ainda não tinha terminado o curso de preparação para o parto quando preencheu o questionário ou que teria faltado a algumas sessões.

É de salientar que vários autores referem a importância dos cursos de preparação para o parto com pelo menos 10 sessões (Buist, Westley e Hill, 1999), perante estes dados e de outros estudos que expõem a importância do conhecimento prévio do local do parto para diminuição da ansiedade e *stress* na grávida (Kao *et al.*, 2004), a visita à maternidade assume cada vez mais importância, tendo no grupo de estudo (grupo B) sido incluído um subgrupo (B2) onde para além da preparação para o parto as grávidas teriam também realizado a visita à maternidade. Assim, das 30 grávidas que fizeram visita à maternidade, 19 (63,3%) vieram acompanhadas. Apesar de 11 (36,7%) das grávidas terem vindo sozinhas todas elas consideram importante virem acompanhadas à visita, tendo 15 das grávidas vindo acompanhadas pelo companheiro o que de acordo com Kao *et al.* (2004) vai permitir que estes companheiros tenham mais conhecimento e possam participar de forma mais ativa em todo o processo que engloba o trabalho de parto, parto e pós-parto.

No que se refere ao estudo das hipóteses iremos discutir os resultados obtidos em cada uma delas.

Hipótese 1 – a preparação para o parto influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação apresenta valores estatisticamente significativos para a subescala “Planeamento e preparação para o parto” ($p= 0,000 < \alpha=0,05$), tal como exposto por Morgado *et al.* (2010), sendo que relativamente às restantes subescalas as diferenças não permitem constituir um valor estatisticamente significativo. Podemos assim concluir que a preparação para o parto influencia o “planeamento e a preparação para o parto” e consequentemente a antecipação do parto na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação, no entanto não podemos confirmar que esta hipótese esteja totalmente provada, apesar de autores como Kao *et al.* (2004) apresentarem nos seus estudos que a preparação para o parto influencia a forma como a grávida o antecipa e vivência.

Hipótese 2 – a preparação para o parto sem visita à maternidade influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação podemos confirmá-la apenas na subescala “planeamento e preparação para o parto” o que se sobrepõe com os resultados obtidos na hipótese 1.

Hipótese 3 - A preparação para o parto com visita à maternidade (PPP c VM) influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação. A principal diferença entre esta hipótese e a anterior é que esta avalia o curso de preparação para o parto com a componente visita à maternidade especificamente, o que de acordo com Buist; Westley e Hill (1999) e Kao *et al.* (2004) deverá ter mais influência na forma como a grávida experiencia e vivência o trabalho de parto, parto e pós-parto. Tal como esperado os resultados desta hipótese são estatisticamente mais significativos que os da hipótese anterior. Podemos verificar que não houve alteração no “planeamento e preparação para o parto” ($p=0,000 < \alpha=0,05$) mas surgem agora as subescalas “expectativas quanto ao parto” ($p=0,040 < \alpha=0,05$) e “expectativas quanto ao pós-parto” ($p= 0,020 < \alpha=0,05$) como estatisticamente significativas. Assim, podemos dizer que a preparação para o parto com visita à maternidade influencia a antecipação do parto com significância estatística em três das suas seis subescalas e examinando a nossa amostra podemos ainda dizer que todas as grávidas que fizeram a visita à maternidade recomendam-na a outra grávida, o que significa que a consideram importante.

Hipótese 4 – Existe diferença entre a antecipação para o parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação, consoante tenha sido realizada preparação para o parto sem visita à maternidade ou com visita à maternidade.

Após verificarmos que a antecipação do parto é mais positiva na grávida que faz preparação para o parto com ou sem visita à maternidade que na grávida que não faz preparação para o parto na hipótese 4 fomos verificar se existem diferenças entre as grávidas que fazem preparação para o parto sem visita à maternidade e as que a fazem com visita à maternidade. Deste modo obtivemos resultados que demonstram que a preparação para o parto com visita à maternidade constitui uma influência mais positiva na antecipação do parto que a preparação para o parto sem visita à maternidade, com valores estatisticamente significativos na subescala “Expectativas quanto ao pós-parto”. Esta conclusão já era esperada tendo em conta o nosso enquadramento teórico onde autores como Buist, Westley e Hill, C. (1999) e Kao *et al.* (2004) expressam que a visita ao local do parto previamente a este diminui a ansiedade da grávida e/ou do companheiro.

Hipótese 5 - A idade da grávida influencia a antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação. Pacheco *et al.* (2005) expõe que a idade influencia a forma como a grávida antecipa o parto, sendo que nesta hipótese podemos verificar que tal só tem significado estatístico nas grávidas que não fazem preparação para o

parto na subescala “Expectativas quando ao parto” ($p=0,011 < \alpha=0,05$) e nas grávidas que fizeram preparação para o parto na subescala “Expectativas quanto ao apoio social” ($p=0,027 < \alpha=0,05$). Sendo que em todas as restantes subescalas não existe influência estatisticamente significativa.

Hipótese 6 - As habilitações académicas da grávida influenciam a antecipação do parto, na gravida nulípara no terceiro trimestre de gestação. Esta hipótese é apoiada por Pacheco *et al.* (2005) expondo que baixos níveis de escolaridade pressupõem pior antecipação do parto, podemos pelos nossos resultados que as habilitações académicas apenas têm uma influência estatisticamente significativa numa subescala e somente no grupo de controlo. Neste caso o grupo de controlo é influenciado pelas habilitações académicas na subescala “Preocupações com a saúde e consequências adversas do parto” ($p=0,038 < \alpha=0,05$).

Porém é interessante perceber que nenhum elemento da amostra com habilitações académicas até ao 9ºano fez preparação para o parto o que deveria ser estudado noutras circunstâncias para tentar perceber o porquê num universo de 17 grávidas com essas habilitações académicas nenhuma fazer preparação para o parto.

Após a discussão das seis hipóteses podemos perceber que a preparação para o parto influencia a antecipação do parto em mais subescalas do QAP que a idade ou habilitações académicas da grávida, o que salienta a importância que o enquadramento teórico atribui à preparação para o parto e que esta influência é ainda mais evidente quando a preparação para o parto inclui a visita à maternidade.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A realização de um estudo perfeitamente delineado e executado é extremamente difícil em especial quando não somos investigadores experientes, desta forma e como em todas as situações devemos compreender as limitações do estudo em causa de forma clara e honesta. Seguem-se as limitações encontradas no decurso deste estudo:

- O facto de não existirem estudos específicos sobre a preparação para o parto com visita à maternidade e existirem poucos estudos a referirem-se à visita à maternidade como elemento da preparação para o parto dificultou a elaboração do enquadramento teórico e a discussão dos resultados visto não existirem termos comparativos para a avaliação dos resultados obtidos;
- A dificuldade em ter as autorizações para a realização dos estudos limitou o tempo disponível para a colheita de dados, diminuindo-o e levando a uma amostra de apenas 120 grávidas;
- O facto do instrumento de colheita de dados ser de autopreenchimento e as grávidas o preencherem enquanto estavam à espera de consultas médicas ou antes de terminarem a consulta onde estavam presentes, levou a que muitos questionários não estivessem totalmente preenchidos o que implicou uma redução de pelo menos 17 grávidas na amostra (número de questionários não inseridos por falta de preenchimento de dados imprescindíveis à verificação das hipóteses) e como era permitido às grávidas preencherem os questionários na sala de espera existiu um elevado número de questionários que não foram devolvidos;
- A existência de muitos critérios para a seleção das grávidas que constituíram a amostra dificultou em muito a obtenção de um número mais elevado de questionários;
- O facto de não ser possível garantir que todas as grávidas que fizeram preparação para o parto a fizeram com a mesma pessoa, foi necessário reduzir para apenas dois locais de recolha de questionários às grávidas com preparação para o parto, tendo programas de preparação para o parto diferentes mas com conteúdos semelhantes;

- A incapacidade de ter uma amostra onde todas as grávidas que fizeram preparação para o parto tenham concluído o curso pode ter influenciado os resultados finais;
- A impossibilidade de garantir que todas as grávidas tivessem a mesma idade gestacional pode ter influenciado os resultados obtidos;
- A utilização de um estudo quantitativo pode ter conduzido à perda de alguns dados.

CONCLUSÃO

A investigação que realizamos foi de extrema importância pois permitiu-nos dar resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos, sendo importante recordar que o QAP se encontra dividido em seis subescalas podemos salientar que estas apresentam valores diferentes no grupo de controlo e no grupo de estudo, o que revela uma influência positiva da preparação para o parto e da visita à maternidade na antecipação do parto na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação.

É de realçar a influência da preparação para o parto na antecipação do parto, na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação visto termos podido confirmá-la com um valor estatisticamente significativo na subescala “planeamento e preparação para o parto” ($p = 0,000 < \alpha = 0,05$). Mas, quando estabelecemos esta relação para a preparação para o parto com visita à maternidade, verificamos que esta determina uma maior influencia, pois, apresenta valores estatisticamente significativos em três das seis subescalas. Estas três subescalas são: “planeamento e preparação para o parto” ($p = 0,000 < \alpha = 0,05$), “expectativas quanto ao parto” ($p = 0,040 < \alpha = 0,05$) e “expectativas quanto ao pós-parto” ($p = 0,020 < \alpha = 0,05$).

Perante estes dados, fomos verificar que se estabelecermos a comparação entre a influência da preparação para o parto sem visita à maternidade e com visita à maternidade, na antecipação do parto na grávida nulípara no terceiro trimestre de gestação, esta é mais positiva quando a grávida faz preparação para o parto com visita à maternidade, sendo o valor estatisticamente significativo na subescala “Expectativas quanto ao pós-parto” ($p = 0,016 < \alpha = 0,05$).

No decurso do presente trabalho podemos verificar que todas as grávidas que fizeram a visita à maternidade não só a consideraram importante, como a recomendam a outras grávidas, o que nos permitiu conhecer a importância atribuída à preparação para o parto com visita à maternidade pelas grávidas. Assim, nesta nova época nos cuidados de saúde, onde as competências do enfermeiro ESMO estão regulamentados em Diário da República compete-nos estudar e aprofundar os nossos conhecimentos de forma a melhorar os cuidados que prestamos indo de encontro às necessidades e especificidades dos nossos utentes. Deste modo é importante desenvolvermos esforços para a criação e a implementação de cursos de preparação

para o parto que envolvam todas as grávidas e seus acompanhantes, disponibilizando a visita à maternidade como conteúdo ou complemento do curso, pois influenciam positivamente a antecipação do parto e consequentemente podem diminuir o risco de depressão pós-parto.

Neste sentido é importante também realizar campanhas de sensibilização e alerta para a importância da preparação para o parto, permitindo que toda a população saiba que esta existe, conheça os seus contributos e mais-valias associadas, tornando-a mais acessível a toda a população grávida, pois como podemos observar nesta investigação só uma minoria da população com menor frequência escolar e profissões de reduzida qualificação a frequentam. Torna-se ainda importante o trabalho de sensibilização para a necessidade de adequar as dispensas permitidas por lei ao acompanhante da grávida para a acompanhar na preparação para o parto e/ou em paralelo fazer esforços para que os cursos de preparação para o parto possam ser em horário pós-laboral, abrangendo assim um maior número de casais e não só de grávidas.

Verificando-se que os resultados obtidos são positivos, pois existe uma relação estatisticamente significativa entre a preparação para o parto, a visita à maternidade e a antecipação do parto, torna-se especialmente importante a divulgação e partilha dos resultados com o ACES de Cascais e o HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, sendo que esta terá lugar oficialmente após a defesa do trabalho. Em paralelo está a ser considerada a sua apresentação num dos congressos da área de saúde materna e obstetrícia, bem como a sua publicação numa revista de referência para a enfermagem.

Tendo em conta a relevância que consideramos que os resultados deste estudo demonstram, torna-se marcante expormos a necessidade de novas investigações nesta área. Seria interessante a realização de um estudo qualitativo onde fossemos perceber exatamente em que medida as grávidas consideram que a preparação para o parto e a visita à maternidade as influenciou na antecipação do parto, podendo daí advir informação útil para melhorar e modificar a forma como os cursos de preparação para o parto estão organizados e os seus conteúdos, indo de encontro às reais necessidades das nossas utentes. Seria ainda importante realizar este mesmo estudo num período de tempo mais prolongado, sendo aplicados os mesmos questionários ao mesmo grupo de utentes antes do curso de preparação para o parto, após o curso e após a visita à maternidade, percebendo efetivamente em que medida estes influenciaram a antecipação do parto. Num futuro estudo poderiam ser também

estudadas as utentes após o parto e perceber como estas revêm todo o percurso de preparação para o parto após este e as mais-valias que lhe atribuem.

Enfim, muitos outros estudos poderiam ser realizados nesta área, parecendo-nos que fica aberta a porta para mais investigações que permitam aprofundar/alargar os conhecimentos sobre a preparação para o parto e a antecipação do parto.

Para além do desafio que existe para investir na investigação, o desafio também se coloca à formação dos enfermeiros ESMO – presentes e futuros. A integração nos planos de estudos dos cursos de mestrado e/ou pós-licenciatura em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de uma opção que permita preparar-nos para ministrar os cursos de preparação para o parto às grávidas deveria ser considerado imprescindível. Em paralelo é importante perceber como os enfermeiros ESMO podem preparar para o parto grávidas com alterações/deficiências sensoriais, sendo esta uma área importante que deve ser abordada na nossa formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Laura Helena S. G. e GORENSTEIN, Clarisse - Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Revista de Psiquiatria Clínica [Em linha]. Vol.25, nº6 (1998), [Consult. 18 Maio 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>>.

BUIST, A.; WESTLEY, D. e HILL, C. - Antenatal prevention of postnatal depression. **Archives for Women's Mental Health** (1999), Vol. 1, p.167-173.

CAMPERO, L. [et al.] - Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of caesarean section in a Mexican study. Midwifery [Em linha]. Vol. 20, nº 4, (2004), p. 312-323. [Consult. 17 Outubro 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15571880?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA>.

CANAVARRO, Maria Cristina - **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra : Quarteto, 2001. 407 p. ISBN 972-8535-77-5.

CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro – **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO Guia para a auto-aprendizagem**. Lisboa: UNIVERSIDADE ABERTA, 1998. 353 p. ISBN 972-674-231-5.

CONSELHO DE ENFERMAGEM - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem : enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2002 . 16 p.

CORBETT, Robin – Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In: LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 245-303 p. ISBN 978-989-8075-16-1.

COUTO, Germano – Conceitualização pelas Enfermeiras de Preparação para o Parto. **Revista Latino-americana de enfermagem**. (Março-Abril 2006), p.190-198.

COUTO, Germano – **Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural**. Loures: Lusociência, 2003. 185 p. ISBN 972-8383-63-0.

DONOVAN, Jenny - The process of analysis during a grounded theory study of men during their partners' pregnancies. **Journal of Advanced Nursing**. (1995), nº 21, p. 708-715.

FORTIN, Marie Fabienne – **FUNDAMENTOS E ETAPAS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO**. Loures: LUSODIDACTA, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie Fabienne – **O processo de investigação da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

GIL, António Carlos – **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2007. 175 p. ISBN 978-85-224-3169-4.

O Conselho de Enfermagem – Parecer nº 44/2008 PREPARAÇÃO PARA O PARTO [em linha]. (2008) [Consult. 10 de Março] Disponível em WWW: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-44-2008.pdf>.

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – **Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994**. 2ª ed. Lisboa: Elo, 2001. ISBN 972-732-146-1.

Instituto Nacional de Estatística, IP - **Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011**. Lisboa: INE, 2012. 33p. ISBN 978-989-25-0190-1.

KAO [et al.] – A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations. **Journal of Nursing Research**. Vol. 12, nº 3 (2004). p. 191-201.

LEI n.º 142/99 D.R. I SÉRIE-A. 20 (31-8-1999) 5996-6005.

LEI nº 7/2009. D.R. I Série. 30 (12-02-19) 926 – 1029.

LERMAN, Rita – Etapas da gravidez. Maternidade Alfredo da Costa [em linha]. (2007) [Consult. 10 Março 2012] Disponível em: WWW: <URL:<http://www.mac.min-saude.pt/clinica/etapasgravidez.html>>.

LOWDERMILK, Deitra Leonard – Anatomia e Fisiologia da Gravidez. In: LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. 245 p. ISBN 978-989-8075-16-1.

MILANOVIC, Snezana – Anxiety during pregnancy: How does it affect the developing fetal brain? MGH – Center for women's mental health [Em linha]. (2011) [Consult. 17 Outubro 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.womensmentalhealth.org/posts/anxiety-during-pregnancy-how-does-it-affect-the-developing-fetal-brain/>>.

MORGADO [et al.] – Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. **Referência**. ISSN 0874.0283. II Série, nº 12 (2010). p. 17-27.

NUNES, Lucilia - Parecer 44/2008. Conselho de Enfermagem [em linha]. (2008), p 1-3. [Consult. 15 Abril 2012] Disponível em [www:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-44-2008.pdf>](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-44-2008.pdf).

PACHECO, ALEXANDRA [et al] – ANTECIPAÇÃO DA EXPERIENCIA DE PARTO: MUDANÇAS DESENVOLVIMENTAIS AO LONGO DA GRAVIDEZ. **Revista Portuguesa de Psicossomática** (2005), Vol 7, nº1-2, p.7-41.

PIERDEL, Manizheh e PIERDEL, Leila - Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. **J Reprod Infertil**. (2009), Vol 10, nº3, p.217-23.

POLIT, D. e HUNGLER, B. - **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-X.

POLIT, D.; BECK, C. e HUNGLER, B. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. São Paulo: ArtMed, 2004. 487p. ISBN 85-7307-984-3.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan – **MANUAL DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**. 2ªed. Lisboa: Grávida, 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1.

REGULAMENTO n.º 127/2011 D.R. II Série. 35 (18-02-11) 8662 – 8666.

SALLY B. Olds, [et al] - **Maternal-Newborn Nursing and Women's Health Care**. 7ªed. New Jersey: Pearson Education LTD, 2004. 1179p. ISBN 0-13-099009-4.

SARDO, Dolores, LEITE, Lúcia e CÔTO, Rosário – **Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para utilização do QAP

Giselia Machado

De: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo [bbfi@psi.uminho.pt]
Enviado: terça-feira, 6 de Dezembro de 2011 16:10
Para: Giselia Machado
Assunto: RE: Apoio em estudo de tese de mestrado

Cara Gisela

Tem a minha autorização para a utilização do "Questionário de Antecipação do Parto" (QAP) no estudo que refere.

Atenciosamente

Barbara Figueiredo
Professora Associada

Escola de Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4710-057 Braga
Portugal
e-mail: bbfi@psi.uminho.pt

De: Giselia Machado [<mailto:giseliamachado@iol.pt>]
Enviado: ter 06-12-2011 15:42
Para: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo
Assunto: Apoio em estudo de tese de mestrado

Boa tarde!

O meu nome é Giselia Machado sou aluna do 4ºCPLEESMO (Curso de Pós-Licenciatura em Saúde Materna e Obstetrícia) da ESENFEC (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Estou a contactá-la pois estou a fazer a minha tese de mestrado nesta área e desejava avaliar o efeito da visita ao Bloco de Partos na antecipação do parto por parte da grávida.

A vontade de estudar esta temática prende-se com o facto de ter sido eu a implementar esta visita no meu local de trabalho e de certo modo esta ser tida em conta como algo que as grávidas gostam mas que não tem grande influencia em mais nada.

Juntado a necessidade de provar cientificamente a importância desta visita e a necessidade de realizar um trabalho de investigação na minha tese de mestrado encontrei o seu questionário de antecipação do Parto (QAP) ou melhor um artigo publicado na Psychologica sobre tal e gostaria de saber se me poderia conceder autorização para usar o QAP no meu estudo de investigação.

Grata por toda a sua atenção dispensada e tempo,
Giselia Machado

ANEXO II – Instrumento de Colheita de Dados

Exma. Sra. Utente

Gostaria de solicitar a sua participação num estudo sobre a influência da preparação para o parto e a visita à maternidade na antecipação do parto. Este estudo tem como objetivo melhorar os conhecimentos sobre como podemos influenciar a antecipação do parto de uma forma positiva.

O estudo está a ser realizado por Giselia Machado, enfermeira especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica inserido no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo garantido que todos os dados obtidos são confidenciais e que os dados recolhidos não permitem a sua identificação.

De notar a sua participação é voluntária, como tal pode recusar-se a participar no estudo, para tal basta devolver o documento em anexo, caso aceite participar pode desistir em qualquer altura do seu preenchimento, devendo no entanto assinar no fundo desta folha e ao devolver o questionário separar a folha das restantes, garantindo o seu anonimato.

Desde já agradeço a sua colaboração, com cerca de 15min do seu tempo no preenchimento das duas partes do questionário, a primeira sobre dados demográficos e socioeconómicos e a segunda que se intitula de questionário de antecipação do parto.

Caso deseje saber os resultados finais do estudo poderá contactar através do correio eletrónico: giseliamachado@iol.pt após o mês de Novembro de 2012 altura prevista para apresentação deste trabalho.

Declaro que recebi a informação necessária e fiquei esclarecida, aceitando participar voluntariamente neste estudo.

Assinatura _____

Parte I

Por favor responda as seguintes questões

- 1 – A sua idade em anos _____
- 2 – O tempo de gravidez em semanas _____
- 3 - Neste momento reside com quem _____
- 4 - Qual a sua profissão _____
- 5 – Quais as suas habilitações literárias _____
- 6 – A idade do pai do bebé em anos _____
- 7 - Quais as habilitações literárias do pai do bebé _____

Nas questões seguintes responda fazendo um círculo em volta da resposta correta

8 - Face à sua situação laboral neste momento está:

Desempregada a receber subsídio de desemprego

Desempregada mas sem receber subsídio de desemprego

Em estágio não remunerado

Em estágio remunerado

Empregada com contracto com termo certo

Empregada com contracto sem termo ou efetiva

Outra, por favor especifique: _____

7 – Relativamente à sua relação conjugal neste momento:

Solteira

Em união de facto

Casada

Divorciada

Viúva

8 - Face à situação laboral do pai do bebé, ele neste momento está:

Desempregado a receber subsídio de desemprego

Desempregado mas sem receber subsídio de desemprego

Em estágio não remunerado

Em estágio remunerado

Empregado com contracto com termo certo

Empregado com contracto sem termo ou efetivo

Outra, por favor especifique: _____

Relativamente à preparação para o parto/parentalidade

9 - Fez algum curso? _____

9.1 - *Se sim, a quantas sessões assistiu?* _____

9.2 – *Se ainda não terminou o curso, quantas sessões faltam?* _____

Se já fez a visita à maternidade por favor responda às seguintes questões. Caso ainda não tenha feito a visita por favor passe para a página seguinte.

10 – Veio acompanhada à visita à maternidade? _____

10.1 - Se sim, por favor indique por quem _____

11 - Considera importante poder ter um acompanhante na visita à maternidade?

12 - Se uma amiga sua estiver grávida e a pensar ter o bebé no HPP - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, aconselha que faça a visita à maternidade?

12.1 – Por favor diga-nos porque aconselharia a sua amiga dessa forma _____

Parte II

Questionário de Antecipação do Parto

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2005). Questionário de Antecipação do Parto (QAP). *Psychologica*, 38, 256-295.

Leia com atenção todas as questões que se seguem e coloque um círculo à volta do número que melhor descreve o seu caso. Não existem respostas certas ou erradas, pretende-se apenas que responda de acordo com a sua opinião.

Exemplo:

	Nenhumas			Muitas
	1	2	3	4
Tem sentido dores?				

	Nenhumas			Muitas
	1	2	3	4
Se não tem sentido dores nenhuma, a sua resposta deverá ser:	①			

Se tem sentido poucas dores, a sua resposta deverá ser:	1	②	3	4
---	---	---	---	---

Se tem sentido algumas dores, a sua resposta deverá ser:	1	2	③	4
--	---	---	---	---

Se tem sentido muitas dores, a sua resposta deverá ser:	1	2	3	④
---	---	---	---	---

Questionário de Antecipação do Parto

	Sem Dor			Muita Dor
1. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir durante o trabalho de parto.	1	2	3	4
2. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir durante o parto.	1	2	3	4
3. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir logo a seguir ao parto.	1	2	3	4
4. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no primeiro dia, após o parto.	1	2	3	4
5. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no segundo dia, após o parto.	1	2	3	4
6. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no terceiro dia, após o parto.	1	2	3	4
7. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir na primeira semana, após o parto.	1	2	3	4
8. Classifique em média a dor que pensa vir a sentir no primeiro mês, após o parto.	1	2	3	4
9. Classifique em média a dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o trabalho de parto.	1	2	3	4
10. Classifique em média a dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o parto.	1	2	3	4
11. Classifique em média a dor que alguém lhe disse que iria sentir durante o período do pós-parto.	1	2	3	4

12. Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação e nos cuidados a prestar ao bebé?	Nada			Muito
	1	2	3	4
13. Pensa que a dor que pode vir a sentir vai interferir na sua relação com o seu companheiro?				
	1	2	3	4
14. Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, durante o parto?				
	1	2	3	4
15. Tem estado preocupada com o seu estado de saúde, após o parto?				
	1	2	3	4
16. Acha que o parto pode interferir no estado de saúde do seu bebé?				
	1	2	3	4
17. Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter em si?				
	1	2	3	4
18. Tem estado preocupada com as consequências que o parto pode ter no bebé?				
	1	2	3	4
19. Pensa que pode morrer no parto?				
	1	2	3	4
20. Pensa que o bebé pode morrer durante o parto?				
	1	2	3	4
21. Acha que pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?				
	1	2	3	4
22. Acha que o seu bebé pode ficar com sequelas físicas decorrentes do parto?				
	1	2	3	4
23. Acha que pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?				
	1	2	3	4
24. Acha que o bebé pode ficar com sequelas psicológicas decorrentes do parto?				
	1	2	3	4
25. Acha que vai conseguir amamentar o bebé, logo a seguir ao parto?				
	1	2	3	4
26. Acha que vai conseguir cuidar do bebé, logo a seguir ao parto?				
	1	2	3	4
27. Quanto tempo acha que vai demorar a regressar a casa, depois do parto?				
	1	2	3	4
28. Tem estado preocupada com o peso do seu bebé ao nascimento?				
	1	2	3	4
29. Pensa desejar ter outro filho, depois do parto?				
	1	2	3	4

30. Já decidiu o local onde quer que o parto ocorra? 1 Não
2 Sim

31. Já decidiu como quer que seja o seu parto, relativamente à anestesia epidural? 1 Ainda não decidi
2 Sim, já decidi

32. Está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o trabalho de parto? 1 Não
2 Sim

	Nada			Muito
33. Pensa que a respiração e o relaxamento a podem ajudar durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
34. Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
35. Pensa vir a sentir-se confiante durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
36. Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
37. Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
38. Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao trabalho de parto?	1	2	3	4
39. Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o trabalho de parto?	1	2	3	4
40. Pensa que o trabalho de parto vai ser doloroso?	1	2	3	4
41. Está a treinar métodos de respiração e relaxamento para pôr em prática durante o parto?	1	2	3	4
42. Pensa que o relaxamento a pode ajudar durante o parto?	1	2	3	4
43. Acha que vai ter a situação sobre controlo durante o parto?	1	2	3	4
44. Pensa vir a sentir-se confiante durante o parto?	1	2	3	4

	Nada			Muito
45. Está a contar com o apoio do seu companheiro durante o parto?	1	2	3	4
46. Está a contar com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo) durante o parto?	1	2	3	4
47. Tem conhecimento de todos os procedimentos relativos ao parto?	1	2	3	4
48. Pensa vir a sentir medo em algum momento, durante o parto?	1	2	3	4
49. Pensa que o parto vai ser doloroso?	1	2	3	4
50. Está a contar com o apoio do seu companheiro no pós-parto?	1	2	3	4
51. Está a contar com o apoio de mais alguém importante para si no pós-parto?	1	2	3	4
52. Acha que será capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que vai estar com o bebé?	1	2	3	4

ANEXO III – Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no ACES de Cascais

Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Cascais

Eu, Giselia Maria Pereira Machado, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho por este meio solicitar a autorização para realizar nesta instituição a investigação para a minha tese de mestrado. Esta incidirá sobre a preparação para o parto, a visita à maternidade e as suas influências a nível da antecipação do parto pelas grávidas. Para tal gostaria de aplicar um questionário às grávidas no terceiro trimestre de gestação, maiores de 18 anos, que usufruam de preparação para o parto/parentalidade ou visita à maternidade nesta instituição.

Será garantida a confidencialidade das grávidas que aceitem participar nesta investigação, bem como a autorização para utilização dos dados através da assinatura de um consentimento informado.

O preenchimento do questionário não prevê qualquer risco ou dano para a grávida ou alteração do normal funcionamento do serviço.

A sua aplicação será idealmente realizada entre Setembro e Outubro de 2012.

Atenciosamente,

Giselia Machado

Giselia Maria Pereira Machado

*é de todo o interesse
para o serviço*

ACES DE CASCAIS
UCC CASCAIS CARE
A Coordenadora
Enf.ª Chêfe Teresa Avilez

AGRUP. CENTROS SAÚDE CASCAIS
DIRECÇÃO

21 SET. 2012

RECEBIDO

Nº 4182

ACES DE CASCAIS
UCC CASCAIS
Entrada Nº 107
Data 15.09.2012

*Admissão a
realização do
trabalho que não deve
ter qualquer custo por
o ACES, devendo o mesmo
cobrir o trabalho final
de investigação*

*ACES DE CASCAIS
Direção Executiva
Isabel Barata*

ANEXO IV – Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados no HPP – Hospital de Cascais Dr. José de Almeida



Acreditado pela
Joint Commission
International

Exma. Senhora
Enfª Giselia Maria Pereira Machado
Unidade de Ginecologia e Obstetrícia
HPP Hospital de Cascais.

Assunto: “Aplicação de Questionário às grávidas no terceiro trimestre de gestação”.

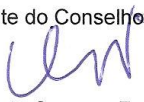
Data: 21/12/2012

N/Of. 251/CA

Na sequência do pedido formulado na sua carta de 5 de Setembro 2012, e referente ao assunto acima mencionado, informo Vossa Exa. que por despacho do Conselho de Administração de 19 de Dezembro de 2012, foi o mesmo autorizado.
(Proposta nº 1182/HPPC/2012).

Subscrevemo-nos com elevada estima e consideração,

O Presidente do Conselho de Administração,


(Dr. Adalberto Campos Fernandes)

ACF/AC

C/C: Comissão de Ética

HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves • 2755-009 Alcabideche
Tel.: 214 653 000 • Fax.: 214 653 199
www.hppcascais.pt



Certificação Ambiental ISO 14001:2004



Certificação Qualidade ISO 9001:2008
(Farmácia, Anatomia Patológica, Imagiologia
Imunohistoquímica, Esterilização)