

Marlene de Jesus da Silva Ferreira

Medo de dar à luz: Parto Normal ou Cesariana? – Validação e Aplicação da Escala CFPP

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2017

Marlene de Jesus da Silva Ferreira

Medo de dar à luz: Parto Normal ou Cesariana? – Validação e Aplicação da Escala CFPP

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2017

Marlene de Jesus da Silva Ferreira

Medo de dar à luz: Parto Normal ou Cesariana? – Validação e Aplicação da Escala CFPP

Marlene de Jesus da Silva Ferreira

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof. Doutora Zélia Teixeira.

Resumo

O parto, ainda que visto como um momento doloroso, representa um dos eventos mais marcantes da vida do ser humano, quer para a mulher que dá à luz, quer para o seu parceiro, que mesmo para o bebé. Devido à enorme carga emocional que lhe é inerente e à ansia de alcançar o desconhecido, este acontecimento de vida é antecipado pelos seus intervenientes. Esta antecipação é feita cada vez mais precocemente, mesmo em populações jovens não-grávidas, propiciando a formação de crenças, capazes de influenciar negativamente a experiência do nascimento, afetando as preferências idealizadas para este tão aguardado momento.

Para que consigamos intervir neste âmbito, contribuindo para a clarificação de algumas convicções foram delineados os seguintes objetivos: traduzir e adaptar para a população portuguesa a escala *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* (CFPP); validar a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (versão traduzida e adaptada da CFPP); avaliar o medo do parto antes da gravidez em estudantes universitários e associar o medo de dar à luz às escolhas prévias e preferências da via do parto em estudantes universitários.

Recorreu-se a uma amostra de conveniência, constituída por 327 estudantes universitários (264 do sexo feminino e 63 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos ($\mu = 24$) e sem filhos.

Para a recolha de dados foi administrado um questionário sociodemográfico, o Questionário de Experiência Pessoal associada ao Parto, a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (CFPP) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS – 21).

A escala foi traduzida e adaptada recorrendo ao método de tradução e retroversão e a um painel de peritos. A versão traduzida e adaptada demonstra boas qualidades psicométricas. Verifica-se uma boa consistência interna ($\alpha = 0,88$), a unidimensionalidade da escala, bem como a sua estabilidade temporal. Mediante a análise fatorial foram extraídos 3 fatores, que explicam 70% da variância total. Não existe correlação entre a CFPP e a EADS – 21.

Os estudantes universitários portugueses apresentam níveis médio elevados de medo do parto antes da gravidez, o que influencia as suas preferências quanto à via do nascimento.

Palavras-Chave: Medo do parto, preferências, vias do nascimento, estudantes, validação

Abstract

Childbirth, although seen as a painful moment, represents one of the most striking events in the life of the human being, both for the woman who gives birth and for her partner, even for the baby. Due to the enormous emotional load inherent in it and the eagerness to reach the unknown, this event is anticipated by its participants. This anticipation is carried out increasingly early, even in young non-pregnant populations, providing the formation of beliefs, capable of negatively influencing the birth experience, affecting the idealized preferences for this long awaited moment.

In order to be able to intervene in this context, contributing to the clarification of some beliefs, the following objectives were outlined: to translate and adapt to the Portuguese population the Childbirth Fear Prior to Pregnancy (CFPP) scale; to validate the Scale of Fear of Childbirth before Pregnancy (translated and adapted version of the CFPP); to assess the fear of childbirth before pregnancy in university students and to associate the fear of giving birth to previous choices and preferences of the birth path in university students.

A convenience sample of 327 university students (264 female and 63 male), aged from 18 to 35 ($\mu = 24$) and no children, was used.

In order to collect data it was administered a sociodemographic questionnaire, the Personal Experience associated with Childbirth questionnaire, the Pregnancy Scale before Pregnancy (CFPP) and the 21 - item Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS - 21).

The CFPP scale has been translated and adapted using the translation and retroversion method and a panel of experts.

The translated and adapted version demonstrates good psychometric qualities. There is a good internal consistency ($\alpha = 0.88$), the unidimensionality of the scale, as well as its temporal stability. Trough of the factor analysis, 3 factors were extracted, which explain 70% of the total variance. There is no correlation between CFPP and EADS - 21.

Portuguese university students have in average high levels of fear of childbirth before pregnancy, which influences their preferences regarding the way of birth.

Key Words: Fear of childbirth, preferences, birth routes, students, validation

Agradecimentos

À prof. Doutora Zélia Teixeira, por todo o envolvimento e conhecimento transmitido. Pela sua persistência e incentivo neste projeto desde o primeiro minuto, por nunca me ter deixado desistir, mesmo quando o cansaço falava mais alto!

À Dr.^a Cátia Rocha, supervisora de estágio, pela maravilhosa e enriquecedora experiência, pelo apoio incondicional e compreensão demonstrada dia após dia. Obrigada pelo ser humano lindo que és e pela amizade construída, que perdurará certamente.

Aos meus pais, pela luta diária que fazem para que consiga concretizar os meus sonhos, por me ensinarem que atrás de uma montanha alta há sempre uma maior, pelo apoio, compreensão, amor, dedicação e presença em todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado, aquele que mais ouviu os meus desabafos ao longo de todo o meu percurso e que sempre acreditou em mim. Obrigada pela presença e preocupação constante, por embarcares comigo em todas as aventuras, pela pessoa que és e por toda a ajuda.

A toda a minha família, em especial à minha madrinha e à minha tia, que sempre me apoiou nos momentos mais difíceis, por me ajudarem nesta minha jornada que nem sempre foi fácil.

À Filipa e ao Miguel, o meu casalinho preferido, os meus companheiros destes 5 anos que se tornaram verdadeiros amigos. Obrigada por cada minuto, por todo o auxílio, por cada dúvida tirada em conjunto, esta vitória é também vossa, estarei a aplaudir-vos de pé sempre! Obrigada por toda a paciência.

À destemida Vânia que abraça tudo com uma força incrível, transmitindo-a a todos os que a rodeiam, também eu fui alvo desta tua coragem. Obrigada pela tua disponibilidade, companheirismo e amizade.

Agradeço a todos os meus amigos que me acompanharam nesta caminhada, pelos conselhos e críticas que me ajudaram a crescer, pelos momentos de felicidade e partilha, em especial aos “Amigos do Palque”.

Por fim, um especial obrigado a todos os participantes desta minha investigação, sem vocês não era possível a sua concretização!

Índice

Resumo	i
Abstract	ii
Agradecimentos	iii
Índice	iv
Índice de tabelas	vi
Índice de gráficos	viii

Parte I – Enquadramento Teórico

Introdução.....	1
1. O Parto.....	4
2. As Vias do Parto	4
3. Os Tipos de Parto.....	5
3.1. Parto Natural e/ou Humanizado	5
3.2. Parto Normal	6
3.3. Parto por Cesariana.....	7
3.4. Parto instrumentado	8
4. As Complicações do Parto	9
5. “Uma Vez Cesariana, Para Sempre Cesariana?”	11
6. Diferenças Psicológicas do Parto Vaginal e Transabdominal	13
7. O Medo do Parto.....	15
8. Preferências Pela Via do Parto	17
8.1. Preferências Pela Via do Parto em Mulheres Grávidas Pela Primeira Vez	17
8.2. Preferências Pela Via do Parto em Mulheres Após Parto.....	22
8.3. Preferências Pela Via do Parto em Estudantes Universitários	24
9. A Importância da Educação sobre o Parto	27

Parte II - Estudo Empírico

1. Metodologia.....	30
1.1. Finalidade	30
1.2. Objetivos da Investigação	31
1.3. Caracterização do Estudo.....	31

1.4. Participantes	31
1.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	32
1.5. Material/Instrumentos de Recolha de Dados	33
1.5.1. Questionário Sociodemográfico	33
1.5.2. Questionário de Experiência Pessoal Associada ao Parto	33
1.5.3. Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez	35
1.5.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse.....	36
1.6. Procedimento.....	38
2. Apresentação dos Resultados	39
2.1. Traduzir e adaptar para a população portuguesa a escala <i>Childbirth Fear Prior to Pregnancy</i> – CFPP.....	39
2.2. Validar a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (versão traduzida e adaptada da CFPP).....	43
2.2.1. Análise da fidelidade da CFPP.....	44
2.2.1.1. Análise de consistência interna recorrendo ao <i>Alpha de Cronbach</i>	44
2.2.1.2. Correlação do Item com o Total do Teste	46
2.2.1.3. Teste das duas metades ou bipartição.....	47
2.2.1.4. Teste – Reteste	48
2.2.2. Análise da Validade da CFPP	50
2.2.2.1. Técnica de Grupos de Contraste	51
2.2.2.2. Análise Fatorial	52
2.2.2.3. Análise da Validade Divergente.....	56
2.3. Avaliar o medo do parto antes da gravidez em estudantes universitários	58
2.4. Associar o medo de dar à luz às escolhas prévias e preferências da via do parto em estudantes universitários	60
Conclusão	74
Referências	76

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas da Amostra ($N = 327$).....	32
Tabela 2. Comparação das características sociodemográficas da população portuguesa com os restantes países	33
Tabela 3. Níveis de severidade da <i>EADS</i>	37
Tabela 4. Resultados das estatísticas descritivas obtidas na análise exploratória de dados	42
Tabela 5. Resultados dos testes de normalidade obtidos na análise exploratória de dados	42
Tabela 6. Valor de <i>Alpha de Cronbach</i> para a população portuguesa.....	45
Tabela 7. Análise da fidelidade (<i>alpha de cronbach</i>) comparativamente com os outros países	45
Tabela 8. Análise da fidelidade (<i>alpha de cronbach</i>) entre sexos comparativamente com outros países.....	45
Tabela 9. Resultados da correlação do item com o total da escala.....	46
Tabela 10. Resultados da correlação do item com o total da escala comparativamente com os outros países.....	47
Tabela 11. Resultados obtidos no teste das duas metades.....	48
Tabela 12. Resultados obtidos no teste-reteste através da <i>Correlação de Pearson</i>	49
Tabela 13. Síntese de resultados obtidos no teste <i>T</i> para amostras independentes.....	51
Tabela 14. Resultados obtidos no teste de <i>KMO</i> e <i>Bartlett</i> para análise fatorial.....	52
Tabela 15. Número de fatores retidos e percentagem associada à variância total da <i>CFPP</i> ...	53
Tabela 16. Análise das componentes principais com rotação ortogonal <i>Varimax</i> e comunalidades.....	55
Tabela 17. Resultados da correlação entre os scores totais da <i>CFPP</i> e da <i>EADS-21</i> mediante <i>Correlação de Pearson</i>	56

Tabela 18. Resultados da correlação entre o score total da <i>CFPP</i> e subescalas da <i>EADS-21</i> mediante a <i>Correlação de Pearson</i>	57
Tabela 19. Coeficiente da <i>Correlação de Pearson</i> para scores da <i>CFPP</i> e <i>EADS – 21</i> com os outros países	57
Tabela 20. Experiências prévias da amostra em relação ao parto ($n = 296$; 90,5%).....	58
Tabela 21. Medidas de tendência central e dispersão na avaliação do medo do parto antes da gravidez em jovens universitários	59
Tabela 22. Medidas de tendência central e dispersão na avaliação do medo do parto antes da gravidez em jovens universitários	59
Tabela 23. Medidas de tendência central e dispersão na avaliação do medo do parto antes da gravidez em jovens universitários por fatores	60
Tabela 24. Média de número de filhos idealizado por jovens universitários	62
Tabela 25. Média de preferências das vias do parto dos jovens universitários	62
Tabela 26. Resultados da Correlação Ponto-Bisserial entre o medo do parto e as preferências prévias da via do nascimento em estudantes universitários.....	65

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Caixa de Bigodes obtida na análise exploratória de dados	43
Gráfico 2. Representação visual do número de fatores obtidos para a <i>CFPP</i> através da análise fatorial.....	54
Gráfico 3. Representação dos ideais futuros dos jovens universitários nas concepções obstétricas	61
Gráfico 4. Representação dos motivos pela preferência da via vaginal em estudantes universitários	63
Gráfico 5. Representação dos motivos pela preferência da via transabdominal em estudantes universitários	64

Introdução

O medo caracteriza-se por uma componente básica ansiógena e está inerente à experiência humana, é comum sentir-se medo (Oliveira dos Santos, 2003).

Trata-se de um estado interno do indivíduo de curta ou longa duração, quando este pressente o perigo, ativando a uma série de efeitos fisiológicos do nosso organismo. Devido a este facto, o medo tem subjacentes reações equivalentes às da ansiedade, nervosismo, susto, inquietação, pavor e até mesmo terror, comprometendo a nossa cognição uma vez que a nossa reação e consciência estão somente centradas na ameaça (Freitas – Magalhães, 2011).

Mediante a breve explicação deste constructo rapidamente conseguimos compreender que o medo do parto parece um fenómeno perfeitamente compreensível, isto porque se trata de um importante evento de vida, antecipado não só pelos seus principais intervenientes, como também por aqueles que direta ou indiretamente se encontram a par do período gestacional.

Por outro lado, não podemos esquecer-nos das experiências precoces daqueles que nos são significativos e da influência que exercem em nós próprios. A este respeito as conceções são claríssimas: se existem experiências prévias promotoras de bem-estar e harmonia, as apreciações são positivas e geram opiniões otimistas, que nos serão transmitidas proporcionando tranquilidade. Se por outro lado, as experiências precoces são negativas, causam sofrimento e mal-estar, serão óbvios os pareceres desfavoráveis. É através destes que são gerados os sentimentos de nervosismo, ansiedade e medo antecipado.

Não podemos de todo condenar este medo, até porque sentir medo é normal, e estamos perante talvez um dos maiores acontecimentos de vida do ser humano: ser pais. Quer queiramos ou não, a ansiedade face ao desconhecido vigora e não pode de todo ser banida. Mas, quando o medo se torna incapacitante aí é necessário tomar medidas, até porque viver em permanente estado de alerta torna-se prejudicial não só para a mãe, como até mesmo para o bebé.

O medo do parto torna-se assim um fenómeno específico, capaz de oscilar em si mesmo, impactando no desenvolvimento humano interrompendo rotinas diárias, conduzindo à constante hipervigilância para não engravidar, levando às elevadas taxas de cesariana

eletiva ou ao fenómeno da medicalização, que acaba impactar negativamente quer na mãe, quer na criança (Stoll, Hall, Janssen & Carty, 2014; Ryding, et al., 2015).

Ainda que os receios do parto tenham uma maior prevalência no período gestacional, é impossível incidir uma intervenção e desmistificar as crenças geradas apenas nesta fase do ciclo de vida, até porque é com o avançar da gravidez que os medos se tornam mais intensos e as preferências da via do parto alteram rapidamente. É importante que esta questão seja abordada em populações não-grávidas, para que o caminho da intervenção seja trilhado o mais precoce possível.

Assim, atendendo à dimensão que o medo do parto pode atingir, parece consistente afirmar que o estudo desta temática assume uma posição imperativa e deveras pertinente, não só devido ao impetuoso impacto no ser humano, como devido à produção de conhecimento científico desta área em Portugal, que parece ser quase nula.

Por outro lado, para que exista uma investida científica neste domínio é fundamental a validação de instrumentos de mensuração que permitam numa primeira fase a avaliação do temor do parto, para que posteriormente sejam adotadas medidas.

Desta forma, são quatro os objetivos que orientam a presente investigação: traduzir e adaptar para a população portuguesa a escala *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* (CFPP); validar a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (versão traduzida e adaptada da CFPP); avaliar o medo do parto antes da gravidez em estudantes universitários e associar o medo de dar à luz às escolhas prévias e preferências da via do parto em estudantes universitários.

Para tal foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal, descritivo, exploratório e correlacional, numa amostra de 327 estudantes universitários maiores de idade e sem filhos.

Foi realizada uma ampla revisão da literatura, recorrendo a várias fontes científicas com o intuito de alcançar um grande suporte teórico. O presente estudo encontra-se assim dividido em duas partes, onde numa primeira fase é realizado o enquadramento teórico, seguindo-se a parte do estudo empírico.

O enquadramento teórico aborda os processos fisiológicos do parto, diferenciando as suas vias e os diferentes tipos que podem ser realizados. São também englobadas as complicações que podem decorrer mediante a realização do parto vaginal ou cesariana, assim

como as diferenças psicológicas inerentes à mãe e bebê implícitas ao nascimento por cada via. São ainda descritas as preferências pelas vias do parto em mulheres grávidas, mulheres que já tenham dado à luz e em jovens universitários, procurando compreender os motivos subjacentes a cada um destes grupos. Numa última análise é discutida a importância da educação pré-parto, enfatizando o papel do psicólogo nesta importante intervenção.

A parte relativa ao estudo empírico é composta pelos aspetos metodológicos inerentes à investigação realizada, tais como os seus objetivos, a sua caracterização e finalidade. Os instrumentos utilizados são também descritos (Questionário Sociodemográfico, Questionário de Experiência Pessoal Associada ao Parto, Escala do Medo do Parto antes da Gravidez e Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse), bem como os resultados obtidos e a respetiva discussão.

Segue-se a conclusão sumária do estudo e a listagem das referências que o integram.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. O Parto

A noção e definição de parto sofreu alterações ao longo do tempo, devido essencialmente ao avanço das conjunturas políticas e consequentes melhorias na saúde materna infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Desta forma, numa primeira análise, Souza dos Reis et al., (2009), afirmam que o parto é um acontecimento que decorre num curto período de tempo e reporta ao último estágio do período de gestação. Demarca o nascimento do feto, através da sua expulsão, que se formou durante aproximadamente 42 semanas.

Por outro lado, segundo a perspetiva de Lopes et al. (2005, citado por Lamy & Moreno, 2013), o parto pode ser visto como um acontecimento num longo período de tempo, já que compreende toda a fase desde a gestação ao puerpério. Os autores defendem que este evento está presente na gravidez devido a todas as expectativas que o sustentam por parte da mulher, e mesmo após a sua concretização efetiva, perdura sob a forma de lembranças e sentimentos na mãe. Esta definição parecer estar de acordo com a ótica de autores como Sarmiento e Setúbal (2003) e Tedesco et al. (2004, citado por Costa, Oliveira da Silva, Silva, Galdino & Brás, 2015), que perspetivam o parto como um acontecimento biopsicossocial, pois estão inerentes valores culturais, sociais e emocionais e não apenas a dimensão fisiológica.

2. As Vias do Parto

Quando nos referimos a vias do parto apenas podemos enumerar duas: vaginal ou transabdominal. Trata-se assim do canal através do qual o bebé é expulso, no caso da via vaginal, ou retirado, no caso da via transabdominal (Souza dos Reis et al., 2009)

De forma breve, o parto vaginal é composto por contrações dolorosas e rítmicas provocadas pela dilatação e extinção do colo uterino. Por outro lado o parto através da via transabdominal pressupõe uma intervenção cirúrgica nesta mesma zona, que permite igualmente a retirada do bebé do útero materno. Este modo de dar à luz foi desenvolvido com o intuito de apenas ser utilizado mediante complicações que interferissem e pusessem em

causa a vida da mãe e/ou do bebê (Moraes, Cardoso, Oriá & Pereira da Silveira, 2001; Barbosa et al., 2003; Queiroz et al., 2005, citado por Lamy & Moreno, 2013).

3. Os Tipos de Parto

Quando falamos em tipos de parto referimo-nos a características inerentes ao nascimento, que estão presentes no mundo interno e externo do bebê, interferindo deste modo diretamente com o parto. Os tipos de parto interligam-se assim com as vias do parto, não existindo por vezes uma distinção clara entre estes dois conceitos.

Tendo em conta os avanços no campo tecnológico e de investigação, atualmente existem vários tipos de parto, passíveis de serem realizados em circunstâncias específicas e respeitando os princípios subjacentes a cada um.

3.1. Parto Natural e/ou Humanizado

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o parto natural é aquele cujo início e progressão são espontâneos, e conseqüentemente, o nascimento obedece também a esta regra de espontaneidade. Não existem quaisquer tipos de intervenções cirúrgicas durante o parto e no período pós-parto, o que pressupõe o nascimento através da via vaginal. Além disso, de acordo com Gonçalves et al. (2011, citado por Viana, Ferreira & Mesquita, 2014), são evitados procedimentos e interações medicamentosas que impeçam que o parto decorra de forma natural.

O parto natural pode ainda subdividir-se em parto natural assistido ou não assistido por um profissional de saúde, sendo que as restantes particularidades, já enunciadas, são homogêneas para ambos (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Associado a este tipo de parto está o conceito de parto humanizado. Por vezes a literatura tende a considerar o parto humanizado também por si só um tipo de parto. Contudo, as investigações mais recentes tendem a interligar estes dois conceitos devido essencialmente à livre escolha da mulher e tomada de decisões, conscientes, face ao trabalho de parto. Estas decisões têm de obedecer ao risco e complicações da gravidez de modo a garantir a segurança de ambos. O parto humanizado atende à vontade da mulher, pressupõe a escuta das suas vontades, tornar a mulher a protagonista deste importante evento de vida, respeitando a sua autonomia e dignidade. Se todos estes aspetos forem cumpridos o nascimento contribui para a

regulação dos aspetos físicos, mas principalmente emocionais do bebé (Seibert, Barbosa, Maia dos Santos & Vargens, 2005).

Embora esta liberalização tenha gerado nos últimos tempos algumas discussões, principalmente por parte das equipas médicas, autores como Coren (2010, citado por Costa, et al., 2015), defendem que “*a mulher é dona de seu parto*” (p.148).

Assim, o parto natural é demarcado por fatores como a livre escolha do posicionamento do trabalho de parto, a mulher pode movimentar-se durante as contrações, e é livre de escolher a forma como se sente mais confortável para o momento nascimento. Outra das características deste tipo de parto é a nutrição aberta, dado que existem estudos que revelam que a alimentação já não necessita de ser interdita na parturiente, mas sim que exista uma alimentação circunscrita a comidas leves que garantam a energia necessária ao trabalho de parto. A mulher é livre ainda de escolher o local do parto, podendo por exemplo optar pelo parto domiciliário, desde que existam profissionais que assegurem o bem-estar e segurança quer da mãe, quer do bebé e saibam lidar com situações de urgência, ou até mesmo pelo parto na água, que permite que o bebé nasça num ambiente líquido e quente ao qual já estava acostumado e a mãe se sinta mais relaxada dado que a água quente diminui a pressão arterial. Visando a vontade da mulher, existe um acompanhante e esta presença é hoje vista como essencial à promoção e qualidade da assistência ao parto, formando uma tríade: mulher, acompanhante e equipa de saúde. Todo este acolhimento realizado quer à mãe, quer ao bebé no momento do nascimento, também define o parto natural e humanizado. No final deste evento o bebé fica no quarto junto da mãe (Mazzieri & Hoga, 2006; Martins et al., 2009, citado por Viana et al., 2014; Coren, 2010, citado por Costa et al., 2015).

Este tipo de parto tem sido alvo de várias investigações e, segundo o estudo realizado por Medeiros et al., entre 2014 e 2016, existem inerentes vantagens como uma melhor e mais rápida recuperação no período pós-parto, aleitamento materno mais rápido, índice de Apgar favorável, menor índice de nascimentos prematuros e alterações respiratórias no bebé, uma vez que a fisiologia normal do parto é respeitada e não são adotadas intervenções sem adequada indicação clínica.

3.2. Parto Normal

O conceito de parto normal sofreu modificações ao longo do tempo. Como tal, difere do parto natural, anteriormente descrito, embora sejam perspetivados como equivalentes.

De acordo com Brasil (2010, citado por Costa et al., 2015), o parto normal é visto como o parto “tradicional”. Contudo, este tipo de parto tem sido alvo de intervenções que interferem com a sua realização espontânea. Estas modificações dirigem-se essencialmente à administração de substâncias medicamentosas (oxitocina e epidural), à realização da episiotomia (intervenção cirúrgica que envolve a parte inferior da vagina, o anel vulvar e o tecido perineal com vista à amplificação desta área para a fase da expulsão do feto (Ballesteros-Meseguer, Carrillo-García, Meseguer-de-Pedro, Canteras-Jordana & Martínez-Roche, 2016)), e até mesmo à interrupção alimentar.

Embora com todas estas alterações o parto normal caracteriza-se por um início espontâneo, de baixo risco, sem problemas do ponto de vista técnico desde o início até ao período pós-parto, com ausência de período traumático na mãe devido ao processo do nascimento (Lamy & Moreno, 2013).

O parto normal ocorre assim através da via vaginal e pode ainda ser conhecido como parto eutócico que, segundo a Organização Mundial de Saúde é aquele cujo nascimento decorre com uma apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas de gravidez, obedecendo às características anteriormente apresentadas e garantindo as boas condições médicas para a mãe e o bebé (Ruiz & Limonero, 2013).

3.3. Parto por Cesariana

Segundo Lamy e Moreno (2013), o parto por cesariana pressupõe a realização de intervenção cirúrgica para que o bebé seja retirado do útero materno, em vez de nascer naturalmente passando pelo colo de útero e vagina. Este nascimento ocorre assim pela via transabdominal, com recurso a anestésicos.

Este tipo de parto é realizado em situações em que o parto por via vaginal represente perigo e coloque em risco a vida do bebé e da mãe. Assim, o nascimento por via transabdominal (cesariana) pode ser planeado antecipadamente, ou realizado de forma célere e momentânea devido a imprevistos que ocorram no trabalho de parto normal. Embora o parto por cesariana tenha aumentado exponencialmente nos últimos anos, as situações viáveis à sua realização implicam o mau posicionamento do feto para o parto normal, ou seja, o bebé não está com o posicionamento cefálico de vértice, hemorragias intensas, dilatação insuficiente, deslocamentos de placenta, deteção de anomalias genéticas no bebé e até mesmo a presença de doenças transmissíveis (Brasil, 2012, citado por Costa et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, este tipo de parto é também conhecido por parto distócico, uma vez que o nascimento não decorre com apresentação cefálica de vértice por via vaginal (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

3.4. Parto instrumentado

Tal como o próprio nome indica, o parto instrumentado alude à utilização de um instrumento que serve de auxílio à extração fetal. Os instrumentos utilizados podem ser fórceps, ventosa ou espátula e são aplicados no nascimento pela via vaginal (Lourenço, Silva, Castro, Veiga & Carvalho, 2012).

A escolha do instrumento a usar depende de alguns fatores como a experiência do técnico, a disponibilidade e adequação do instrumento a cada situação e até mesmo a quantidade de anestesia administrada à parturiente (Valenti, Almada, Presta & Gowdak, 2010).

Os fórceps permitem a flexão, tração e rotação cefálica do bebé. Para que sejam utilizados é necessário atender e respeitar algumas regras como o esvaziamento urinário, a posição cefálica do feto, onde serão colocadas as ramas dos fórceps de forma cuidadosa e suave. Este processo de introdução das ramas pode ser demorado e repetido até que todas estejam articuladas de forma devida no bebé. Obedecendo ao ritmo das contrações os fórceps realizam uma força de tração e, caso seja necessário, uma rotação cefálica. Embora tenha de existir uma força contínua, no período em que não existam contrações é desejável desarticular os fórceps, de modo a reduzir a compressão exercida no crânio do bebé. Por norma este processo fica completo à quarta contração e é desejável que o instrumento seja retirado assim que possível para tornar o parto o mais espontâneo possível. É importante ainda referir que, na maioria dos casos é necessária a realização de episiotomia (Valenti et al., 2010).

Atendendo agora à ventosa, este instrumento é constituído por forças de tração e um sistema de vácuo, que exerce uma pressão de sucção. As ventosas podem ser rígidas (metálicas ou plásticas) ou não rígidas (silicone). As diferenças não estão apenas no tipo de material que as compõem, mas também na taxa de sucesso, no grau de conforto e processo de colocação e ainda nas lesões fetais. Assim, embora as ventosas rígidas sejam mais eficazes, as não rígidas proporcionam um maior conforto e menos lesões do escalpe fetal. À vista do anteriormente descrito, existem pré-requisitos que têm de ser cumpridos para a

instrumentação do parto com recurso a ventosa nomeadamente o esvaziamento urinário, grau de anestesia adequado, apresentação cefálica de vértice e até dilatação completa. O processo é conseguido após a colocação correta da campânula sobre o ponto de flexão cefálico do bebé, exercendo uma força de tração, obtendo-se assim os diâmetros cefálicos favoráveis à descida do feto (Lourenço et al., 2012).

Por último, as espátulas visam fundamentalmente aumentar o canal vaginal de modo a favorecer o trabalho de parto. Contudo, permitem também a realização de forças de tração na área cefálica do feto. Para tal o esvaziamento urinário é também necessário, assim como a colocação do instrumento de forma cuidadosa e suave. A espátula é apoiada sobre a parte cefálica periférica exercendo uma ligeira tração, simultânea às contrações, desprendendo o feto. Estão assim reunidas as condições favoráveis à sua descida. É também realizada, na sua maioria, episiotomia (Valenti et al., 2010).

4. As Complicações do Parto

Embora o alguns tipos de parto sejam concebidos para a redução de complicações no momento do nascimento, não podemos deixar de equacionar os riscos presentes, quer para a mãe, quer para o bebé. Nesta secção debruçemos a nossa atenção nas complicações do parto, associando-o às vias existentes (vaginal e transabdominal).

O parto ocorrido através da via vaginal engloba inúmeras alterações na mulher, principalmente ao nível da sua integridade vaginal. Estas alterações decorrem em grande parte devido à realização de episiotomia, que modifica a vagina da mulher. Esta intervenção cirúrgica tem ainda impacto ao nível das relações sexuais, devido a alguns receios inerentes quer ao parceiro, quer mesmo à mulher (Ballesteros-Meseguer et al., 2016).

Segundo um estudo de González et al. (2017), o parto através da via vaginal pode ainda causar rutura na zona pélvica da mulher, causando assim incontinência fecal e urinária. Estas complicações encontram-se mais associadas ao parto instrumentado. A visão de Lourenço et al (2012) vai de encontro à anteriormente apresentada, acrescentando ainda que o parto instrumentado inclui lacerações, hematomas do trato genital inferior, anemia e ainda formação de fístulas. Por último, estudos recentes de Hirsch et al. (2017) identificam também as hemorragias frequentes associadas a este tipo de parto explicadas pelo sangramento excessivo da placenta e também pela realização da episiotomia.

Focando-nos nas complicações do parto vaginal para o bebê, podemos admitir que existe uma maior probabilidade de transmissão de infecções maternas como vírus da hepatite B, C e até mesmo HIV. Por outro lado, existem também evidências de complicações fetais quando é realizado o parto instrumentado. Devido à força exercida para a sucção do bebê, são registradas alterações a nível do escalpe fetal, causadas por micro-hemorragias, que em casos mais graves podem representar uma fratura do crânio do feto (Lourenço et al., 2012).

Quando o parto ocorre através da via transabdominal estão também inerentes consequências para ambos os protagonistas deste evento de vida.

Segundo Souza dos Reis et al. (2009), a morbidade materna é mais grave e mais frequente no parto por cesariana. A parturiente está assim mais exposta aos efeitos secundários anestésicos e infecções pós-parto nas cicatrizes, que envolvem muitas vezes a formação de tromboembolias.

Estas infecções podem ter início no aparelho genital ou ainda na área de implantação placentária dando origem a febres altas, útero doloroso e amolecido que só sofrerá melhorias com intervenção medicamentosa com recurso a antibióticos específicos para estas complicações. São também associadas infecções urinárias e, em caso de cirurgia futura podem surgir complicações devido à existência de cicatriz na zona uterina (Nomura, Alves & Zugaib, 2004).

O parto por cesariana é ainda responsável por uma excessiva perda de sangue que conduz a necessidades de transfusões e, em caso, extremos à mortalidade. Estão ainda presentes lesões nos órgãos internos, e uma maior probabilidade de rutura uterina na próxima gravidez, assim como uma redução da fertilidade (Meredith & Hugill, 2016; Zgheib, Kacim & Kostev, 2017).

De acordo com Meredith e Hugill (2016), as complicações para o bebê podem agregar um índice de Apgar mais baixo, mortalidade à nascença e até mesmo infecções pulmonares.

Esta visão vai ao encontro do estudo levado a cabo por Ribeiro de Araújo et al. (2008), que confirma que recém-nascidos por cesariana apresentam um risco 5 vezes maior de hipertensão pulmonar persistente, à vista dos recém-nascidos por via vaginal, uma vez que este último é mais rico na produção de prostaglandinas (molécula que ajuda à catalisação do oxigénio).

Embora não existam muitos estudos que sustentem esta teoria, autores como Sevelsted et al. (2015, citado por Meredith & Hugill, 2016), referem que o parto através da via transabdominal acarreta consequências a nível imunológico para o bebé. Ou seja, o facto de o bebé nascer através de uma operação cirúrgica e não realizar todo o percurso uterino afeta a sua expressão genética, isto porque este evento de vida é influenciado por características fisiológicas e efeitos epigenéticos ou seja, o ambiente do nascimento tem uma enorme carga na formação dos genes do bebé.

Analisando as todas as complicações anteriormente descritas, e concordando com alguns autores, parece consensual que o nascimento através da via vaginal é mais seguro e subentende menos riscos que a realização de cesariana, quer para a mãe, quer para o bebé (Souza dos Reis et al., 2009; Costa, et al., 2015; Meredith & Hugill, 2016).

5. “Uma Vez Cesariana, Para Sempre Cesariana?”

Este é um assunto bastante discutido, quer por equipas médicas, quer mesmo por parturientes e seus familiares. Poderá uma mulher, com história prévia de cesariana, ser submetida a um parto vaginal?

Este é sem dúvida um dos assuntos mais controversos. Há algum tempo atrás, as mulheres cujo primeiro parto tivesse sido através da via transabdominal não teriam escolha, os partos seguintes seriam também realizados através desta mesma via (Budin, 2016).

Esta ideia deriva das complicações catastróficas para a mulher, como é o caso da rutura uterina a que ficam sujeitas, que pode levar a morbilidade e até mesmo à mortalidade. A rutura uterina envolve um rompimento das várias camadas que compõem a parede uterina, com deslocamento da placenta, que pode ser acompanhado por partes fetais, para a zona abdominal. Este ato conduz assim à ocorrência de hemorragias extremas, que interferem com o feto (Mendes, Torres, Campos & Serrano, 2014).

Budin (2016) afirma que com o avançar das pesquisas neste campo, os profissionais de saúde começaram a compreender que era plausível a realização de um parto vaginal após um parto por cesariana isto porque a incisão cirúrgica começou a ser feita na parte inferior do útero, diminuindo a probabilidade de abrir no parto subsequente. Por outro lado, foram também tidas em conta as complicações que um parto por cesariana abrangia, quer para a mãe, quer para o bebé. Ora, se fossem realizadas 2 ou até mais cesarianas, os riscos

duplicavam para os seus intervenientes. Podemos ainda afirmar que este conceito emergente da realização de parto vaginal após cesariana teve um grande impulso devido à necessidade da diminuição do parto por via transabdominal que sofreu um aumento exponencial um pouco por todo o mundo.

Ainda assim, várias são as resistências e medos criados principalmente devido às questões da rutura uterina a que as mulheres ficam sujeitas. Contudo, esta consequência depende de vários fatores. Em primeiro lugar importa atender à localização da primeira cicatriz, que tal como supracitado, quando situada na parte inferior do útero diminui o risco de abrir. Depois convém analisar o tipo de cicatriz, dado que existe uma maior propensão para rutura uterina em mulheres com incisão em forma de T ou clássica. O número de cesarianas prévias é também um dos fatores a ter em conta pois segundo estudos de Macones, Miller e colaboradores, as mulheres com pelo menos 2 cesarianas anteriores têm um maior risco de rutura uterina (1,8%), do que aquelas com apenas 1 cesariana prévia (0,6%). Um dos principais fatores está relacionado com os antecedentes de rutura uterina. Estas mulheres não podem ser submetidas ao parto vaginal após cesariana pois o risco de rutura é muito mais significativo. Podemos ainda enumerar a data em que a cesariana anterior decorreu uma vez que a probabilidade de rutura uterina é maior quanto menor for o tempo a que ocorreu o parto pela via transabdominal. Por norma, as equipas de saúde têm como referência um tempo inferior a 18 meses. Por último, a forma de início do parto anterior tem também interferência para a ocorrência de rutura. Vários estudos evidenciam que o parto induzido acarreta um risco 3 vezes superior de rutura uterina à vista do início de parto de forma espontânea (Mendes et al., 2014; Li et al., 2016).

De acordo com a visão de Meredith e Hugill (2016), se o parto vaginal for realizado de forma consciente e devidamente supervisionado pelas equipas de saúde, estão implícitos benefícios para a saúde das mulheres e bebês.

A afirmação anteriormente apresentada tem sido alvo de muitos estudos, que revelam que o parto vaginal após parto por cesariana é seguro e alvo de sucesso (Sondgeroth et al., 2015; Li, et al., 2016).

Segundo o estudo de Sondgeroth et al. (2015), quando é realizado um parto vaginal espontâneo após uma história prévia de cesariana, os procedimentos decorrem de forma normal, e não existem riscos associados.

De modo a sustentar o anteriormente referido, podemos ainda evocar um estudo recente de Son, Roy e Grobman (2017), cujos resultados apontam que a realização de parto vaginal após uma cesariana prévia reduz a probabilidade de infeções puerperais ao nível das paredes do útero (endometrite), diminui o risco de hemorragia pós-parto e consequentes transfusões de sangue bem como da realização futura de histerectomia (remoção do útero).

Conforme a opinião de Budin (2016), esta é uma temática que tem sido alvo de muita investigação científica e ao longo dos tempos vários têm sido os projetos criados com o intuito de realizar uma “educação pré-parto” junto de mulheres grávidas, a fim de abordar os riscos, benefícios e partilha de experiências e opiniões do parto vaginal após parto por cesariana.

Em suma, após atentarmos nos dados anteriormente apresentados, e respondendo à questão subentendida a este capítulo, a história prévia de cesariana não impede a realização de um parto vaginal subsequente, pelo contrário, verificamos que existem até benefícios à execução deste.

6. Diferenças Psicológicas do Parto Vaginal e Transabdominal

As diferenças psicológicas implícitas às vias existentes do parto têm sido alvo de alguns estudos em vários países ao longo do tempo. Ainda assim, segundo a pesquisa realizada, não existem resultados conclusivos acerca das patologias que poderão estar inerentes ao parto vaginal ou cesariana. Contudo, dada a pertinência da temática, foquemos algumas hipóteses de recentes investigações, salientando as diferenças psicológicas do parto quer para a mãe, quer para o bebé.

Relativamente à parturiente, as primeiras horas imediatas ao parto são vistas como um período de adaptação e desenvolvimento da interação entre mãe-bebé. Este contacto é deveras vantajoso dado que pode atenuar o choro do recém-nascido e tem implicações ainda nos comportamentos de pré-sucção (Chen, Gau, Liu & Lee, 2017).

Contudo, estudos de Noyman-Veksler, Herishanu-Gilutz, Kofman, Holchberg, e Shahar, (2015) evidenciam uma grande associação entre o parto por via transabdominal, e a criação do vínculo entre mãe-bebé. Segundo os autores, a mãe exposta à cesariana, principalmente não planeada, demora um maior período de tempo a interagir com o seu filho, o que mais tarde se repercute nas brincadeiras íntimas com o bebé e no seu desenvolvimento.

Estas conclusões podem ser explicadas pelas complicações associadas a este tipo de parto quer inerentes à mãe, quer inerentes ao bebé, que podem influenciar esta separação.

Sintomas de perturbação de *stresse* pós-traumático estão também presentes no parto por cesariana, principalmente nas duas semanas que lhe procedem. Tendo em conta os grupos de comparação, estes sintomas são mais comuns nas cesarianas planeadas (Keogh, Ayers & Francis, 2002)

Ainda presente na mãe, mas associada às duas vias do nascimento encontram-se os quadros de depressão pós-parto. Esta problemática desenvolve-se entre as 6 e 12 semanas após o parto e pode estender-se até aos 14 meses (Patel, Murphy & Peters, 2005). Porém, a depressão pós-parto encontra-se relacionada por vários fatores como as complicações pós-parto ou o estado de saúde do bebé e, deste modo, autores como Torkan, Parsay, Lamyian, Kazemnejad e Montazeri (2009), sugerem que a sintomatologia depressiva pode estar mais presente no parto através da via transabdominal devido às excessivas complicações que lhe estão inerentes.

Privilegiando os resultados apresentados anteriormente que descrevem algumas das patologias associadas ao parto, podemos inferir que o parto através de cesariana abarca maior impacto ao nível da qualidade de vida para a mulher.

Esta afirmação é ratificada pelo estudo de Mousavi, Mortazavi, Chaman e Khosravi (2013), cujos resultados demonstram que mulheres que deram à luz através da via vaginal têm maiores níveis de satisfação com a sua aparência corporal, vida sexual, menor fadiga e períodos de sono mais longos, ao contrário das parturientes cuja via do parto foi a transabdominal onde existe um enorme impacto na saúde física, psicológica e até mesmo no domínio social.

Desta forma, as investigações sugerem que o parto vaginal engloba uma melhor qualidade de vida e, na ausência de outras indicações médicas, deverá mesmo ser priorizado (Torkan et al., 2009).

Quanto às diferenças psicológicas do parto para o bebé, um estudo recente de Curran et al. (2016), levado a cabo na população Britânica, revelou que crianças que nasçam por via transabdominal têm uma probabilidade aumentada em cerca de 23% de diagnóstico de perturbação do espectro do autismo e perturbações de desenvolvimento. Por outro lado, os

resultados obtidos abordam também as perturbações comportamentais e emocionais associando um baixo risco de externalização ao parto cesariana, mas um elevado risco de internalização, conduzindo à ansiedade e depressão, associados ao parto pela via supramencionada. Segundo os mesmos autores, o parto através da via vaginal não está associado a problemas que sustentam por si só um diagnóstico, contudo os resultados ressalvam a probabilidade de dificuldades nas relações interpessoais ao longo do desenvolvimento.

7. O Medo do Parto

Mediante os resultados das pesquisas de Stoll e Hall (2013), o fenómeno do parto proporciona perspectivas positivas, associadas à felicidade, ao orgulho e à excitação do nascimento, mas vigoram simultaneamente emoções negativas, associadas ao nervosismo, ansiedade e medo deste momento. Seguindo esta linha de raciocínio, o medo do parto sofre oscilações e podemos inclusive afirmar que pode variar de uma preocupação suave, para um medo extremo, que se torna numa patologia clínica denominada de *tokophobia*, presente não só no sexo feminino, como também no sexo masculino.

A *tokophobia* pode ser explicada do ponto de vista cognitivo. Por norma, quando existe este medo extremo da dor do parto podemos associar o fenómeno da catastrofização, o que nos orienta para uma distorção cognitiva. A catástrofe associada à dor é definida por uma visão negativa focada nos estímulos dolorosos, que influencia o comportamento do indivíduo, impedindo a formação de uma visão positiva acerca do momento do trabalho de parto. Articulados com esta conceitualização existem pensamentos dolorosos que incapacitam muitas das vezes a realização do nascimento, mesmo em gravidezes de baixo risco (ChoobMasjedi, Hasani, Khorsandi & Ghobadzadeh, 2012).

Partindo da breve explicação anterior, o parto associa-se desta forma a aspetos psicológicos que se cruzam com esta vivência da dor por parte da mulher. Ainda assim, autores como Diniz e Chacham (2002, citado por Pimentel & Oliveira-Filho, 2016) afirmam que o parto é um processo fisiológico e como tal não deveria causar dor. O sofrimento que lhe está associado decorre dos estímulos gerados pelo medo, que ativam o sistema nervoso autónomo e são assim interpretados como dolorosos.

Por outro lado, a perspectiva e estudos de Jokić-Begić, Zigic e Rados (2014), interligam a intensidade da dor do parto à ansiedade, e subdividem este constructo em

ansiedade traço e sensibilidade à ansiedade. De forma sintética, a ansiedade traço é aquela que se demonstra relativamente estável e é despoletada quando interpretamos uma situação como potencialmente ameaçadora. Do mesmo modo, a sensibilidade à ansiedade é a tendência para temer sintomas ansiógenos, devido a crenças associadas a determinadas situações. Encontra-se assim mais associada ao parto, e está demarcada na possibilidade de perder o controlo durante o nascimento ou até mesmo entrar em pânico e não saber o que fazer, prejudicando assim a vida do bebé.

Com o objetivo de fazer frente a estas crenças disruptivas, Salomonsson, Gullberg, Alehagen e Wijma (2013), relembram a importância da autoeficácia, ou seja, no quanto o indivíduo acredita que é capaz de lidar com determinada situação. Ora, os mesmos autores reiteram que a autoeficácia é composta por duas componentes diferentes: a expectativa dos resultados e a expectativa da eficácia. A primeira relaciona-se com as crenças associadas à utilidade de certo comportamento, já a segunda está implícita na crença da capacidade de certa pessoa alcançar o objetivo final. Desta forma, a expectativa de resultados e a expectativa da eficácia nem sempre são congruentes, principalmente em indivíduos com medo do parto, isto porque a pessoa pode conhecer o comportamento, neste caso o parto, mas pode não ter a certeza da sua capacidade para realizá-lo - ou no caso dos homens, na capacidade das suas companheiras. Assim, a autoeficácia associa-se ao medo de dar à luz existindo forças contrárias: as crenças elevadas de autoeficácia geram baixos níveis de medo, enquanto que baixos níveis de autoeficácia, geram um elevado temor ao parto.

Por fim, Rondung, Thomtén e Sundin (2016), interligam o medo do parto com uma concetualização cognitivo-comportamental, afirmando assim a presença de componentes fisiológicas, cognitivas e comportamentais. Os primeiros dizem respeito às palpitações, hiperventilação e até tonturas relacionadas com a sintomatologia ansiosa que lhe está inerente, tal como supracitado. Ora, esta componente fisiológica gera por sua vez pensamentos automáticos, crenças acerca de si, dos outros e do mundo com uma excessiva carga de negativismo. São comuns pensamentos como *“não vou ser capaz, não vou conseguir”* implicando por vezes o fenómeno da catastrofização da dor real ou antecipada *“vai ser horrível, a dor é tão forte que posso morrer”*. Assim, esta influência da cognição, persuadida previamente pelos aspetos fisiológicos, gera o medo, muitas das vezes evitado, que interfere no normal desenrolar do parto.

8. Preferências Pela Via do Parto

Dada a pertinência e atualidade deste tema, as preferências pelas vias do parto podem ser formadas ao longo do ciclo de vida, mas existem grandes propensões para que sejam alteradas ao longo do período gestacional (Junior, Steffani & Bonamigo, 2013).

Estas preferências são fortemente influenciadas por fatores internos e externos à gestante que contribuem para uma maior inclinação para determinada via do parto por parte da mulher.

Assim, neste subponto de investigação procuramos analisar se as preferências pela via do parto variam nos grupos de mulheres grávidas, mulheres em período pós-parto e em estudantes universitários (população-alvo deste estudo).

8.1. Preferências Pela Via do Parto em Mulheres Grávidas Pela Primeira Vez

A gravidez e o processo subjacente de trabalho de parto simbolizam um evento único na vida da mulher. É normal neste período a gestante formar e até mesmo especular opiniões acerca do grande momento: o parto. Partindo desta conceitualização a mulher tende a auferir preferências acerca da via do parto para o seu bebê. Ainda assim, embora existam fatores que influenciam a parturiente, é importante que esta atenda sempre à opinião dos profissionais de saúde que por sua vez avaliam as condições médicas do feto (Costa e Silva, Prates & Campelo, 2014).

No que concerne às preferências do parto em mulheres grávidas, estudos demonstram que a grande maioria das gestantes estimam o parto pela via vaginal. Esta preferência deve-se à cicatrização e recuperação mais rápida através desta via, que tem um enorme impacto na realização das atividades de vida diária (Melchiori, Maia, Bredariolli & Hory, 2009; Costa e Silva et al., 2014).

Por outro lado, as grávidas justificam também que o parto através da via vaginal é a forma natural de dar à luz e por isso, melhor e mais saudável para a mãe e para o bebê (Perpétuo & cols., 1998; Oliveira & cols., 2002; Faúndes & cols., 2004; Carniel & cols., 2007, citado por Melchiori et al., 2009).

A ausência de cicatriz, as condições financeiras, um contacto mais rápido com o bebé e o bem-estar do mesmo, são também apontados como motivos de preferência de parto vaginal (Melchiori et al., 2009).

Estudos de Serçekus, Cetisli e Inci (2015), indicam que esta via é ainda preferida devido à concetualização de amamentação mais rápida e ao menor risco que lhe está associado, quer para a mãe, quer para o bebé. Nesta investigação são ainda apontados o medo da anestesia e seus efeitos, o medo de operações cirúrgicas, um menor risco de hemorragia e o desejo de ter mais filhos.

Estes autores vão ainda mais longe e propõem perceber a opinião dos companheiros das parturientes e compreendem que, a preferência pelo parto vaginal é até superior neste grupo em análise, quando comparado com os resultados obtidos no grupo de mulheres grávidas. De modo geral as justificações são similares às abordadas previamente, prendidas ao facto de se tratar de um parto mais saudável para mãe e bebé, forma natural de dar à luz, assim como recuperação e conseqüente processo de alta mais rápido.

Tendo em conta os estudos realizados um pouco por todo o mundo, nomeadamente na Etiópia e Turquia, outra importante fundamentação apontada pelas parturientes, é o choro do bebé após o parto vaginal. Estas mulheres afirmam que o parto normal possibilita a audição do choro do bebé, demonstrando assim que este se encontra bem de saúde. A dor e sofrimento associado às complicações no período pós-operatório, que no parto vaginal são significativamente menores, são também assinaladas (Shahoei, Rezaei, Ranaei, Khosravy & Zaheri, 2014; Shifraw, Berhane, Gulema & Austin, 2016).

Através de relatos de participantes em vários estudos é possível compreender que um dos principais fatores de influência é sem dúvida a experiência externa e o saber popular que acaba por funcionar como uma espécie de “espelho modelador” para a grávida. Dentro destas experiências de terceiros salienta-se a opinião de amigas e familiares, principalmente a opinião materna, tal como é possível comprovar no estudo de Costa e Silva et al (2014) *“Eu decidi devido ao que escutei sobre o parto. De certa forma houve influência das pessoas mais próximas. A minha mãe e a minha tia tiveram um parto por cesariana e sofreram muito, sentiram muita dor. Elas aconselham-me a ter um parto normal”* (pág. 6).

Assim, segundo Weidle, Medeiros, Grave e Morelo Dal Bosco (2014) e Serçekus et al (2015), os fatores socioculturais, familiares, experiência precoce de conhecidos e instinto

materno são decisivos quando se trata da preferência pelo parto através da via vaginal. A questão dos fatores socioculturais afetam a preferência do nascimento uma vez que, mediante investigações desenvolvidas na Turquia e na Etiópia, o parto através da via vaginal possibilita uma maior emoção e vivência da maternidade que posteriormente se repercute na relação entre mãe e bebê.

As crenças culturais, atitudes e contexto em que a mulher se insere representam também fatores que influenciam a preferência por este tipo de parto (Haines, Rubertsson, Pallant & Hildingsson, 2012).

Ora, através de um estudo realizado no Irão, Rahnama, Mohammadi e Montazeri (2016), servem-se da Teoria do Comportamento Planeado e procuram comprovar a influência dos fatores anteriormente enunciados na preferência do parto pela via vaginal. De forma sucinta, esta teoria fornece o racional necessário à compreensão dos comportamentos de saúde. Assim, o ponto fulcral é a intenção de realizar determinado comportamento e, a este juntam-se três componentes: as atitudes que dizem respeito às crenças sobre determinado resultado, as normas subjetivas referem-se ao quanto os outros aprovam ou desaprovam determinado comportamento e o controlo comportamental percebido que representa os fatores facilitadores ou inibidores de atingir determinado objetivo.

Os investigadores realizaram entrevistas a grávidas tendo por base esta teoria e propuseram-se a associá-la às crenças face ao parto vaginal. Os resultados documentaram a existência de atitudes positivas e negativas face ao parto por esta via. Ao nível das atitudes positivas os autores aglomeraram as crenças de que o parto através desta via era a forma fisiológica, normal de dar à luz e por isso tinha inerente vários benefícios para a mãe e bebê. As participantes enumeraram ainda que o nascimento através desta da via vaginal representava a vontade de Deus, o que demonstra a presença do fator religioso, tendo em conta a cultura em que se encontram inseridas. Por outro lado, já no âmbito das atitudes negativas, as evidências relatam a crença do medo de lesões e complicações maternas como infeções, risco de incontinência ou até mesmo disfunção sexual.

No que respeita às normas subjetivas todas as participantes identificaram os profissionais de saúde como o grupo mais influente na preferência do parto vaginal e referem inclusive que é esta a opinião pela qual se regem, porque é este o modo de dar à luz que a sociedade onde se encontram privilegia.

Por último, no controlo comportamental percebido as parturientes identificaram barreiras internas como a falta de autoconfiança e a força necessária à expulsão do feto, e barreiras externas, nomeadamente a pobreza dos cuidados de saúde quer para a mulher, quer para o bebé.

Todos estes fatores são influenciados pelo contexto em que as grávidas estão inseridas, e necessitamos de ter em conta que o Irão é um país em desenvolvimento. Mas ainda assim, através deste estudo compreendemos que os fatores socioculturais têm uma enorme influência na preferência pelo parto vaginal, principalmente as atitudes, as normas e o controlo comportamental interno e externo à grávida.

Embora evocado em menor número, o parto através da via transabdominal representa igualmente uma preferência para algumas mulheres.

É do conhecimento de todos que as taxas de cesariana sofreram um aumento exponencial um pouco por todo o mundo, ainda assim, este aumento não significa que esta seja a via preferencial das gestantes. Apesar do parto por via vaginal ser o predileto para cerca de 80% das mulheres, apenas 20% têm o seu bebé através dessa via (Serçekus et al., 2015; Pimentel & Oliveira-Filho, 2016).

Ora, o que poderá então acontecer para que estas taxas sejam tão desproporcionais? Em primeiro lugar, foquemos os aspetos que conduzem à preferência pela cesariana.

Os resultados de todos os estudos consultados para a presente investigação são consensuais: o principal fator de preferência pela cesariana é o medo da dor do trabalho de parto. A ideia de que é mais seguro ou saudável para os seus intervenientes, a possibilidade de manter a integridade vaginal e física, um retorno mais rápido à atividade sexual ou o agendamento no nascimento são também fatores apontados nos vários estudos realizados (Mandarino et al., 2009; Weidle et al., 2014; Serçekus et al., 2015).

Segundo Melchiori et al (2009) a preferência pela via transabdominal tem ainda outras crenças inerentes nomeadamente a menor dor associada ao período do parto e pré-parto, a rapidez do procedimento, o estreitamento do canal vaginal, o receio que algo de mal aconteça ao bebé ou à própria parturiente, o temor de enfrentar o desconhecido, a conceção de que esta é a forma mais moderna de dar à luz ou até o garantir o controlo do seu próprio corpo.

Por outro lado, de acordo com Pimental e Oliveira-Filho (2016) “*É inquestionável que a indicação de cirurgia é atribuição dos médicos*” (p.188). Esta afirmação é ainda corroborada por estudos de Weidle et al (2014). Qual será afinal a opinião dos profissionais de saúde acerca da realização do parto por via transabdominal?

A investigação de Bagheri, Alavi e Abbaszadeh (2013), concede-nos uma pequena visão dos obstetras acerca desta tão discutida temática. Tendo em conta os resultados obtidos, por vezes a decisão para a realização do parto por via cesariana tem de ser tomada de forma rápida e eficaz, devido a complicações médicas. Ainda assim, o grupo de participantes no estudo supramencionado não descarta a ideia de que os médicos preferem a via transabdominal devido à rapidez do procedimento que lhe é inerente. Isto porque, enquanto um parto por via vaginal pode demorar dias a ser efetuado, o parto por cesariana em cerca de uma hora e meia está terminado.

Outro dos fatores que tornam a cesariana a via preferida dos profissionais de saúde é a vantagem de planear o parto, gerindo assim os horários e a possibilidade de escolha da equipa médica, o que tem impacto no número de horas laborais, que por vezes são excedidas.

Do ponto de vista dos obstetras, os elevados níveis de *stresse* subjacentes à realização de um parto normal são aspetos primordiais que reforçam a realização da cesariana. De acordo com a opinião de um dos participantes: “*No parto vaginal estamos sujeitos a uma enorme carga de stresse desde manhã até à noite, porque não é progressivo. Mesmo quando avistamos a cabeça do feto podemos a qualquer momento necessitar de realizar uma cesariana, pode, por exemplo, não conseguir passar no canal vaginal*” (Bagheri et al., 2013, p. 47).

A hospitalização precoce e a escassez de recursos humanos propiciam a predileção e o início rápido de cesariana por parte dos profissionais. Isto porque, por vezes, a parturiente dá entrada nos serviços hospitalares com dilatação insuficiente. Para que a dilatação esteja completa são necessárias várias horas de espera e vigilância médica, o que se reflete num enorme cansado e esforço quer para a mulher, quer para a equipa médica. Uma vez que atualmente assistimos a uma redução dos membros integrantes das equipas médicas, é de imediato iniciada a cirurgia.

Do ponto de vista obstétrico, o parto transabdominal revela-se assim a melhor escolha e existem inclusive comparações e metáforas associadas: “*uma mulher grávida pode escolher*

viajar de cavalo, ou viajar de avião. O parto vaginal representa sem dúvida a escolha do cavalo. A cesariana é mais rápida e mais segura para as crianças e para as mulheres, então optemos por viajar de avião.” (Bagheri et al., 2013, p. 47).

Ao nível dos fatores que influenciam a preferência pela cesariana, para além da influência dos profissionais de saúde, podemos identificar a história prévia de cesariana, o nível socioeconómico e escolaridade. Pesquisas de Mandarino et al. (2009) e Junior et al (2013) revelam que mulheres com um nível socioeconómico elevado e escolaridade superior preferem o parto por cesariana.

Por último, podemos ainda identificar as discrepâncias de taxas de cesarianas obtidas entre maternidades públicas e privadas. São notórios os aumentos do parto pela via transabdominal nas maternidades privadas, onde não existem indicações médicas associadas. Este fator contribui para a polémica discussão dos interesses monetários que poderão estar subjacentes, dado que a remuneração das cesarianas é mais elevada do que dos partos normais (Mandarino et al., 2009; Brasil, 2005; Pinto, 2006; Barba & Barifouse, 2015, citado por Pimentel & Oliveira-Filho, 2016).

8.2. Preferências Pela Via do Parto em Mulheres Após Parto

Tal como já abordado anteriormente, existe ainda a crença que o modo de nascimento do primeiro filho é determinante nas gravidezes subsequentes (Pang, Leung, Lau & Chung, 2008).

A experiência do parto dá um enorme significado à vida da mulher, do bebé e até das suas famílias. Este é um evento que altera a vida dos seus intervenientes impactando nos sentimentos de autoconfiança (Larkin, Begley & Devane, 2017).

Ainda assim, será que após o primeiro nascimento, as mulheres voltariam a repetir o modo de dar à luz? Estarão implicadas de igual modo preferências quanto à via do parto, mesmo depois de terem vivenciado este ato?

De acordo com Pang et al. (2008); Emmett, Montgomery e Murphy (2010), mesmo após o parto as mulheres têm medo de dar à luz. Este temor repercute-se de igual forma nas suas escolhas e preferências da melhor via para o nascimento. Seguindo este raciocínio,

parece consensual a preferência da via transabdominal em detrimento da via vaginal devido ao medo que lhe é inerente.

Estes dados são corroborados pelo estudo de Larkin et al. (2017), que revela a importância do alívio da dor. Perante entrevistas realizadas a um grupo de mulheres cujo primeiro parto foi por via transabdominal, o fator mais importante assinalado pelas mesmas foi a acessibilidade a meios que proporcionassem a diminuição da dor.

Podemos ainda acrescentar que, mulheres cujo primeiro nascimento foi por cesariana, demonstram-se satisfeitas e continuam a preferir esta via para as gravidezes futuras. Estes dados diferem do grupo de mulheres cujo nascimento foi por parto normal, pois os resultados apontam que grande parte das participantes ganharam medo depois do nascimento pela via vaginal. Os autores justificam estas evidências com problemas psicossociais relatados pelas parturientes, o que conduz a elevados níveis de ansiedade, também obtidos, e ao sucessivo temor pelo parto. A mulher vê assim a cesariana como a forma de obter controlo, mais segura e saudável para o bebé e menos arriscada (Emmett et al., 2010).

Um estudo realizado na Turquia demonstra que mesmo após o nascimento por parto vaginal, as mulheres preferem a cesariana na próxima gravidez, devido ao medo que algo de mal aconteça ao bebé, medo da realização de episiotomia e o medo de lesões que provoquem incontinência urinária ou fecal (Ilhan et al., 2015).

As experiências negativas no parto prévio representam também um enorme peso na preferência da via dos partos seguintes. Várias mulheres apontam que as equipas médicas as “abandonam” enquanto não têm a dilatação suficiente e, como tal, preferem assim o parto transabdominal pois neste o tempo de espera é quase nulo (Weidle et al., 2014).

Por outro lado, enquanto umas mulheres temem o parto vaginal, outras anseiam-no. Contudo, em alguns casos impõem-se a célebre questão já previamente discutida acerca do parto vaginal após cesariana.

Emmett et al. (2010) defendem que as preferências após um parto por cesariana são sempre subjetivas e englobam uma sensibilidade a que profissionais e parturientes têm de estar atentos. Ainda assim as opiniões dividem-se, por um lado as parturientes anseiam um parto vaginal, por outro, tal como já vimos, temem o mesmo.

De acordo com Munro et al. (2017), mulheres cujo primeiro parto foi através da via transabdominal não se revelam satisfeitas com o mesmo e preferem a via vaginal para os partos subsequentes. Este desagrado deve-se essencialmente aos efeitos da anestesia geral que impedem o contacto com o bebé. São assim descritos sentimentos de ansiedade e medo acerca do bem-estar dos seus filhos. Além disso, segundo as participantes, o contacto tardio com o feto teve efeitos diretos na amamentação e vinculação desejada, o que conduziu a que várias identificassem que estavam dispostas a correr o risco de rutura uterina, só para que a ligação com o seu bebé fosse fortalecida desde o primeiro minuto.

A via vaginal é ainda a preferência para mulheres grávidas de gémeos, mesmo aquelas cujo parto anterior tenha sido realizado com recurso a instrumentos. Esta predileção é demarcada devido à concetualização de que esta é a forma natural de dar à luz e por isso mais saudável para o bebé (Murray-Davis, McVittie, Barrett & Hutton, 2016).

Vários autores defendem que a preferência pelo parto vaginal após cesariana implica a discussão das potencialidades e limitações acerca do mesmo junto da parturiente, pouco depois da primeira cesariana. O acesso a esta informação permite a concetualização mais clara das opiniões nas parturientes, esclarecendo alguns equívocos inerentes a complicações presentes na primeira gravidez, encorajando à tentativa do parto vaginal (Eden, Hashima, Osterweil, Nygren & Guise, 2004; Pang et al., 2008; Munro et al., 2017).

Por último, visando aludir aos fatores que influenciam estas preferências após um primeiro parto, podemos afirmar que o que tem mais influência é a experiência prévia. Ainda assim são igualmente passíveis de identificar a idade materna, o nível socioeconómico e educacional e as opiniões familiares, principalmente da figura materna (Ilhan et al., 2015; Larkin et al., 2017).

8.3. Preferências Pela Via do Parto em Estudantes Universitários

O medo do parto e as preferências da via do nascimento são temas atualmente estudados em vários países. Contudo, estas investigações incidem essencialmente em mulheres grávidas, descurando da geração de futuros pais. Por outro lado, os estudos apenas se focam na mulher, e esquecem que o homem está envolvido em todo o processo da gravidez até ao período puerpério e também ele é influenciado pelas experiências e opiniões de terceiros, receando algumas complicações para a sua companheira e para o bebé. Além disso, estudos demonstram que também os companheiros temem este acontecimento de vida,

desenvolvem atitudes e opiniões acerca da melhor via do nascimento, influenciando as preferências da parturiente (Stoll, et al, 2016).

Então porque não avaliar o medo do nascimento igualmente nos homens originando assim uma visão desta principal díade de todo o processo de nascimento? E se formos ainda mais longe, incidir a preocupação do medo apenas no momento da gravidez, não será tarde? Porque não investigar as populações jovens, compreendendo as suas atitudes face ao nascimento, assim como os seus receios, para que consigamos intervir no âmbito da prevenção e desmistificação de alguns equívocos acerca do parto, prevenindo assim o aumento das taxas de cesariana? E, juntando o útil ao agradável, porque não incidir estes estudos em população à partida instruídas e com acessos a informação científica?

Até ao ano de 2016 a temática do medo do parto e as preferências pelas vias do nascimento em estudantes universitários foi abordada em apenas 3 estudos Norte-Americanos (Hauck, Stoll, Hall & Downie, 2016).

Mediante as pesquisas realizadas, quando se fala na palavra “dor” é evidente a preferência pela via transabdominal em detrimento da via vaginal, isto porque partindo da concetualização da intensidade da dor realizada pelos estudantes, a realização de cesariana concentra indubitavelmente níveis mais baixos de dor (Stoll & Hall, 2013; Stoll et. al., 2016).

O medo do parto está associado à dor, e esta por sua vez encontra-se subjacente ao parto através da via vaginal, o que torna a cesariana no modo de nascimento preferido pelos jovens universitários como forma de escapatória dolorosa. Os estudantes apontam as alterações corporais, o medo do estreitamento vaginal, o risco da imprevisibilidade do nascimento por esta via, o medo de perder o controlo entrando em pânico e, em casos extremos, o medo de morrer como alguns dos fatores que levam à predileção pela via transabdominal (Stoll & Hall, 2013; Hauck et al., 2016).

Por outro lado, a crença de que a tecnologia propicia um parto mais seguro e recuperação mais rápida para os seus intervenientes está de igual modo presente na eleição da via transabdominal para o nascimento, assim como a história de cesariana na família com a qual muitos jovens se identificam (Stoll, Edmonds & Hall, 2015; Hauck et al., 2016).

A estima pela cesariana por parte dos universitários associa-se ainda à rapidez do procedimento, à ideia de que representa um modo mais saudável e seguro para o bebé e a mãe

e até à conservação da integridade vaginal, que obviamente impacta na vida sexual. Alguns dos participantes das investigações realizadas referem inclusive que “*eu não quero uma vagina esticada e rasgada*” (Stoll, et. al., 2009, p. 137).

Ainda associada a esta ideia encontra-se o prazer sexual que é mais comumente enunciado pelos estudantes do sexo masculino. A crença de que o parto pela via vaginal reporta a um alargamento deste canal, conduz a que o prazer nas relações sexuais futuras não seja o mesmo (Stoll, et. al., 2009).

O agendamento e planeamento prévio são motivos frequentemente apontados como mais-valia da cesariana, visando assim uma espécie de controlo sobre este momento. O medo de sofrer maus tratos por parte dos profissionais é também apontado pelos universitários que compreendem tratar-se de situações com danos irreversíveis para o resto da vida (Stoll & Hall, 2013).

Ainda assim, as opiniões dividem-se e estudos de Stoll et al. (2015) evidenciam a preferência pela via vaginal por parte de estudantes universitários. Esta preferência representa o grupo de alunos com níveis de medo mais baixos, ostentando assim confiança no processo de dar à luz. Esta concetualização está patente tanto em mulheres como nos homens que veem os procedimentos da cesariana como mais assustadores, transmitindo a segurança e esperança que serão capazes de ultrapassar o nascimento normal sem complicações. Embora reconheçam que existe uma grande sobrecarga de dor inerente a este momento, os estudantes compreendem que a dor demarca este processo fisiológico e que o nosso corpo é capaz de gerir a quantidade de dor sentida. Este grupo de estudantes perspetiva o parto vaginal como a forma natural de dar à luz, expressando assim uma forte oposição à cesariana, justificando que o parto intervencionista afeta a relação entre mãe e bebé e o próprio controlo para com o seu corpo.

O nascimento através da via vaginal é ainda visto como a forma mais rápida e natural de dar à luz e por isso mais segura e saudável para a mãe e bebé, favorecendo o seu vínculo. O sexo masculino afirma inclusive que se a gravidez é um processo normal, então o parto também deverá obedecer à sua natureza normativa e não sofrer intervenções desnecessárias (Stoll, et. al., 2009; Hauck et al., 2016).

Outros dos motivos de preferência pelo parto normal são os menores riscos que a ele estão associados, uma recuperação mais rápida e o evitar cicatrizes na zona abdominal, que do ponto de vista masculino interfere com a atração sexual (Stoll, et. al., 2009).

Inerente à oposição da intervenção cirúrgica encontra-se ainda o medo da cirurgia, maior probabilidade de hemorragia, os efeitos da anestesia administrada e as complicações pós-operatórias mais propensas a infecções (Hauck et al., 2016).

Os principais fatores que influenciaram as preferências pelas vias do parto em jovens estudantes universitários reportam essencialmente aos níveis de educação acerca dos riscos, complicações e procedimentos associados a cada uma das vias. Desta forma, aqueles que afirmam ter contacto com investigações acerca da gravidez, nascimento e cuidados de saúde maternos revelam níveis menos elevados de medo do parto, ao contrário dos jovens que apenas ouvem as experiências de terceiros e não investem na instrução e no conhecimento acerca deste evento de vida (Stoll et al., 2015).

Podemos igualmente afirmar que a experiência do parto, ainda que por observação, influencia as atitudes dos estudantes em relação ao nascimento. Desta forma, ainda que a experiência seja descrita como intensa, incrível e em alguns casos até como assustadora, os níveis de medo diminuem e este evento de vida é visto como normal. As impressões do nascimento são ainda moldadas pelas histórias relatadas nos media (Thomson, Stoll, Downe & Hall, 2016).

9. A Importância da Educação sobre o Parto

No decorrer das pesquisas efetuadas para o desenvolvimento da presente investigação, várias foram as evidências da ausência de informação perante as parturientes, seus companheiros e até mesmo nas idades mais jovens. Este representa aliás um grande ponto de discussão quando abordadas as preferências pelas vias do nascimento e no medo que lhes está associado. Os números são claros, cerca de 75% das mulheres afirma não ter recebido quaisquer informações ou orientações acerca do parto vaginal ou cesariana que lhes permitissem esclarecer dúvidas e crenças associadas (Silveira & Santos, 2004, citado por Melchiori et al., 2009; Junior et al., 2013).

Esta ausência de educação propicia o aumento do temor pelo parto, contribuindo por sua vez para que as taxas de cesariana continuem a atingir níveis elevadíssimos. Só com o

devido auxílio para que sejam conhecidos os riscos e benefícios associados a cada via do parto, os indivíduos conseguirão formar opiniões e sobretudo crenças ajustadas a este evento biopsicossocial, caso contrário, os mitos vigoram e o sentimento de insegurança e medo dominam (Oliveira & cols. 2002, citado por Melchiori, et al., 2009).

De acordo com Costa e Silva et al. (2014), os medos subjacentes ao parto vaginal são multiplicados pelo desconhecimento e ausência de informações por parte dos profissionais de saúde, pelas dúvidas não esclarecidas pelas equipas médicas acerca dos tipos de nascimento, pressupondo assim a falta de apoio no período pré-natal, já que é nesta fase que a educação deve imperar.

Ora, se o aumento das taxas de cesariana representa uma preocupação constante em vários países, e se existem evidências científicas que certificam que o principal motivo destes números exponenciais é o medo do parto vaginal, então porque não investir na realização de formações cujo foco seja a desmistificação destes receios, a discussão dos riscos e benefícios associados a cada modo de dar à luz e até mesmo o esclarecimento de dúvidas? Se existem cursos de preparação para o parto, onde são igualmente contemplados fatores importantes como o treino de respiração, porque não incluir também estas estratégias com vista a diminuir o medo?

O impacto da educação pré-natal revela já os seus frutos em alguns estudos como é o caso do de McCants (2015, citado por McCants & Greiner, 2016), onde com apenas a leitura de um pequeno panfleto acerca dos riscos e benefícios dos tipos de parto os participantes dão a conhecer que algumas das suas crenças foram desmistificadas, principalmente aquelas associadas ao parto por cesariana. As opiniões foram consensuais: o parto através da via transabdominal deveria ser realizado apenas em último caso devido aos prejuízos que acarreta, reforçando deste modo as preferências pelo parto normal, diminuindo o medo face ao mesmo.

Outra das investigações que podemos enunciar foi realizada no Irão e os seus autores para além de cederem material de leitura acerca das vias do parto, realizaram *role-plays* com os seus participantes. Nesta parte prática o grupo era convidado a imaginar uma situação de parto normal e uma de cesariana, evocando as suas vantagens e desvantagens, medos associados e complicações, discutindo assim o seu ponto de vista e adquirindo em simultâneo conhecimento. No final deste estudo, através da comparação dos resultados obtidos na fase

inicial do encontro, os autores afirmam uma redução significativa do medo do parto, bem como da preferência pela cesariana, o que comprova a eficácia da educação pré-natal (Navaee & Abedian, 2015).

Tal como já abordado, a ansiedade encontra-se deveras agregada ao momento do nascimento. No âmbito da educação pré-parto existem também estudos cujo foco incide na sintomatologia ansiosa. Para além da psicoeducação acerca do nascimento, foram também abordados os aspetos psicofisiológicos da ansiedade e pensamentos associados, com o objetivo de ensinar estratégias que permitissem colmatar estes sentimentos que provocam desconforto. Foram assim, aplicadas técnicas de exposição à situação de medo, neste caso, ao parto e realizados treinos de relaxamento. Os resultados demonstram uma redução da sintomatologia ansiosa e do medo associado ao nascimento, favorecendo uma visão do parto positiva e potenciadora de competências (Sydsjo et al., 2014; Rouhe, et. al., 2014).

Partindo dos pressupostos e evidências até aqui relatadas, a educação do parto antes da gravidez merece ser o foco das atenções dos profissionais de saúde devido a todas as vantagens que acarreta. Arrisco até a utilizar o termo de emergência da literacia do parto, que deveria ser uma prioridade para que fossem realçadas as habilidades de autocontrolo e autoeficácia nos indivíduos, visando a diminuição do medo deste evento normativo do ciclo de vida.

Segundo Kubo e Botomé (2001, citado por Melchiori, et al., 2009), a atuação da Psicologia não se limita apenas às variáveis de natureza psicológica, antes interliga e relaciona todas as variáveis psicológicas às demais inerentes com o fenómeno da saúde.

Assim, enquanto psicólogos, e atendendo à multidisciplinariedade que subjaz a esta área, podemos fazer a diferença e intervir também na dimensão do nascimento, realizando sessões de formação e esclarecimento não só junto de mulheres grávidas, mas também em populações mais jovens que, como abordado, veem o parto como um evento potencialmente stressante.

Finda a apresentação do racional teórico inerente a um dos acontecimentos mais importantes do ciclo de vida do indivíduo, passamos agora à segunda parte da presente investigação onde para além da aferição de um instrumento psicométrico, procuramos constatar se as preferências e o medo do parto dos jovens universitários portugueses, vão de encontro à visão previamente discutida.

Parte II – Estudo Empírico

1. Metodologia

Nesta parte do projeto de investigação, o autor propõe-se a responder às questões previamente levantadas. É este ato que define a Psicologia como ciência, uma vez que são delimitados factos a investigar e adotados procedimentos metodológicos que fazem com que o objeto de estudo seja aprofundado com veracidade e cientificidade (Fernandes da Silva, 2010).

Para Bowling (1998, citado por Ribeiro, 2010, p.3), *“O método científico consiste assim num conjunto de regras e processos na qual se baseia a investigação”* que têm de ser claras e descritas pormenorizadamente, gerando novas questões e permitindo a origem de novos estudos.

O objetivo da metodologia passa então por compreender todos os procedimentos científicos e não os seus resultados (Pinto, 1990).

Desta forma, de seguida serão apresentados todos os elementos que compõem o desenho da presente investigação, permitindo assim caracterizar a mesma, bem como as considerações éticas respeitadas ao longo de todo o estudo. Esta parte subdivide-se em dois momentos: primeiramente serão apresentados os resultados da validação do instrumento psicométrico para a população portuguesa, e de seguida, procuramos demonstrar o quanto o medo de dar à luz interfere nas preferências pela via do parto.

1.1. Finalidade

A presente investigação visa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na Psicologia, proporcionando a aferição de um instrumento fiável e válido para a população portuguesa, passível de ser administrado para mensuração do medo do parto antes da gravidez, permitindo o seu diagnóstico e intervenção precoce.

Do mesmo modo, a avaliação do medo do parto antes do período gestacional e a sua associação às preferências pela via do parto são também alvo de estudo, colmatando algumas necessidades de investigação nesta área em Portugal.

1.2. Objetivos da Investigação

- a) Traduzir e adaptar para a população portuguesa a escala *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* – CFPP
- b) Validar a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (versão traduzida e adaptada da CFPP)
- c) Avaliar o medo do parto antes da gravidez em estudantes universitários
- d) Associar o medo de dar à luz às escolhas prévias e preferências da via do parto em estudantes universitários

1.3. Caracterização do Estudo

A presente investigação recorre à abordagem quantitativa, que segundo Fernandes da Silva (2010), permite uma análise de dados através de métodos e fórmulas matemáticas, exercendo assim um maior controlo e objetividade em variáveis passíveis de ser mensuradas.

Quando à delimitação do tempo, pode-se afirmar que se trata de um estudo transversal, uma vez que os dados foram recolhidos em apenas um momento (Ribeiro, 2010).

Por último, falamos ainda de um estudo com uma natureza exploratória, descritiva e correlacional, isto porque, por um lado, remetendo para a validação do instrumento, não existe conhecimento prévio, e como tal, tal como o próprio nome indica, pressupõe-se explorar a temática e partir para a descoberta, junto da população portuguesa. Por outro lado, no âmbito da relação entre o medo e as preferências das vias do parto, pretende-se obter uma caracterização precisa das variáveis envolvidas, procurando descrever o fenómeno envolvido (Pinto, 1990).

1.4. Participantes

Os termos participantes e amostra estão presentes em todos os estudos. Na verdade ambos reportam ao subgrupo da população selecionado para a obtenção de conclusões, obedecendo assim às características que o investigador idealiza para a sua investigação (Miaoulis & Michener, 1976; Norusis, 1991, citado por Ribeiro, 2010).

A presente investigação engloba uma amostragem intencional, não probabilística, mais concretamente acedida por conveniência. Este tipo de amostragem é uma das mais

usuais e é sobretudo utilizada quando os participantes selecionados são aqueles a quem existe um rápido acesso, facilitando assim a recolha de dados (Marotti et al., 2008).

Assim, a amostra recolhida intencionalmente é constituída por 327 estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos. Para que a sua participação fosse válida tinham de ser respeitados os critérios de inclusão e exclusão previamente delineados: ser maior de idade e ter filhos (respetivamente).

1.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Para a caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva que, segundo Martins (2011), é aquela que permite descrever sumariamente um conjunto de dados. Observando a tabela 1, que representa uma síntese das características sociodemográficas da amostra, constata-se que 80% da amostra é constituída por mulheres. A média de idades obtida é de 24 anos, e a maioria dos participantes são solteiros (53%). Quanto às habilitações literárias, depreende-se que o grau académico mais representativo é a licenciatura (55%).

Tabela 1. *Características Sociodemográficas da Amostra (N = 327)*

Características Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	63	19,3
Feminino	264	80,7
Estado civil		
Solteiro (a)	174	53,2
Casado (a)/união de facto	35	10,7
Divorciado (a)	1	0,3
Relação amorosa	117	35,8
Habilitações literárias		
3º Ciclo	86	26,3
Licenciatura	180	55
Mestrado	61	18,7

Comparando as características sociodemográficas obtidas na população portuguesa com as dos restantes países, depreende-se que a dimensão da amostra é superior à do Canadá, Inglaterra e Alemanha – países com maior densidade populacional.

Por outro lado, embora com uma amostra superior, a Islândia concentra uma percentagem reduzida de participantes do sexo masculino relativamente a Portugal.

Tabela 2. *Comparação das características sociodemográficas da população portuguesa com os restantes países*

País	Portugal	Austrália	Canadá	Inglaterra	Alemanha	Islândia	EUA
N	327	654	239	303	206	460	378
Sexo Feminino n (%)	264 (80,7)	507 (77,5)	191 (79,9)	276 (91,1)	172 (83,5)	411 (89,3)	311 (82,3)
Sexo Masculino n (%)	63 (19,3)	147 (2,5)	48 (20,1)	27 (8,9)	34 (16,5)	49 (10,7)	67 (17,7)
Média de idades	23,7	22,3	22,5	22,8	23,7	23,1	19,6
Estado Civil*	174 (53,2)	293 (44,8)	101 (42,3)	93 (30,7)	64 (31,1)	177 (38,5)	267 (70,6)

*Resultados para o estado civil mais representativo: solteiro(a)

1.5. Material/Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados da presente investigação foi levada a cabo com a ajuda de instrumentos que se apresentam abaixo descritos, respeitando a sua ordem de administração.

1.5.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário foi construído com o intuito de caracterizar posteriormente os participantes do estudo. Trata-se de um questionário breve, mas que concentra em si os elementos necessários ao seu propósito. É constituído pelos seguintes itens: sexo, idade, estado civil e habilitações literárias (cf. Anexo A).

1.5.2. Questionário de Experiência Pessoal Associada ao Parto

Este inquérito foi criado com base nos estudos previamente realizados noutros países por Stoll et al., (2016), e fornece informação qualitativa acerca dos objetivos primordiais da presente investigação. Trata-se também de um questionário breve, constituído por três grupos de questões.

No primeiro grupo foram incluídas questões relacionadas com a vivência presencial do parto, associando alguns adjetivos que melhor poderiam descrever este momento: assustador, surpreendente, intenso, normal, impessoal. Importa salientar que os participantes

tinham a oportunidade de acrescentar outras palavras que, no seu ponto de vista, melhor se enquadrassem na experiência.

O segundo grupo de questões reportava às intenções maternas e paternas, ou seja, às pretensões de ter ou não ter filhos. Era assim constituído pelas hipóteses: “não”, “sim, mas biológicos”, “sim, mas adotivos”, “sim, mas biológicos e adotivos”. A idealização do número de filhos finalizava este conjunto de questões.

O último grupo de questões era o mais representativo para o estudo, uma vez que neste eram abordadas as preferências pela via do parto face a uma possível gravidez. Existia um conjunto de nove afirmações para cada opção de dar à luz, onde os participantes poderiam assinalar todas aquelas que melhor descrevessem as razões da sua preferência. Estas declarações foram construídas tendo por base essencialmente dois aspetos: crenças associadas à perceção do risco subjacente a cada via do parto e informações/conhecimentos sobre o nascimento (cf. Anexo B).

A escolha pelo parto vaginal podia ser justificada pelas seguintes afirmações: “Medo da cesariana/cirurgia”, “O parto vaginal é a forma natural/normal de dar à luz”, “O parto vaginal tem menos complicações/riscos”, “O parto vaginal é melhor, mais seguro e mais saudável para o bebé”, “O parto vaginal é melhor, mais seguro e mais saudável para a mãe”, “O parto vaginal tem uma recuperação mais rápida”, “O parto vaginal é associado a uma menor dor no período pós-parto” e “Para evitar cicatriz da cesariana”.

A escolha pela cesariana podia igualmente dever-se a questões relacionadas com o “Medo da dor do trabalho de parto”, “Medo de sofrer maus tratos por parte da equipa média durante o trabalho de parto”, “Para evitar danos no meu corpo (ou no da minha parceira) e manter a integridade vaginal”, “O parto por cesariana é melhor, mais seguro e mais saudável para o bebé”, “O parto por cesariana é melhor, mais seguro e mais saudável para a mãe”, “História familiar de parto por cesariana”, “Eu (ou a minha parceira) posso/pode ser muito estreita para o parto vaginal”, “O parto por cesariana permite programar/planificar o nascimento” e “Rapidez do procedimento”.

Importa recordar que, tal como já mencionado, todas estas questões eram passíveis de ser respondidas quer por indivíduos do sexo feminino, quer do ser masculino, (aspeto primordial desta investigação) e tal como é possível verificar, foram formuladas com vista à compreensão por ambos os sujeitos.

1.5.3. Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez

O principal instrumento administrado neste estudo foi a Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez (CFPP), previamente traduzida e adaptada para a população portuguesa (cf. Anexo C).

A CFPP foi desenvolvida entre Março de 2014 e Março de 2015 por Kathrin Stoll, Yvonne Hauck, Soo Downe, Joyce Edmonds, Mechthild Gross, Anne Malott, Patricia McNiven, Emma Swift, Gillian Thomson e Wendy Hall (2016). É uma escala de auto-preenchimento que tem por objetivo medir as dimensões do medo em jovens adultos, de ambos os sexos, que planeiam ter filhos no futuro. Estas dimensões englobam o medo da dor do parto, medo dos danos corporais e medo das complicações principalmente subjacentes ao bebé (cf. Anexo D).

Os autores já mencionados têm desenvolvido ao longo dos anos várias investigações relacionadas com o parto, contudo, afirmam que de todos os instrumentos pesquisados, o mais comumente utilizado é o *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) – também traduzido para a população portuguesa por Soraia Loureiro, em 2013. Por outro lado, os mesmos investigadores defendem que os instrumentos existentes para a mensuração do medo do parto não se revelam adequados, isto porque todos são destinados a mulheres grávidas e incluem itens que causam um grande impacto e só por si geram sensações de medo, o que enviesava os resultados das pesquisas (e.g., itens sobre a potencial morte do bebé, ou sobre os incontrolláveis gritos do trabalho de parto).

Uma vez que a principal autora deste instrumento já tinha validado em 2013 uma pequena escala que avaliava o nível de confiança do nascimento, os autores aproveitaram alguns destes itens para melhor completar a CFPP, dando assim origem a um instrumento composto por 10 afirmações.

Para o preenchimento da CFPP o indivíduo é convidado a classificar o quanto concorda com cada uma das afirmações, utilizando uma escala de *Likert* que varia entre 1 e 6: “discordo fortemente”, “discordo”, “discordo parcialmente”, “concordo parcialmente”, “concordo” e “concordo fortemente”. A cotação é realizada através do somatório dos itens, sendo que pontuações mais elevadas representam um medo mais intenso de dar à luz.

Após a criação do instrumento, o mesmo foi aplicado em vários países: Austrália (N=654), Canadá (N=239), Inglaterra (N=303), Alemanha (N=206), Islândia (N=460) e Estados Unidos da América (N=378). Para tal, os autores recorreram à técnica de tradução e retroversão, com ajuda de profissionais residentes nos países supracitados. Através da posterior comparação das versões, foi possível compreender a similaridade da escala, e como tal a sua adaptação e tradução foi aceite culturalmente.

Quanto às qualidades psicométricas, a CFPP apresenta uma boa consistência interna verificada em todos os países nos quais foi validada, dado que apresenta um *alpha de Cronbach* superior a 0,8.

Através da análise fatorial depreende-se a unidimensionalidade da escala e a presença de 3 fatores: medo das complicações do parto (composto pelos itens 5, 7 e 8), medo das alterações físicas após o nascimento (composto pelos itens 9 e 10) e medo da dor e de perder o controlo (composto pelos itens 1, 2, 3, 4 e 6).

A validade convergente e divergente foi também analisada, utilizando a *Fear of Birth Scale* (FOBS) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21). Mediante os resultados obtidos depreendeu-se que a validade convergente foi alcançada, uma vez que a CFPP está altamente correlacionada com uma escala que mede o mesmo constructo ($r > 0,7$). Por outro lado, a validade discriminante foi igualmente obtida, uma vez que existem fracas correlações entre a CFPP e a EADS-21 ($r > 0,2$), o que é o esperado pois as escalas medem constructos diferentes - esta última vocacionada para a avaliação de constructos como ansiedade, depressão e stresse.

Em suma, a CFPP revela-se assim um instrumento confiável em vários países, representando um avanço único na mensuração do medo do parto em jovens adultos antes da gravidez, aspeto até à data não contemplado na literatura.

1.5.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse, versão curta de 21 itens (EADS-21), advém da *Depression Anxiety Stress Scale – DASS* criada por Lovibond e Lovibond em 1995.

A EADS – 21 foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), e propõe-se medir os mesmos constructos que a sua versão mais

longa, constituída por 42 itens: a totalidade de sintomas de ansiedade, depressão e stresse (cf. Anexo E).

Desta forma, cada constructo previamente enunciado representa uma subescala, composta por 7 itens, perfazendo assim o total dos 21.

A primeira subescala avalia a depressão, englobando sintomas de disforia, desânimo, desvalorização, auto-depreciação, anedonia, falta de interesse/envolvimento e inércia. É assim composta pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 e apresenta um *alpha* de 0,85. A escala seguinte diz respeito à ansiedade e centra-se na excitação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Tem inerentes os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e um *alpha* de 0,84. Por último, a escala do stresse foca-se na dificuldade em relaxar, na impaciência, excitação nervosa ou irritabilidade/reações exageradas. É constituída pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 e apresenta um *alpha* de 0,81.

As opções de resposta distribuem-se numa escala tipo *Likert* e variam entre 0 “Não se aplicou a mim”, 1 “Aplicou-se a mim, algumas vezes”, 2 “Aplicou-se a mim, muitas vezes” e 3 “Aplicou-se a mim, a maior parte das vezes”, representando assim a severidade e frequência dos sintomas experienciados nos últimos 7 dias.

A pontuação resulta num somatório dos pontos inerentes a cada opção de resposta oscilando assim entre os 0 e os 21 pontos para cada uma das três subescalas, sendo que os estados afetivos mais negativos estão associados a pontuações mais elevadas.

Após realizado o somatório para cada subescala a pontuação encontrada é multiplicada por dois, obtendo-se assim a pontuação final que permite uma aproximação à versão dos 42 itens, usufruindo dos níveis de severidade atribuídos pelos autores. A tabela número 3 apresenta os níveis correspondentes a cada subescala.

Tabela 3. *Níveis de severidade da EADS*

Sub-escala	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muito severo
Depressão	0 a 9	10 a 13	14 a 20	21 a 27	> 28
Ansiedade	0 a 7	8 a 9	10 a 14	15 a 19	> 20
Stresse	0 a 14	15 a 18	19 a 25	26 a 33	> 34

1.6. Procedimento

De forma a levar a cabo a presente investigação, inicialmente foi realizada uma revisão da literatura sobre os medos de dar à luz e a sua associação às preferências da via do parto. Após compreensão da pertinência desta temática, delimitou-se a população em estudo assim como o método a ser utilizado.

O passo seguinte englobou a solicitação de autorização aos autores do instrumento, que devido à rápida resposta, originou a célere elaboração do projeto a apresentar à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (cf. Anexo F).

Mediante a obtenção de todas as autorizações acima referidas, foi desenvolvido o questionário *online*, com recurso à plataforma de construção de questionários online *Google Docs*.

Todas as informações acerca do estudo foram contempladas, assim como a confidencialidade e anonimato dos dados e a ausência de quaisquer despesas ou consequências em caso de desistência do participante. A voluntariedade da participação foi garantida, existindo um botão de aceitação que teria de ser acionado pelos participantes, caso contrário o questionário não ficaria acessível.

Foi ainda assegurado que os dados recolhidos apenas seriam acedidos pelos investigadores e destruídos no final do estudo.

Finda a conclusão da plataforma online, foi iniciada a fase de recolha de dados que decorreu entre os meses de Janeiro a Março de 2017. Para tal foi solicitado ao Gabinete de Comunicação da Universidade Fernando Pessoa a divulgação da plataforma para a comunidade académica, apelando a participação (voluntária) dos alunos.

No decorrer do período da recolha de dados foi criada uma base, com o objetivo de tratamento dos mesmos, no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 23.

Foram tidos em conta alguns aspetos importantes como é o caso do preenchimento do campo omissos com um valor de 99, de forma a garantir que posteriormente não existissem coincidências com um valor válido previamente inserido, interferindo assim com as estatísticas (Martins, 2011).

Após a recolha completa dos dados, os mesmos foram introduzidos na base acima descrita e posteriormente realizadas as análises necessárias à formulação de conclusões, de acordo com os objetivos estipulados.

2. Apresentação dos Resultados

De acordo com Ribeiro (2010), esta é a fase decisiva da investigação. Importa assim obedecer ao rigor e clareza na informação que é comunicada e passível de ser transmitida à comunidade científica.

Assim, de forma a facilitar a apresentação dos resultados atingidos na presente investigação, os mesmos seguirão a ordem dos objetivos previamente enunciados.

2.1. Traduzir e adaptar para a população portuguesa a escala *Childbirth Fear Prior to Pregnancy* – CFPP

A tradução e a adaptação da CFPP obedeceu a todo um processo previamente delineado, cumprindo todas as etapas metodológicas sustentadas pela literatura de Ribeiro (2010) e Borsa, Damásio e Bandeira (2012).

Para os autores anteriormente referenciados, o processo de tradução e adaptação para uma nova cultura, de um instrumento já existente tem subjacente algumas vantagens, nomeadamente a possibilidade de uma maior capacidade de generalização e comparação dos resultados obtidos para os diversos países em que o instrumento se encontra aferido. Este é um aspeto a ressaltar nesta investigação, dado que, a autora pretende posteriormente comparar os resultados obtidos na população portuguesa com os estudos realizados nos países já referidos.

O processo de tradução e adaptação da CFPP para a população portuguesa realizou-se em essencialmente 6 passos:

1º. Tradução da escala para a língua portuguesa, realizada pela autora do estudo e por um profissional de saúde da área de obstetria. Estes dois elementos possuem domínios nos dois idiomas (inglês e português) e conhecimentos no ponto alvo de estudo.

2º. Retroversão da escala, de modo a preservar o seu sentido. Este processo foi concretizado por dois outros profissionais, da área das línguas, sem conhecimento prévio da

escala, mas com domínios em ambos os idiomas, nomeadamente formação avançada em língua inglesa. Importa ressaltar que ambos têm fluência linguística do idioma de origem e são portugueses nativos.

3º. Comparação das duas versões (original e a retroversão), pelos dois profissionais acima referidos, com o intuito de discutir algumas discrepâncias que poderiam existir e, caso fosse necessário, executar reformulações, mantendo sempre o sentido original dos itens.

4º. Após completa a fase da tradução, com ajuda de dois profissionais da área, e juntamente com a autora e a orientadora da presente investigação, foram avaliadas as versões traduzidas obedecendo à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual. De forma breve, a primeira destina-se a avaliar se as palavras têm o mesmo significado, procurando banir possíveis erros gramaticas. Seguidamente, a equivalência idiomática pretende verificar se existiu a alteração de significado de alguns dos itens, alterando assim o seu significado cultural. A terceira equivalência refere-se à aplicação e adequação dos itens à cultura a que pretendem ser aferidos. Caso não se adequem, têm de ser substituídos por equivalentes. Por último, a equivalência conceitual, deseja avaliar se os termos ou expressões utilizadas avaliam os mesmos aspetos em diferentes culturas.

Mediante o parecer de todos os profissionais, a versão traduzida da CFPP cumpria todos os aspetos anteriormente descritos.

5º. Uma vez que a versão final da escala já estava pronta e aprovada pelos diversos profissionais que colaboraram neste processo, foi avaliado o seu aspeto gráfico, assim como as instruções de preenchimento.

6º. A última etapa compreendeu a avaliação pelo público-alvo, com o intuito de verificar a compreensão global do instrumento. Esta avaliação contou com 10 participantes de ambos os sexos, estudantes universitários, que respeitavam os critérios de participação definidos, aos quais foram prestadas todas as informações do estudo, e demonstrada disponibilidade para as possíveis dúvidas que surgissem. O preenchimento foi realizado de forma individual e não surgiram quaisquer equívocos por parte dos participantes. Mesmo após questionados acerca da clarificação das questões, grau de dificuldade sentido na compreensão e resposta e disposição gráfica, os sujeitos afirmaram tratar-se de um instrumento de resposta fácil, acessível e conciso. Alguns elementos do sexo masculino acrescentaram ainda que, o que poderia suscitar dúvidas era a particularidade de terem de

formular as suas próprias questões. No entanto, a forma como estavam explícitas as instruções e o exemplo incorporado nas mesmas, tornava a compreensão acessível. Uma vez que não foram realizadas alterações na escala, os participantes desta etapa foram incluídos na amostra.

Antes de avançarmos para a execução dos restantes objetivos recorreremos à análise exploratória de dados.

Segundo Martins (2011), este procedimento permite uma decisão eficaz acerca do tipo de testes a utilizar numa investigação que envolva variáveis intervalares – paramétricos ou não paramétricos. Para que os primeiros testes sejam passíveis de realizar existem 3 pressupostos a cumprir, de acordo com os objetivos subentendidos a cada investigação.

- a) A variável a analisar tem de ser intervalar
- b) Tem de existir uma distribuição aproximadamente normal da variável intervalar
- c) As variâncias têm de ser homogéneas – apenas se aplica nos testes de diferenças *inter* e *intra* sujeitos

O primeiro pressuposto é analisado sem recurso a procedimentos estatísticos, pois depende da classificação da escala de medida. Assim, no presente estudo, o primeiro pressuposto é cumprido.

Uma vez que não é do nosso interesse avaliar diferenças *inter* e *intra* sujeitos, recorreu-se à análise estatística apenas para testar a normalidade da variável intervalar (*score* do medo do parto).

Mediante os resultados obtidos verifica-se que a assimetria e a curtose variam entre os valores considerados adequados (+1 e -1), aproximando-se assim de uma distribuição aproximadamente normal (assimetria = - 0,16; curtose = - 0,32).

Tabela 4. Resultados das estatísticas descritivas obtidas na análise exploratória de dados

Descritivas			Estatística	Erro Padrão
Total CFPP	Média		37,50	,575
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	36,37	
		Limite superior	38,63	
	5% da média aparada		37,62	
	Mediana		38,00	
	Variância		108,275	
	Desvio Padrão		10,406	
	Mínimo		10	
	Máximo		60	
	Amplitude		50	
	Amplitude interquartil		15	
	Assimetria		-,163	,135
	Curtose		-,323	,269

De modo a conseguir uma maior sustentação destes resultados, atentamos em seguida dos resultados obtidos nos testes de normalidade que testam a hipótese nula ($H_0 = A$ distribuição da variável é aproximadamente normal).

Através do valor de significância observamos que a hipótese nula não pode ser rejeitada, dado que ambos se encontram acima de 0,05 (teste de *Kolmogorov – Smirnov* sig = 0,09; teste de *Shapiro – Wilks* sig = 0,12).

Tabela 5. Resultados dos testes de normalidade obtidos na análise exploratória de dados

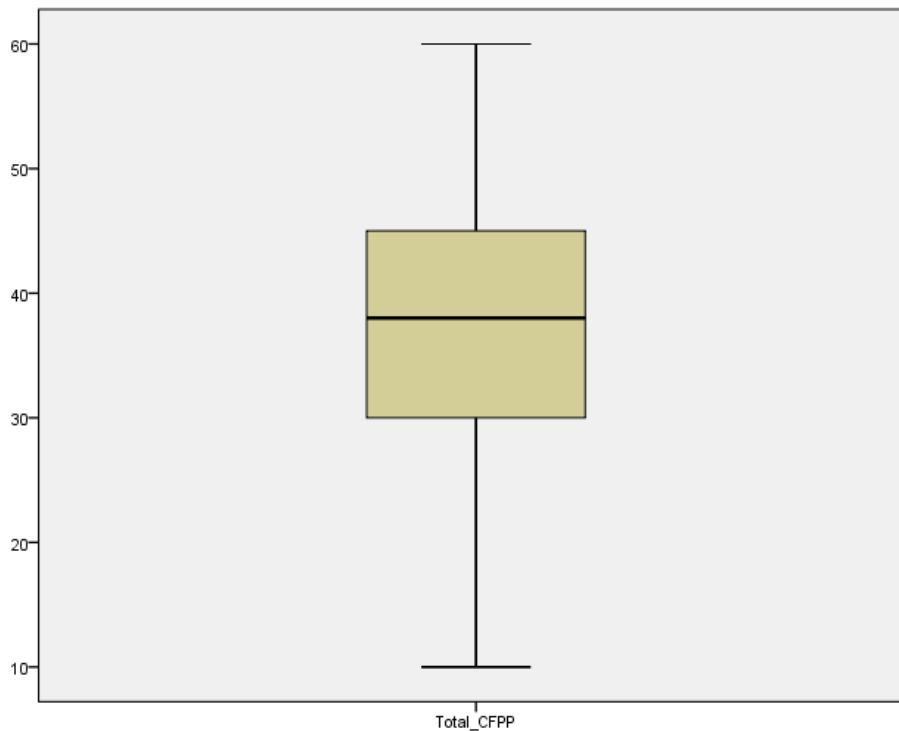
	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Total CFPP	,047	327	,085	,993	327	,116

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Por último, perante o gráfico da caixa de bigodes verificamos que o traço mais carregado, que representa a mediana, se encontra praticamente simétrico, o que vai de

encontro ao pretendido demonstrando assim uma maior probabilidade dos valores da variável intervalar seguirem uma distribuição normal.

Gráfico 1. Caixa de Bigodes obtida na análise exploratória de dados



Concluindo, a análise exploratória dos dados revelou estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos.

Segundo Ribeiro (2010), a estatística paramétrica, revela-se mais adequada quando temos por objetivo a análise de variáveis intervalares numa grande amostra populacional, o que se verifica na presente investigação.

Nesta ótica recorreu-se à utilização da estatística inferencial, que permite a realização de testes estatísticos, possibilitando a formulação de conclusões, obedecendo sempre às probabilidades estatísticas (Martins, 2011).

2.2. Validar a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (versão traduzida e adaptada da CFPP)

Para a validação da CFPP foram estudadas as propriedades psicométricas da versão previamente traduzida e adaptada para a população portuguesa. Assim, tal como afirma

Ribeiro (2010), a validação incidu na avaliação da fidelidade e validade do instrumento, características essenciais para determinar a sua qualidade.

2.2.1. Análise da fidelidade da CFPP

Quanto falamos em fidelidade referimo-nos à precisão dos resultados que o instrumento apresenta. Assim, parte-se do pressuposto que se existe consistência nos itens em determinada situação, esta irá estar sempre presente em ocasiões similares (Pasquali, 2009).

Para a avaliação da fidelidade da escala em análise recorreu-se à realização do teste de *alpha de Cronbach*, correlação do item com o total da escala, técnica de duas metades – *split half* e ainda ao teste-reteste. Estas técnicas de análise enquadram-se, tal como já referido, na avaliação da fidelidade do instrumento e permitem obter resultados para os parâmetros de consistência interna e estabilidade.

Importa apenas ressaltar que o parâmetro da equivalência não foi avaliado pois pressupõe a administração de instrumentos com conteúdo similar (Daniel, Gomes da Silva & Ferreira, 2015). Tal não é possível, dado que não existem validadas em Portugal provas que avaliem o medo do parto antes da gravidez, em população não grávida.

2.2.1.1. Análise de consistência interna recorrendo ao *Alpha de Cronbach*

Muito resumidamente, a análise da consistência interna, recorrendo ao *alpha de Cronbach*, é um dos métodos mais utilizados na investigação atualmente, principalmente em instrumentos compostos por itens que apresentam múltiplas respostas, como é o caso da escala de *Likert* (Polit & Hungler, 1992, citado por Daniel et al., 2015). Esta técnica permite a intercorrelação de todos os itens do teste e, neste caso, quanto mais elevado por o valor de *alpha*, mais exato é o instrumento.

Para Ribeiro (2010), uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de 0,80, no entanto valores acima de 0,60 já são aceitáveis, principalmente quando se trata de instrumentos com um baixo número de itens.

Ainda assim, do ponto de vista de Oviedo e Campo-Arias (2005), os valores da consistência interna classificam-se em muito boa ($\alpha > 0,90$), boa (α entre 0,80 e 0,90), razoável (α entre 0,70 e 0,80), fraca (α entre 0,60 e 0,70) e inadmissível ($\alpha < 0,60$).

Após calculado o *alpha de Cronbach* da CFPP para a população portuguesa verificamos que o valor obtido é de 0,88, revelando assim uma boa consistência interna segundo a perspectiva de Ribeiro (2010) e Oviedo e Campos-Arias (2005).

Tabela 6. Valor de Alpha de Cronbach para a população portuguesa

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
,878	10

O valor de *alpha* obtido para a população portuguesa é semelhante ao dos restantes países para os quais a escala já foi validada, tal como é possível depreender através da tabela número 7, que se segue.

Tabela 7. Análise da fidelidade (*alpha de cronbach*) comparativamente com os outros países

País	Portugal	Austrália	Canadá	Inglaterra	Alemanha	Islândia	EUA
<i>Alpha de cronbach</i>	0,88	0,87	0,87	0,88	0,87	0,88	0,86
N	327	654	239	303	206	460	378

Mediante a análise do valor de *alpha* para mulheres e homens, constata-se que o mesmo é mais elevado no sexo masculino, ao inverso do que acontece nos restantes países.

Tabela 8. Análise da fidelidade (*alpha de cronbach*) entre sexos comparativamente com outros países

País	Alpha total	Alpha mulheres	Alpha homens
Portugal	0,88	0,87	0,89
Austrália	0,87	0,87	0,86
Inglaterra	0,88	0,88	0,86
Alemanha	0,87	0,86	0,86
Islândia	0,88	0,89	0,77
Estados Unidos	0,86	0,85	0,81

2.2.1.2. Correlação do Item com o Total do Teste

A correlação do item com o total do teste indica a unidimensionalidade da escala, ou seja, pretende verificar se os itens medem o mesmo constructo que o total da escala mede. Assim, uma correlação superior a 0,45 é a desejada para esta avaliação (Ribeiro, 2010).

Tal como representa a tabela número 9, todos os itens apresentam uma correlação muito superior à mínima exigida, o que evidencia a unidimensionalidade da escala.

Tabela 9. Resultados da correlação do item com o total da escala

		Total CFPP
	Correlação de Pearson	1
Total CFPP	Sig. (bilateral)	
	N	327
Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte	Correlação de Pearson	,615**
Sinto que eu não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento	Correlação de Pearson	,705**
Tenho medo que possa entrar em pânico e não saber o que fazer	Correlação de Pearson	,758**
Tenho medo do nascimento	Correlação de Pearson	,714**
Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé	Correlação de Pearson	,615**
Tenho medo que possa perder o controlo durante o parto	Correlação de Pearson	,732**
Tenho receio das complicações durante o parto	Correlação de Pearson	,694**
O nascimento é algo imprevisível e arriscado	Correlação de Pearson	,660**
Tenho medo do que possa acontecer ao meu corpo	Correlação de Pearson	,735**
Tenho receio que o meu corpo não volte a ser o mesmo	Correlação de Pearson	,694**

Visando uma comparação dos resultados obtidos na população portuguesa, com os restantes países para os quais a CFPP se encontra aferida, denota-se que as correlações obtidas no presente estudo são superiores às demais, tal como é possível verificar na tabela número 10.

Tabela 10. Resultados da correlação do item com o total da escala comparativamente com os outros países

Item	Total da Escala						
	Portugal	Austrália	Canadá	Inglaterra	Alemanha	Islândia	EUA
1	0,62	0,62	0,66	0,66	0,61	0,66	0,61
2	0,71	0,59	0,62	0,67	0,49	0,59	0,60
3	0,76	0,60	0,57	0,66	0,55	0,63	0,61
4	0,71	0,65	0,66	0,74	0,70	0,71	0,65
5	0,62	0,58	0,63	0,49	0,55	0,51	0,48
6	0,73	0,65	0,50	0,58	0,51	0,61	0,61
7	0,69	0,60	0,58	0,51	0,67	0,67	0,56
8	0,67	0,57	0,64	0,52	0,54	0,50	0,52
9	0,74	0,56	0,52	0,58	0,58	0,64	0,53
10	0,69	0,49	0,54	0,63	0,57	0,60	0,48

2.2.1.3. Teste das duas metades ou bipartição

De forma a obtermos um amplo leque de confirmações estatísticas acerca da CFPP, foi ainda realizado o teste das duas metades ou bipartição, mas conhecido por *split-half*. Esta técnica permite igualmente a avaliação da fidelidade da escala e consiste na divisão do instrumento em duas partes, geralmente respeitando os itens pares e ímpares (Ribeiro, 2010).

Este método possibilita uma avaliação do grau de consistência entre os itens, determinando assim a consistência interna da escala, assumindo que todos os itens contribuem de igual forma para a mensuração do constructo em análise (Anastasi, 1970; Freeman, 1980, citado por Daniel et al., 2015).

Para o cálculo deste procedimento é realizada uma correlação de Spearman - Brown das duas metades e se esta for elevada, idealmente $\geq 0,8$, verifica-se uma boa consistência interna do instrumento (Daniel et al., 2015).

Tendo em conta os dados contidos na tabela que se segue, os valores do *Alpha de Cronbach* obtidos foram de 0,79 e 0,80 para as parte 1 e 2 respetivamente, o que corrobora os valores previamente apresentados, revelando a boa consistência interna da escala (Oviedo & Campos-Arias, 2005; Ribeiro, 2010).

A correlação alcançada entre as duas metades é forte ($r = 0,72$), assim como os valores obtidos no coeficiente de Spearman-Brow ($0,84$), que se enquadram nas correlações pretendidas ($\geq 0,8$). Desta forma, os resultados apontam para uma boa consistência entre os itens e, conseqüentemente uma boa consistência interna da escala.

Tabela 11. *Resultados obtidos no teste das duas metades*

Estatísticas de confiabilidade			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,792
		N de itens	5 ^a
	Parte 2	Valor	,806
N de itens		5 ^b	
	N total de itens		10
	Correlação entre formas		,720
Coeficiente de Spearman-Brown	Comprimento igual		,838
	Comprimento desigual		,838
Coeficiente das duas metades de Guttman			,837

a. Os itens são:

Preocupa- me que a dor do parto possa ser demasiado forte;
 Sinto que eu (ou a minha parceira) não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento;
 Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto;
 Tenho medo do nascimento;
 Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebe.

b. Os itens são:

Tenho medo que (eu ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto;
 Tenho receio das complicações durante o parto;
 O nascimento é algo imprevisível e arriscado;
 Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo (ou ao da minha parceira);
 Tenho receio que o meu corpo (ou o da minha parceira) não volte a ser o mesmo depois do parto.

2.2.1.4. Teste - Reteste

Por último, visando a avaliação da fidelidade segundo a estabilidade foi realizado o teste-reteste. Esta técnica consiste na administração da escala a um grupo de indivíduos, num determinado momento, realizando uma pausa temporal, para que a administração possa ser de novo realizada (Ribeiro, 2010).

Segundo Martins (2006), este intervalo de tempo é respeitado para prevenir por um lado possíveis efeitos de aprendizagem (longos períodos de tempo) e por outro para obstar aos efeitos da memória (curtos períodos de tempo). Assim, o tempo médio aconselhado é de 3 semanas.

O teste-reteste é realizado através da Correlação de *Pearson* que nos revela se os resultados se mantêm constantes ao longo do tempo. Importa referir que existem inúmeros fatores que influenciam o indivíduo e como tal, mesmo que esteja em causa a mensuração de um constructo estável, não podemos esperar uma correlação perfeita ($r = 1$). Ainda assim, uma correlação forte apresenta um $r \geq 0,80$ mas podem ser aceites valores com $r \geq 0,60$ (Ribeiro, 2010; Daniel et al., 2015).

No presente estudo o teste-reteste foi realizado junto de um grupo de 25 estudantes universitários, com um intervalo de tempo de 3 semanas. A administração decorreu num ambiente calmo e silencioso, para que fossem controladas algumas das variáveis de interferência. Após o preenchimento da CFPP nestes dois momentos, todos os dados foram inseridos no SPSS, numa outra base previamente criada, e comparados os *scores* totais, obtidos através do somatório de todos os itens.

Mediante a realização do teste de correlação de *Pearson*, verifica-se que a correlação entre os *scores* totais da primeira administração da CFPP e os *scores* totais da segunda aplicação da mesma escala é de 0,79, com uma probabilidade associada de Sig = 0,00. Trata-se assim de uma correlação positiva, próxima da classificação forte, e estatisticamente significativa uma vez que o valor de Sig é $< 0,01$.

Os resultados obtidos demonstram assim uma boa estabilidade temporal do instrumento.

Tabela 12. Resultados obtidos no teste-reteste através da Correlação de *Pearson*

Correlações			
		Total CFPP Teste	Total CFPP Reteste
Total CFPP Teste	Correlação de Pearson	1	,793**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	25
Total CFPP Reteste	Correlação de Pearson	,793**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

2.2.2. Análise da Validade da CFPP

Segundo Ribeiro (2010, p. 101), a validade *“é a garantia que o teste dá que mede o que se propõe a medir”*.

Somente testando o instrumento empiricamente, realizando uma série de procedimentos estatísticos, conseguimos avaliar a validade de uma escala (Pasquali, 2009).

Murphy e Davidshofer (1998, citado por Ribeiro, 2010) referem que para a análise desta propriedade psicométrica estão implicadas várias fases, umas mais teóricas, outras mais práticas.

Para a validação da CFPP, começou-se por avaliar a validade de conteúdo.

Este tipo de validade pressupõe que todos os atributos incluídos no teste representam todos os que se pretendem medir. Trata-se de um procedimento mais teórico, e como tal não é necessário recorrer a técnicas objetivas para que seja avaliado. A maneira mais comumente utilizada é recorrer a peritos inseridos na área que analisem o instrumento e deliberem acerca do seu conteúdo, de forma a verificar se os itens avaliam aquilo que se propõem medir (Ribeiro, 2010).

Segundo o mesmo autor, a validade de conteúdo pode ser realizada pelo mesmo grupo de peritos que participa na adaptação cultural do instrumento, e como tal, foi esta a estratégia realizada para a análise da validade de conteúdo da CFPP.

Os mesmos especialistas deliberaram que a escala mede o medo do parto antes da gravidez em população não-grávida de ambos os sexos, mediante as suas perspetivas de preocupações e receios inerentes a este acontecimento de vida.

O passo seguinte consistiu na análise da validade de constructo, também conhecida por validade de conteúdo. Esta etapa é considerada fundamental na validação de instrumentos pois é nela que através de técnicas práticas, verificamos se o constructo inerente à escala está relacionado com os conceitos teóricos (Pasquali, 2009).

Anastasi (1990, citado por Ribeiro, 2010) refere que para levarmos a cabo a avaliação da validade de constructo podemos recorrer às técnicas de grupos de contraste, análise fatorial ou validade convergente-divergente.

No presente estudo foram realizadas todas as técnicas anteriores exceto a validade convergente. Esta última não foi realizada pois pressupõe a administração de instrumentos que meçam o mesmo constructo. Tal não foi possível realizar pois não existem validados para a população portuguesa instrumentos que avaliem o medo do parto antes da gravidez, em população não-grávida.

2.2.2.1. Técnica de Grupos de Contraste

A realização da técnica de grupos de contraste conjectura que a escala seja administrada a grupos que *à priori* tenham níveis diferentes de medo do parto, comparando posteriormente os *scores* totais obtidos nestes dois conjuntos (Martins, 2006).

Deste modo a CFPP foi administrada a um grupo de estudantes não-grávidas (N = 25), sem filhos e a um grupo de mulheres que já tinham dado à luz e portanto, com filhos (N = 25). À vista das anteriores administrações, foram também controladas algumas variáveis que pudessem interferir neste processo, e como tal o preenchimento decorreu em lugar calmo e silencioso. Após recolhidos todos os dados, foram inseridos numa base previamente construída com recurso ao SPSS, e analisados os *scores* totais recorrendo ao teste *t-student* uma vez que se tratam de amostras independentes.

Para a realização do teste supracitado as participantes foram agrupadas consoante a sua condição materna (com filhos e sem filhos), dando lugar depois à avaliação da diferença do medo do parto entre estes dois grupos.

Os resultados concluem que, em média, são as mulheres com filhos que têm mais medo do parto ($\mu = 38,6$, DP = 9,18). As diferenças entre os grupos em análise não se revelam significativas ($t(48) = -0,65$, sig = 0,81), pois encontra-se acima do nível de significância ($\text{sig} \leq 0,05$), o que significa que não existem diferenças entre as mulheres com filhos e mulheres sem filhos face ao medo do parto.

Tabela 13. Síntese de resultados obtidos no teste *T* para amostras independentes

	Mulheres sem filhos (n = 25) Média (dp)	Mulheres com filhos (n = 25) Média (dp)	t	Sig
Medo do parto (<i>score</i> total)	37 (8,34)	38,6 (9,18)	- 0, 65	0,81

2.2.2.2. Análise Fatorial

A realização da análise fatorial representa sem dúvida um grau de complexidade elevado na validação de instrumento, ainda assim, é um dos procedimentos mais frequentemente utilizado.

A análise fatorial exploratória, utilizada no presente estudo, recorre a um conjunto de técnicas multivariadas com vista à identificação de uma estrutura que suporte os dados, determinando os fatores que melhor representam as variáveis em análise, permitindo deste modo uma redução da escala a esses mesmos grupos (Damásio, 2012).

A análise fatorial pressupõe que numa primeira fase seja avaliada a matriz de dados. Isto indica se as nossas variáveis podem ser analisadas recorrendo a esta técnica. Para tal foram utilizados o teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. No caso do primeiro teste, quanto mais próximo os valores forem de 1 mais aceitáveis são, isto porque, como sabemos o 1 representa uma correlação perfeita. Quanto ao teste de *Bartlett*, são os valores de significância ($< 0,05$) que indicam se a matriz é ou não favorável à realização da análise fatorial (Damásio, 2012).

Mediante os resultados obtidos para a CFPP, verifica-se que o teste de KMO obteve um valor de 0,83 e que o teste de *Bartlett* estatisticamente significativo ($\text{sig} = 0,00$), logo as variáveis são correlacionáveis, e a análise fatorial é passível de ser realizada.

Tabela 14. Resultados obtidos no teste de KMO e Bartlett para análise fatorial

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,830
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1694,943
	gl	45
	Sig.	,000

De seguida, a análise das componentes principais, revelou 3 fatores com autovalores superiores a 1 (ponto de corte), que explicam cerca de 70% da variância total. Isto significa que estes 3 fatores explicam e encontram-se associados à escala em análise, fornecendo um bom leque informativo do instrumento. Logo, podemos reduzir a nossa escala a 3 fatores - aspeto primordial da análise fatorial (Damásio, 2012).

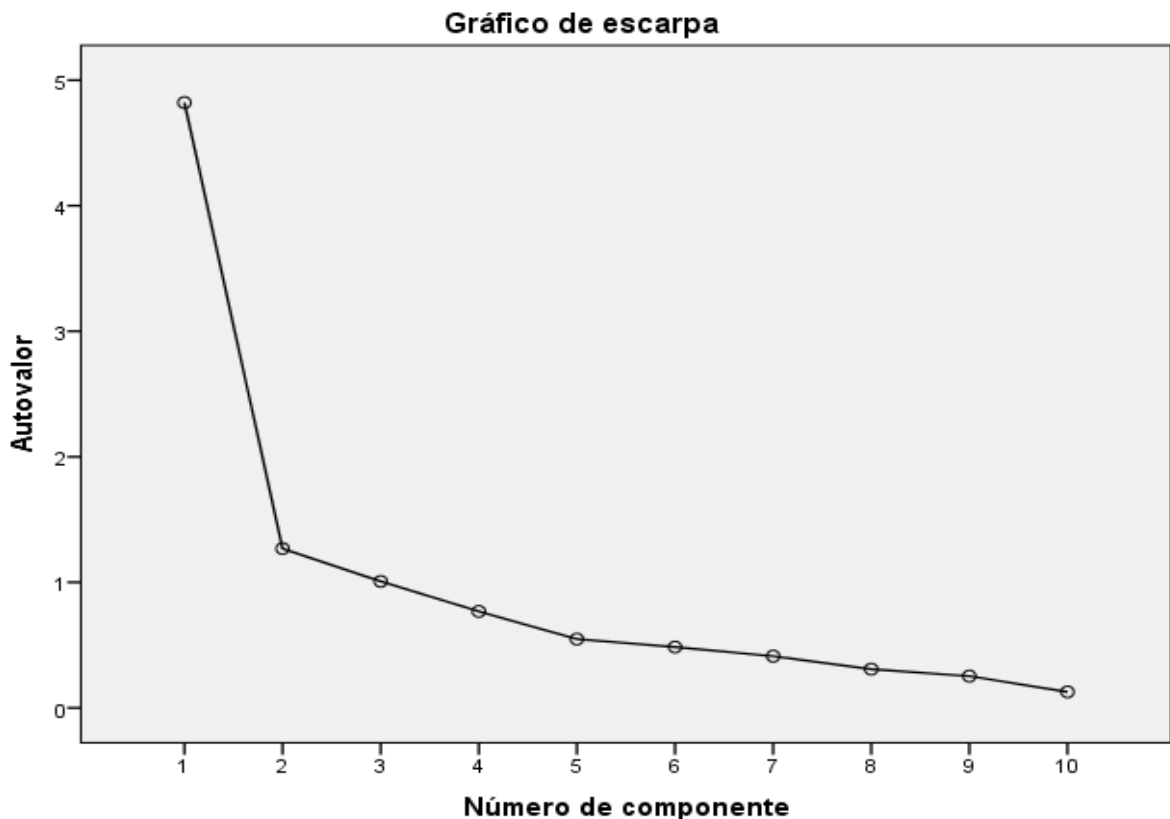
Os dados previamente discutidos podem ser constatados na tabela número 15, abaixo apresentada, bem como no gráfico de escarpa que realiza a análise visual do número de fatores representativos da escala. Estes podem ser observados na zona de grande elevação da curva que, acaba por quase estabilizar, demonstrando a notoriedade dos 3 fatores retidos.

Tabela 15. *Número de fatores retidos e percentagem associada à variância total da CFPP*

Componente	Variância total explicada					
	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,822	48,215	48,215	4,822	48,215	48,215
2	1,269	12,686	60,901	1,269	12,686	60,901
3	1,008	10,076	70,977	1,008	10,076	70,977
4	,768	7,683	78,660			
5	,548	5,481	84,141			
6	,485	4,846	88,988			
7	,412	4,120	93,107			
8	,309	3,088	96,195			
9	,253	2,530	98,725			
10	,128	1,275	100,000			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Gráfico 2. Representação visual do número de fatores obtidos para a CFPP através da análise fatorial



Após obtermos os 3 fatores da CFPP, vamos observar a tabela que representa a análise fatorial rotativa. Isto acontece porque associamos uma rotação ortogonal *Varimax*. O objetivo desta técnica é conseguir uma estrutura fatorial simples, ou seja, associar um item a um único fator. Para tal, a rotação *Varimax* cria uma espécie de equilíbrio entre os itens e os fatores, promovendo um aumento das cargas altas e uma diminuição das cargas baixas, criando assim uma maior variância fatorial (Damásio, 2012).

Assim, um item necessita de uma elevada carga fatorial para que seja associado a um determinado fator, exibindo pelo contrário uma baixa carga fatorial nos restantes fatores (Ribeiro, 2010).

Outro aspeto ao qual temos de dar atenção é a comunalidade (h^2). A comunalidade está associada à variância da variável explicada pelos fatores. Ou seja, através dos valores das correlações obtidas conseguimos verificar se determinada variável está em sintonia com as restantes para a explicação do constructo em análise. Autores como Primi (2012) defendem

que as correlações desejáveis têm de se encontrar acima de 0,3. Por outro lado, Filho e Júnior (2010) afirmam que o valor mínimo aceitável é 0,5 devendo-se eliminar a variável que apresente valores inferiores a este e realizar novamente a análise fatorial.

Para analisarmos os resultados de forma sintética, observemos a tabela número 16:

Tabela 16. *Análise das componentes principais com rotação ortogonal Varimax e comunalidades*

Itens	Componentes			h^2
	1	2	3	
(1) Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte	0,49	0,34	0,23	0,50
(2) Sinto que eu (ou a minha parceira) não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento	0,81	0,06	0,25	0,73
(3) Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto	0,80	0,32	0,12	0,75
(4) Tenho medo do nascimento	0,73	0,15	0,28	0,63
(5) Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé	0,21	0,83	0,05	0,74
(6) Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto	0,63	0,53	0,06	0,68
(7) Tenho receio das complicações durante o parto	0,24	0,83	0,19	0,78
(8) O nascimento é algo imprevisível e arriscado	0,13	0,57	0,50	0,59
(9) Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo (ou ao da minha parceira)	0,28	0,16	0,90	0,90
(10) Tenho receio que o meu corpo (ou o da minha parceira) nunca mais seja o mesmo depois do parto	0,24	0,11	0,91	0,89

Partindo dos dados anteriormente apresentados, verificamos que o valor das comunalidades é em todos os itens igual ou superior a 0,5, o que nos permite manter a estrutura do instrumento, sem ter que suprimir qualquer item. Assim, a versão portuguesa foi constituída pelo mesmo número de itens que o formato original, o que evidencia a forte influência na avaliação do constructo em análise e a grande interligação com a teoria que lhe está subjacente – principal objetivo da validade de constructo.

Por outro lado, são nítidos os itens agrupados a cada um dos fatores: o primeiro fator é composto pelos itens 1,2,3,4 e 6; o segundo fator engloba os itens 5,7 e 8 e o terceiro fator os itens 9 e 10.

Ora, estes resultados corroboram os dados obtidos na validação da escala pelos seus autores, vigorando assim na população portuguesa o fator do medo da dor e de perder o controlo (1), o fator do medo das complicações do parto (2) e o fator do medo das alterações físicas após o nascimento (3).

2.2.2.3. Análise da Validade Divergente

Por último, foi ainda realizada a análise da validade divergente. Esta pressupõe a correlação com um instrumento que meça um traço diferente da nossa variável em análise. Assim, o esperado é que exista uma baixa correlação entre os dois instrumentos (Pasquali, 2007).

Para a avaliação da validade divergente recorreremos à administração da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), previamente apresentada na presente investigação. Contudo, para que a participação no estudo não se torna-se maçadora, este instrumento só foi aplicado em conjunto com a CFPP a 25 estudantes universitários. Ainda assim, recorrendo à realização da Correlação de *Pearson*, os resultados permitem concluir que não existe correlação entre estes dois instrumentos ($\text{sig} = 0,70$).

Tabela 17. Resultados da correlação entre os scores totais da CFPP e da EADS-21 mediante Correlação de *Pearson*

Correlações			
		Total CFPP	Total EADS
Total CFPP	Correlação de Pearson	1	-,082
	Sig. (bilateral)		,698
	N	25	25
Total EADS	Correlação de Pearson	-,082	1
	Sig. (bilateral)	,698	
	N	25	25

Foram ainda analisadas as correlações entre os *scores* totais da CFPP para cada uma das subescalas que compõem a EADS-21. Os resultados encontram-se sintetizados na tabela número 18, que se segue:

Tabela 18. *Resultados da correlação entre o score total da CFPP e subescalas da EADS-21 mediante a Correlação de Pearson*

CFPP <i>r (sig)</i>	EADS ansiedade <i>r (sig)</i>	EADS depressão <i>r (sig)</i>	EADS stresse <i>r (sig)</i>
	0,00 (0,98)	- 0,18 (0,39)	-0,03 (0,88)

Como é possível depreender dos resultados anteriormente apresentados, a CFPP não se encontra correlacionada com as subescalas da EADS -21, correspondendo assim ao pressuposto da validade divergente, ou seja, o constructo subjacente à CFPP (medo do parto) não se sobrepõe aos da ansiedade, depressão ou stresse, por muito adjacentes que possam parecer do ponto de vista teórico.

Comparando os resultados obtidos com os dos restantes países observa-se que também nestes a correlação é inexistente, dado que os valores são de 0 ou próximos de 0, evidenciando assim a ausência de correlação entre as variáveis.

Tabela 19. *Coeficiente da Correlação de Pearson para scores da CFPP e EADS – 21 com os outros países*

País	Subescala Depressão	Subescala Ansiedade	Subescala Stresse
Portugal	- 0,18	0,00	- 0,03
Austrália	0,20	0,24	0,25
Canada	0,20	0,23	0,26
Inglaterra	0,22	0,27	0,26
Alemanha	0,18	0,28	0,25
Islândia	0,17	0,22	0,25
EUA	0,25	0,27	0,31

2.3. Avaliar o medo do parto antes da gravidez em estudantes universitários

Com vista a analisar o medo do parto antes da gravidez na amostra do presente estudo, recorreu-se à estatística descritiva, mais concretamente às medidas de tendência central e dispersão.

Antes de avaliar o medo do parto na amostra procedeu-se à análise das experiências prévias dos estudantes face a este importante acontecimento de vida.

Depreende-se que a maioria dos participantes nunca assistiu a um parto, e apenas 9,5% viveram esta experiência essencialmente em formações práticas na área de saúde, caracterizando-a como intensa e assustadora.

Tabela 20. *Experiências prévias da amostra em relação ao parto (n = 296; 90,5%)*

	n	%
Já assistiu a algum parto ao vivo?		
Sim	31	9,5
Não	296	90,5
Se sim, como descreve a experiência?		
Assustadora	9	2,8
Surpreendente	7	2,1
Intensa	12	3,7
Normal	3	0,9
Impessoal	0	0,0
Se sim, assistiu ao parto de quem?		
Membro de família	10	3,1
Amiga	2	0,6
Paciente durante formação prática em áreas de saúde	19	5,8

De seguida, o medo do parto foi determinado através do *score* total da CFPP. Segundo os autores da escala, quanto maior o resultado obtido, maior o medo do parto que varia entre 10 (mínimo) e 60 (máximo).

Mediante a análise da tabela número 21, abaixo apresentada podemos constatar que os participantes deste estudo (N = 327) apresentam valores médios de 37,5 de medo do parto antes da gravidez (DP = 10,41). Tendo em conta os valores mínimos e máximos previamente referidos, conclui-se que os níveis de medo do parto em estudantes universitários ultrapassam o valor médio de 25 (entre 10 e 60), verificando-se assim, tal

como esperado, a presença deste constructo em níveis médio/elevados na população em análise.

Tabela 21. *Medidas de tendência central e dispersão na avaliação do medo do parto antes da gravidez em jovens universitários*

		Estatísticas
		Total CFPP
N	Válido	327
	Omisso	0
Média		37,50
Desvio Padrão		10,406
Variância		108,275
Mínimo		10
Máximo		60

Foram também analisadas outras medidas de tendência central como a moda e a mediana. A tabela número 22 demonstra que a mediana é de 38, ou seja, existe um igual número de observações acima e abaixo desta medida.

Por outro lado, atentando na moda, que se define como o valor da variável mais frequente, percebemos que esta é de 37. Ainda assim, tal como é assinalado na tabela de estatística este é o valor menor. Para além desta existe a moda de 39 e 42 (Pestana e Gageiro, 2008).

Tabela 22. *Medidas de tendência central e dispersão na avaliação do medo do parto antes da gravidez em jovens universitários*

		Estatísticas
		Total CFPP
N	Válido	327
	Omisso	0
Média		37,50
Mediana		38,00
Moda		37 ^a
Desvio Padrão		10,406
Variância		108,275
Mínimo		10
Máximo		60

a. Ha várias modas. O menor valor é mostrado

Dado que anteriormente a análise fatorial confirmou a existência de 3 fatores, foram realizados alguns cálculos, recorrendo igualmente à estatística descritiva, com o intuito de verificar qual dos fatores apresenta *scores* mais elevados.

Tendo em conta o número de itens que compõem cada um dos fatores depreende-se que o primeiro fator que compreende o “Medo da dor e de perder o controlo” é composto por 5 itens, apresentado assim valores mínimos e máximos de *scores* possíveis de 5 e 30 respetivamente. O fator número 2, denominado de “Medo das complicações do parto” engloba 3 itens, o que leva a que os *scores* oscilem entre 3 e 18. O terceiro e último fator, intitulado de “Medo das alterações físicas após o nascimento”, compreende 2 itens e como tal os *scores* mínimos e máximos são de 2 e 12 respetivamente.

Assim, verifica-se que o fator que apresenta em média, o *score* mais elevado ($\mu = 18,21$) é o fator 1 que reporta exatamente ao medo da dor e de perder o controlo, representando deste modo a maior preocupação dos estudantes universitários.

Tabela 23. *Medidas de tendência central e dispersão na avaliação do medo do parto antes da gravidez em jovens universitários por fatores*

	Itens	Mínimo	Máximo	Média	Dp	Variância
(1) Medo da dor e de perder o controlo	1, 2,3,4,6	5	30	18,21	5,81	33,72
(2) Medo das complicações do parto	5,7,8	3	18	12,62	3,41	11,64
(3) Medo das alterações físicas após o nascimento	9,10	2	12	6,67	3,21	10,27

2.4. Associar o medo de dar à luz às escolhas prévias e preferências da via do parto em estudantes universitários

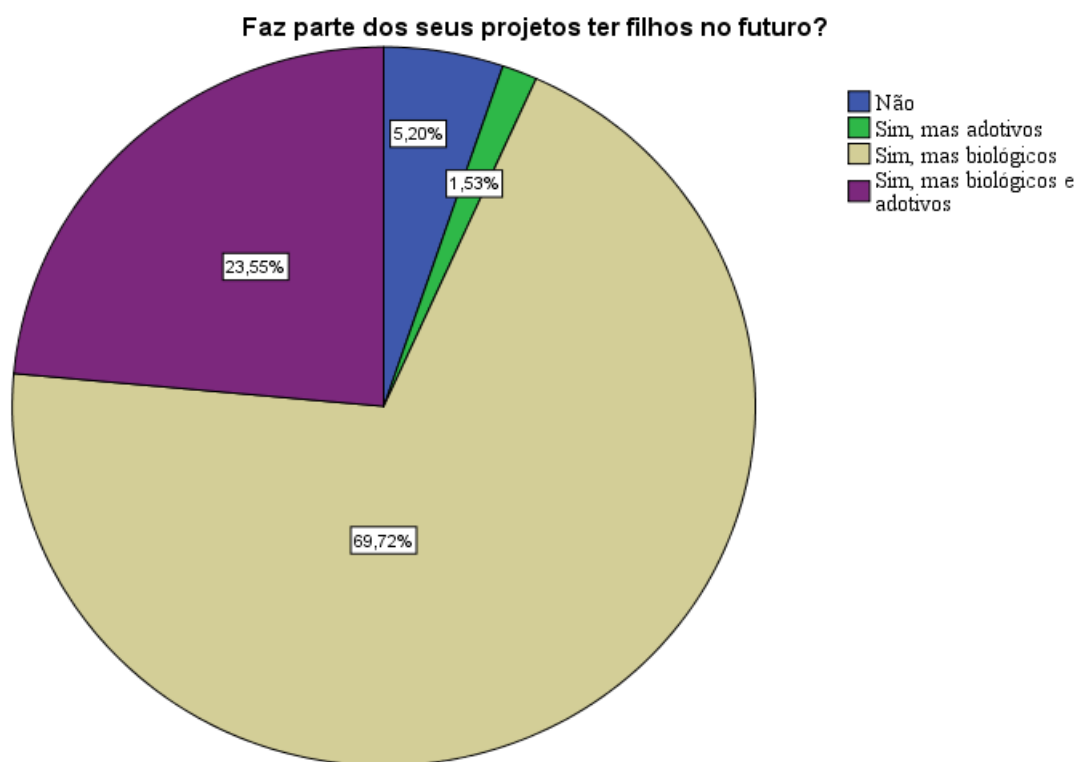
Uma vez que este é um objetivo robusto, que pressupõe a análise várias variáveis e como tal inúmeros procedimentos estatísticos, achamos pertinente elaborar objetivos específicos, respondendo de seguida aos mesmos, respeitando a sua ordem:

- a) Verificar quais as condições obstétricas futuras dos jovens universitários
- b) Analisar o número médio de filhos idealizado por jovens universitários
- c) Compreender qual a via do parto preferida, bem como os seus motivos, na população alvo

a) Verificar quais as condições obstétricas futuras dos jovens universitários

Mediante análise do gráfico número 3, abaixo representado depreende-se que a maioria dos estudantes pretende ter filhos biológicos (69,72%), embora 23,55% não descurem a ideia de ter filhos biológicos e adotivos. É notória a percentagem de estudantes que não querem ter filhos (5,20%), assim como aqueles que apenas equacionam ter filhos recorrendo à adoção (1,53%).

Gráfico 3. *Representação dos ideais futuros dos jovens universitários nas concepções obstétricas*



b) Analisar o número médio de filhos idealizado por jovens universitários

Uma vez que cerca de 70% da amostra planeia ter filhos, independentemente da condição da concepção, procuramos compreender em média, quantos filhos gostariam de ter os jovens universitários.

Mediante as estatísticas abaixo descritas, conclui-se que em média, os participantes da presente investigação pretendem ter 2 filhos ($N = 169$, 51,7%). O terceiro filho parece também ser equacionado uma vez que cerca de 24,5% ($N = 80$) da nossa amostra indica esta pretensão.

Tabela 24. *Média de número de filhos idealizado por jovens universitários*

Se sim, quantos filhos gostaria de ter?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	0	30	9,2	9,2	9,2
	1	26	8,0	8,0	17,1
	2	169	51,7	51,7	68,8
	3	80	24,5	24,5	93,3
	4	19	5,8	5,8	99,1
	5	3	,9	,9	100,0
	Total	327	100,0	100,0	

c) Compreender qual a via do parto preferida, bem como os seus motivos, na população alvo

Dado que este estudo incide em grande parte nas preferências prévias das vias do nascimento, procedeu-se ainda à análise estatística das escolhas pretendidas acerca da via do parto dos estudantes universitários que compreendem a nossa amostra.

Infere-se assim que 76,5% dos jovens preferem o parto por via vaginal, enquanto 23,5% optariam pela via transabdominal.

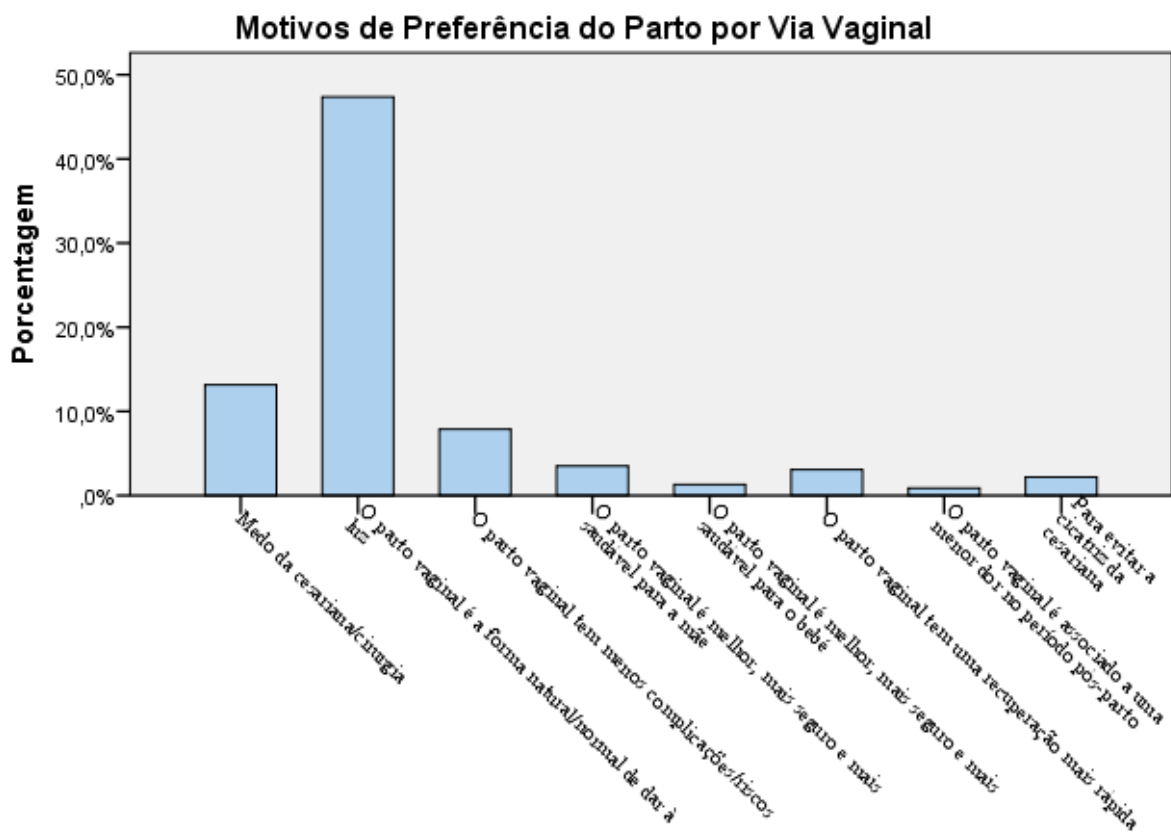
Tabela 25. *Média de preferências das vias do parto dos jovens universitários*

Preferência do parto					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Parto Vaginal	250	76,5	76,5	76,5
	Parto por Cesariana	77	23,5	23,5	100,0
	Total	327	100,0	100,0	

Mediante estes resultados procedeu-se ainda à análise dos motivos que podem contribuir para a preferência de cada uma das vias.

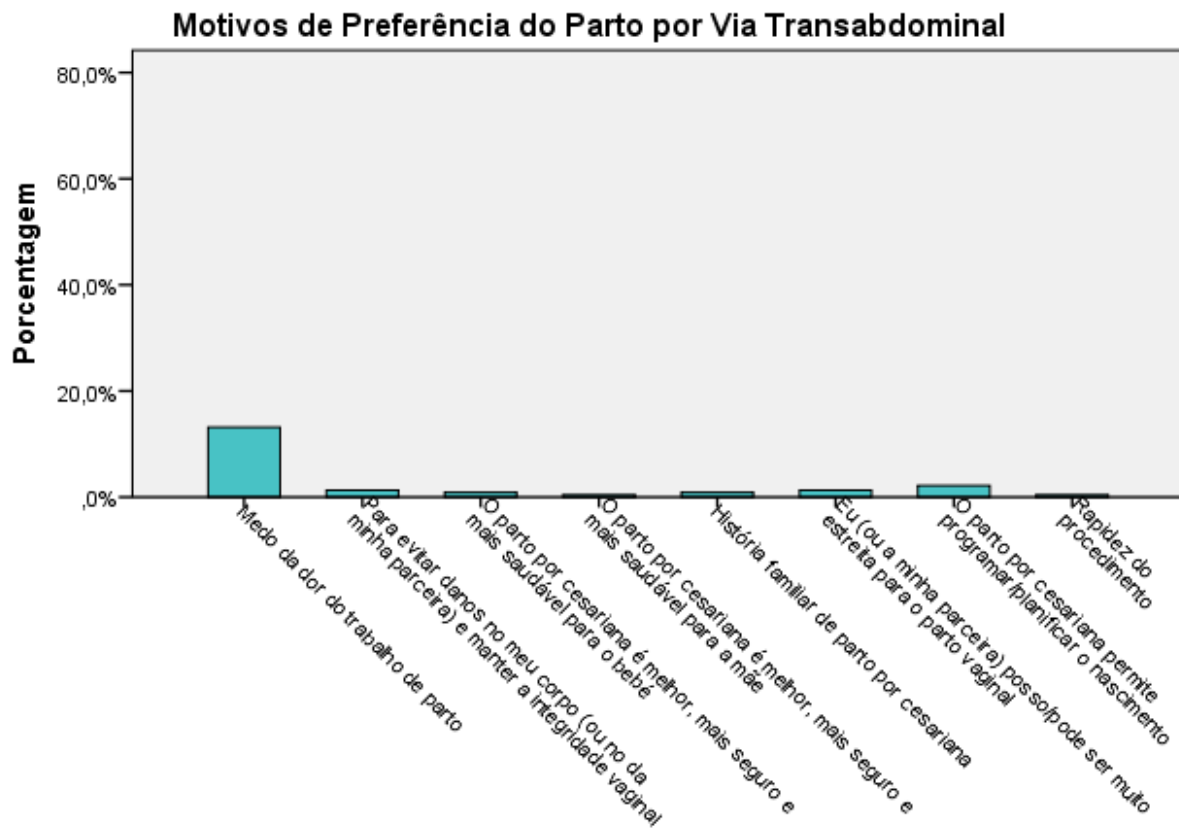
Através do gráfico número 4 verifica-se que a maioria dos participantes (48%) prefere a via vaginal por considerar esta a forma natural de dar à luz. Outro dos principais motivos referidos pelos estudantes é o medo da cesariana e da cirurgia que lhe é inerente (13%), seguindo-se o receio das menores complicações e riscos associados ao parto por esta via (8%).

Gráfico 4. Representação dos motivos pela preferência da via vaginal em estudantes universitários



Nas respostas obtidas na presente amostra o parto por via transabdominal destaca-se essencialmente pela preferência devido ao medo do trabalho de parto (16%), à possibilidade de programar o nascimento (4%) ou ainda ao medo de estreitamento do canal vaginal (3%).

Gráfico 5. Representação dos motivos pela preferência da via transabdominal em estudantes universitários



Enfatizando o nosso objetivo principal, a associação do medo do parto às preferências prévias das vias do mesmo foi realizada apenas com o número de participantes que equacionam ter filhos biológicos para que os resultados não sofressem enviesamento. Assim, foram incluídos 228 elementos da amostra (43 do sexo masculino e 185 do sexo feminino).

Para responder ao objetivo proposto recorreu-se ao *score* total da CFPP e à variável das preferências da via do parto.

Após a seleção de casos no SPSS, foi executado um Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial uma vez que estamos perante a presença de uma variável intervalar (*score* total da CFPP) e uma variável nominal dicotómica (parto vaginal ou parto por cesariana) (Pestana & Gageiro, 2008).

O Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial é analisado e interpretado à luz do Coeficiente de Correlação de Pearson. Como tal, os seus coeficientes variam entre +1 e -1,

sendo que quanto mais se aproximarem destes valores, mais perfeita será a correlação. Por outro lado, é o valor de *sig* que indica se os resultados são significativos ou não, conduzindo depois à aceitação ou rejeição das hipóteses (Martins, 2011).

Tendo em conta os resultados obtidos verifica-se que existe uma correlação positiva fraca ($r = 0,17$), estatisticamente significativa ($sig = 0,01$) entre o medo do parto e as preferências prévias pela via do nascimento em estudantes universitários.

Tabela 26. Resultados da Correlação Ponto-Bisserial entre o medo do parto e as preferências prévias da via do nascimento em estudantes universitários

Correlações			
		Preferência do parto	Total CFPP
Preferência do parto	Correlação de Pearson	1	,172**
	Sig. (bilateral)		,009
	N	228	228
Total CFPP	Correlação de Pearson	,172**	1
	Sig. (bilateral)	,009	
	N	228	228

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Os resultados obtidos permitem concluir que, um maior medo do parto encontra-se associado às preferências pela via do nascimento.

3. Discussão

Nesta fase serão discutidos os resultados obtidos numa amostra de 327 estudantes universitários, maiores de idade e sem filhos.

De forma a garantir uma melhor compreensão será respeitada a ordem dos objetivos delineados para o presente estudo, e consideradas as pesquisas existentes, possibilitando assim a comparação de resultados com os achados em estudos semelhantes.

A presente investigação reúne quatro objetivos primordiais que passam pela tradução e adaptação da escala CFPP para a população portuguesa, seguindo-se a sua validação para a mesma cultura. O terceiro propósito visa a avaliação do medo do parto antes da gravidez, associando-o, em último lugar, às escolhas prévias da via do parto.

Neste estudo participaram maioritariamente jovens do sexo feminino (80%). A média de idades ronda os 24 anos, o estado civil solteiro (a) é o mais dominante (53%) e o grau académico mais representativo é a licenciatura (55%). A caracterização sociodemográfica obtida é também notória em estudos semelhantes, devido particularmente aos critérios de inclusão e exclusão estipulados (Stoll et al., 2009; Stoll & Hall, 2013; Stoll, et al., 2014, Stoll et al., 2016).

O primeiro objetivo visava a tradução e a adaptação da escala à população portuguesa. Para tal recorreu-se à técnica da tradução/retroversão realizada por profissionais de saúde obstétrica e especialistas inseridos na área das línguas, com domínio bilingue. A comparação das duas versões permitiu concluir que a CFPP obedecia aos critérios de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual.

Este procedimento foi igualmente realizado pelos autores do instrumento aquando da sua aferição para a população islandesa e alemã. À vista dos nossos resultados, também a estrutura e conteúdo da escala original foram mantidos nestas populações (Stoll et al., 2016).

Nesta etapa ressalva-se ainda a realização do estudo piloto na população portuguesa, não descrita nos resultados obtidos em outros países, junto de 10 estudantes universitários que declararam a legibilidade da escala.

De modo a garantir uma maior legitimidade dos testes estatísticos, procedeu-se à análise exploratória de dados. Através dos procedimentos adotados com vista à confrontação

dos pressupostos existentes, verifica-se que a adoção dos testes paramétricos é viável, uma vez que a distribuição da variável intervalar (*score* total de medo do parto) aproxima-se da normalidade. Esta afirmação é corroborada pelos valores obtidos na assimetria (-0,16) e na curtose (-0,32), assim como nos testes de *Kolmogorov-Smirnov* ($\text{sig} = 0,09$) e *Shapiro-Wilk* ($\text{sig} = 0,12$) e ainda à simetria da mediana presente na caixa de bigodes.

Estes procedimentos não foram, aparentemente, adotados pelos autores da escala, nem se encontram relatados em algum estudo, contudo, segundo Martins (2011), estes passos revelam-se importantíssimos na parte prática de cada investigação, fornecendo uma maior segurança e eficácia no que concerne ao tratamento estatístico.

Para a concretização do segundo objetivo (validação da escala CFPP para a população portuguesa), os procedimentos estatísticos adotados tiveram por base a reprodução do estudo dos autores da escala. Ainda assim, foram aplicadas outras técnicas estatísticas com vista a uma melhor validação e sustentação dos resultados.

O processo de validação subdividiu-se na avaliação da fidelidade e na análise da validade, onde foram trabalhadas as características da análise de conteúdo e da análise da validade de constructo.

Através da avaliação da fidelidade do instrumento, a CFPP revelou uma boa consistência interna, obtendo-se um *alpha de Cronbach* de 0,88, valor igual ou superior aos obtidos nos restantes países para os quais a escala se encontra validada. Mediante a análise diferenciada do *alpha* tendo em conta o sexo dos participantes, constatam-se valores mais elevados no sexo masculino, o que se revela oposto aos resultados obtidos nos outros estudos.

A correlação de cada item com o total do *score* do teste ratifica a unidimensionalidade da escala, uma vez que todos os itens apresentam uma correlação muito superior a 0,45. Confrontando os valores obtidos com os estudos de Stoll et al. (2016) ressalva-se a superioridade das correlações alcançadas na população portuguesa.

Os resultados elevados do coeficiente de *Spearman – Brown* ($r = 0,84$) obtidos na comparação das duas metades constata a boa consistência interna do instrumento e a forte correlação entre as duas metades da CFPP ($r = 0,72$).

Quanto à estabilidade temporal, estudada a partir do teste-reteste, verifica-se uma forte e significativa correlação ($r = 0,79$; $\text{sig} = 0,00$) entre os *scores* obtidos entre a primeira e a segunda administração da escala, garantindo desta forma a constância dos resultados ao longo do tempo (Ribeiro, 2010).

Ressalva-se que as últimas duas técnicas não foram realizadas pelos autores da escala na sua aferição, no entanto, estes procedimentos ratificam os resultados obtidos pelos mesmos, garantindo simultaneamente a adequabilidade da CFPP.

Numa segunda fase foi avaliada a validade da escala. Para tal, primeiramente realizou-se a análise da validade de conteúdo. Esta foi realizada recorrendo ao grupo de peritos que participou na tradução e adaptação cultural do instrumento, concluindo-se que a CFPP mede o medo do parto antes da gravidez, em população não grávida de ambos os sexos, tendo em conta as suas perspetivas, preocupações e receios inerentes a este acontecimento de vida, ou seja, o instrumento mede aquilo que se propõe medir.

Ressalva-se ainda que o medo do parto não é avaliado nas fases suscetíveis à intimidação (gravidez), recorre antes à imaginação e ao pressuposto da presença deste estágio do ciclo de vida. Esta conclusão recolhida pelo painel de especialistas corrobora as linhas pragmáticas definidas pelos autores (Stoll et al., 2016).

No que concerne à validade de constructo procedeu-se à realização da técnica de grupos de contraste, análise fatorial e validade divergente.

Reportando à avaliação da validade de constructo através da técnica dos grupos de contraste depreende-se que, embora sejam as mulheres com filhos que em média têm um medo do parto mais elevado ($\mu = 38,6$), não existem diferenças significativas entre os dois grupos em análise - mulheres com filhos vs mulheres sem filhos - ($\text{sig} = 0,81$).

Os resultados obtidos, embora à primeira vista possam parecer “descabidos” demonstram-se concordantes com as pesquisas de Pang et al. (2008), realizadas em Hong Kong junto de 259 mulheres com filhos que evidenciam um elevado medo do parto.

Do mesmo modo, estudos de Emmet et al. (2010), levados a cabo junto da população inglesa e escocesa ($N = 42$), demonstram igualmente o medo do parto sentido por mulheres já mães.

Mais recentemente, o estudo de Larkin et al. (2017) concretizado na Irlanda junto de 531 mulheres que já tinham dado à luz, revela ainda que, o medo do parto é influenciado pela experiência do mesmo. Assim, mulheres que já tenham tido filhos apresentam níveis mais elevados de medo do parto, principalmente quando este foi realizado por via vaginal, onde a dor é deveras mais sentida.

Após a avaliação do teste de *KMO* ($r = 0,83$) e do teste de esfericidade de *Bartlett* ($\text{sig} = 0,00$) verificamos que a técnica de análise fatorial era passível de ser realizada na nossa escala.

A análise de componentes principais, com rotação ortogonal pelo método *Varimax*, revelou a existência de 3 fatores, tal como na validação de Stoll et al. (2016), que explicam cerca de 70% da variância do instrumento.

As cargas fatoriais associadas a cada item tornam visíveis a distribuição dos mesmos por cada fator extraído.

O primeiro fator engloba o medo da dor e de perder o controlo e é composto pelos itens 1,2,3,4 e 6. Seguidamente, o segundo fator respeita ao medo das complicações do parto e é constituído pelos itens 5,7 e 8. Por último, o terceiro fator reporta ao medo das alterações físicas após o nascimento e conjuga os itens 9 e 10.

Mediante as pesquisas efetuadas podemos afirmar que os domínios obtidos reportam aos principais medos dos jovens universitários, demonstrando assim a sua articulação com os pressupostos teóricos (Stoll & Hall, 2013; Stoll et al., 2015; Hauck et al., 2016).

Todos os itens apresentam valores de comunalidades iguais ou superiores a 0,5 permitindo a perseveração da estrutura original do instrumento, sem que seja suprimido qualquer item. Desta forma, à vista da escala original, a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez é constituída por 10 itens e explicada por 3 fatores (Stoll et al. 2016).

Para a análise da validade divergente do instrumento, à semelhança do estudo de Stoll et al. (2016), recorreu-se à administração da EADS-21. Constata-se a inexistência de correlação entre a CFPP e o instrumento anteriormente referido ($r = -0,08$; $\text{sig} = 0,70$). As correlações do *score* da CFPP para cada uma das subescalas da EADS – 21 reiteram os

resultados anteriormente conhecidos, confirmando assim a não sobreposição do medo do parto à ansiedade, depressão ou stresse, ainda que possam teoricamente relacionar-se entre si.

Os coeficientes obtidos pelos autores do instrumento nos restantes países indicam igualmente a ausência de correlação entre as variáveis já mencionadas, enfatizando equitativamente o pressuposto da validade divergente.

O terceiro objetivo da presente investigação propunha-se à avaliação do medo do parto antes da gravidez em estudantes universitários portugueses.

A análise das experiências prévias dos jovens em relação ao parto evidencia que a maioria dos estudantes nunca assistiu ao vivo a um parto (90,5%). Por outro lado, aqueles que já vivenciaram esta experiência (9,5%) caracterizam-na essencialmente como intensa e assustadora.

De acordo com Hauck et al. (2016) e Thomson et al. (2016), são estas experiências que influenciam o nível de medo sentido face a este acontecimento de vida.

Recorrendo ao somatório das pontuações obtidas através da administração da CFPP na nossa amostra, conclui-se que os estudantes universitários apresentam níveis médio/elevados de medo do parto (mínimo = 10; máximo = 60; valor médio = 25; $\mu = 37,5$; DP = 10,41).

A média de medo do parto obtida na população portuguesa encontra-se mais elevada quando comparada com o estudo efetuado por Stoll et al. (2014), junto de estudantes da universidade de Colômbia (N = 3680). Neste, os *scores* de medo do nascimento variaram entre 17,73 (em estudantes caucasianos) e 20,51 (em estudantes asiáticos).

Numa outra perspetiva, Stoll e Hall (2013) incidiram as suas linhas de investigação em jovens estudantes canadianos com alto e baixo medo do parto (N = 2676). As autoras concluíram que 13,6% apresentavam *scores* elevados de medo do parto antes da gravidez, obtendo uma pontuação média de 23. Desta forma, são notórios os valores elevados do medo presentes nos jovens universitários portugueses, à vista dos estudantes canadianos.

Tendo ainda em consideração as investigações de Hauck et al. (2016), conduzidas numa amostra de 654 alunos australianos, verificam-se os elevados níveis de medo presentes

nesta população ($\mu = 43$), não podendo deixar de ressaltar a proximidade dos *scores* obtidos com os dos estudantes portugueses.

Mediante as conclusões descritas, constata-se assim que os estudantes universitários portugueses apresentam, em média, valores mais elevados do medo do parto antes da gravidez, contrastando assim com os *scores* obtidos em países como a Colômbia e o Canadá, aproximando-se de igual forma da média resultante na população australiana. (Stoll & Hall, 2013; Stoll, et al., 2014; Hauck et al., 2016).

Tendo em conta os três fatores extraídos no presente estudo, observando o número de itens que compõem cada fator e associando os valores mínimos e máximos passíveis de ser atingidos, verifica-se que a nossa amostra apresenta mais preocupação face ao medo da dor e de perder o controlo e ao medo das complicações do parto.

De modo geral estas conclusões condizem com a revisão da literatura realizada que aponta que por norma, os principais medos dos estudantes universitários incidem na dor do trabalho de parto, na imprevisibilidade do nascimento e até mesmo no medo de perder o controlo e conseqüentemente entrar em pânico (Stoll & Hall, 2013; Stoll et al., 2015; Hauck et al., 2016).

Atentando no último objetivo que tinha como finalidade associar o medo de dar à luz às escolhas prévias e preferências da via do parto em estudantes universitários, pôde-se, numa primeira instância, constatar que a maioria dos jovens que compõem a nossa amostra anseia ter filhos biológicos (69,72%). A conceção biológica e adotiva é também equacionada (23,55%) e a percentagem de jovens que não planeiam ter filhos é igualmente significativa (5,20%).

Por outro lado, assinala-se que, em média, os nossos participantes pretendem ter 2 filhos (51,7%).

Estas estatísticas correspondem aos nossos primeiro e segundo objetivos específicos delineados, contudo, os estudos realizados nos restantes países não fazem menção às condições obstétricas futuras dos jovens estudantes, nem ao número de filhos por eles idealizado. Como tal, não foi possível realizar uma comparação dos resultados acima descritos.

Através das estatísticas englobadas no nosso terceiro objetivo específico, conclui-se que a grande maioria da nossa amostra (76,5%), prefere o parto por via vaginal em detrimento da via transabdominal (23,5%).

A prevalência desta via foi evidente nos estudos de Stoll et al. (2009), realizado na Colômbia e no Canadá (N = 3680), onde cerca de 90% da amostra privilegia a via vaginal para dar à luz.

Do mesmo modo a investigação de Stoll et al. (2015), conduzida com 752 jovens adultos universitários, nos Estados Unidos da América, enfatiza a preferência pela via vaginal (86,4%) em detrimento da cesariana (13,6%).

Por outro lado, não podemos deixar de assinalar a disparidade dos nossos resultados para com estudos de Stoll e Hall (2013) e de Hauck et al. (2016), que reiteram a preferência pela cesariana. Esta divisão de opiniões e crenças pode ser explicada pela cultura dos países onde incidem as investigações.

Quanto aos motivos que influenciam as preferências pelas vias do parto, os nossos participantes exprimem uma opinião coesa: a via vaginal é a predileta pois é vista como a forma natural de dar à luz (48%). São igualmente notórios os motivos relacionados com o medo da cirurgia que é realizada aquando do parto por via transabdominal (13%), e privilegiadas as menores complicações e riscos inerentes ao parto por esta via (8%).

As justificações apontadas anteriormente corroboram a revisão da literatura realizada. Aqueles que concetualizam o parto vaginal como a forma natural de dar à luz tendem ainda a conceber um maior controlo sobre o seu corpo, perspetivando um vínculo mais seguro entre mãe e bebé. Por norma, o medo das intervenções cirúrgicas deve-se à maior probabilidade de hemorragia e conseqüentemente a maiores complicações pós-operatórias (Stoll, et al., 2009; Stoll et al., 2015; Hauck et al., 2016).

Embora as preferências pela via transabdominal não sejam tão prevalentes nos jovens universitários portugueses, as suas escolhas recaem essencialmente devido ao medo da dor do trabalho de parto (16%). São igualmente assinaladas as possibilidades de programação do nascimento (4%), bem como receios inerentes ao estreitamento do canal vaginal (3%).

Tais motivos corroboram a opinião de Stoll e Hall (2013) e Hauck et al. (2016), que distinguem a via transabdominal como uma escapatória à dor. Os mesmos autores afirmam que a cesariana é maioritariamente preferida devido às alterações corporais que possam impactar na vida sexual do casal, à imprevisibilidade do nascimento, ao medo do estreitamento do canal vaginal e até à possibilidade de programação e planeamento deste acontecimento marcante de vida.

Por último, associando o principal constructo avaliado na presente investigação (medo do parto) às escolhas prévias na nossa amostra, comprova-se que um maior medo do parto encontra-se associado às preferências pela via do mesmo ($r = 0,17$; $sig = 0,09$).

Tais resultados são igualmente expressos por Spice, Jones, Hadjistavropoulos, Kowalyk e Stewart (2009 citado por Stoll & Hall, 2013), que confirmam que o medo do parto é determinante nas escolhas do nascimento.

Conclusão

A experiência da maternidade, em particular do momento do nascimento, exerce uma enorme influência nas atitudes e perspectivas face a este acontecimento de vida.

Ainda assim, as pesquisas não podem ser dirigidas apenas a mulheres que já vivenciaram esta experiência ou que se encontrem no período gestacional. Abordar o medo do parto durante esta fase pode ser tarde demais, é necessária uma intervenção precoce (Stoll et al., 2016).

A compreensão dos receios e dos fatores que conduzem ao medo do parto é deveras importante junto daqueles que ambicionam ter filhos no futuro, visando assim uma pré-educação e desmistificação de crenças erróneas, por vezes existentes.

Desta forma, a existência de um instrumento capaz de medir o nível de medo do parto antes da gravidez, em população não grávida, torna-se um aliado no que toca à identificação precoce de jovens com níveis elevados de medo do parto, favorecendo assim a adequação de intervenções multidisciplinares junto desta população.

Através do presente estudo, procurou-se traduzir e validar a Escala do Medo do Parto antes da Gravidez para a população portuguesa, determinar os níveis de medo do parto em jovens universitários e associar o medo do nascimento dos estudantes às suas escolhas prévias da via do parto.

A CFPP revelou-se um instrumento com boas qualidades psicométricas, testadas ao nível da fidelidade e validade, não só na população portuguesa como em todos os países para os quais se encontra aferida.

Depreende-se uma boa consistência interna, a unidimensionalidade da escala, a sua estabilidade a nível temporal e ainda a divergência com constructos que, segundo a literatura, se apresentam muito relacionados com o temor ao parto.

Os jovens estudantes apresentam níveis médio elevados de medo do parto antes da gravidez, o que influencia as suas preferências no que concerne à via do nascimento.

Na população em análise a via vaginal demonstra-se a escolhida para dar à luz, devido essencialmente à conceção de que esta é a forma natural do nascimento. Já aqueles que

preferem a via transabdominal apontam como principal motivo o medo da dor do trabalho de parto.

Os resultados obtidos na presente investigação corroboram que também a população não-grávida, instruída e com acesso a informação apresenta receios e conceitualiza crenças que necessitam de ser clarificadas, evidenciando assim a importância da implementação de programas educativos junto desta população.

Ressalvam-se os contributos para a comunidade científica, conseguidos com a aferição de um recente instrumento de fácil aplicação para a população portuguesa, cujo objetivo de mensuração não está patente noutros instrumentos psicométricos.

Como em todos os estudos existem sempre algumas limitações inerentes, e são estas que fomentam o conhecimento científico.

Destaca-se assim a necessidade de criar pontos de corte na escala que permitam uma melhor análise dos níveis de medo do parto e, por outro lado sugere-se a continuidade da investigação nesta área, impulsionando a criação e implementação de programas de educação pré-parto e a conseqüente avaliação dos mesmos.

Em termos pessoais esta investigação proporcionou-me uma sensação de satisfação enorme na sua realização, não só porque é um tema que aprecio, mas porque também algumas das minhas crenças e dos meus medos foram desmistificados. Por outro lado, a experiência da validação de um instrumento psicométrico era algo muito desejado e pude concretizar este objetivo, já há algum tempo equacionado.

Referências

- Bagheri, A., Alavi, N., & Abbaszadeh, F. (2013). Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: A qualitative study. *Women and Birth*. 26 (1). 45-49.
- Ballesteros-Meseguer, C., Carrillo-García, C., Meseguer-de-Pedro, M., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M., (2016). Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 24 (1). 1-6.
- Barbosa, G., Giffin, K., Angulo-Tuesta, A., Gama, A., Chor, D., D'orsi, E., & Vaz dos Reis, A. (2003). Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Saúde Pública*. 19 (6). 16-20.
- Behzuri, R., Hatem, M., Goulet, L. & Fraser, W., (2011). The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BioMed Central*. 11 (2). 4-10.
- Borsa, J., Damásio, B., & Bandeira, D. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Rev. Paidéia*. 22 (53). 423-432.
- Budin, W., (2016). Back to Vaginal Birth After Cesarean. *The Journal of Perinatal Education*. 25 (1). 3-5.
- Chen, E., Gau, M., Liu, C., & Lee, T. (2017). Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Nursing Research and Practice*. 20 (8). 1-8.
- ChoobMasjedi, S., Hasani, J., Khorsandi, M., & Ghobadzadeh, M. (2012). Cognitive factors related to childbirth and their effect on women's delivery preference: a comparison between a private and public hospital in Tehran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 18 (11). 1127-1133.
- Costa, M., Oliveira da Silva, J., Silva, L., Galdino, C., & Brás, M. (2015). Parto: direito de escolha da mulher. *Saber Digital*. 8 (1). 146-163.
- Costa e Silva, S., Prates, R., & Campelo, B. (2014). Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Revista de Enfermagem UFSM*. 4 (1). 1-9.

- Curran, E., Cryan, J., Kenny, L., Dinan, T., Kearney, P., & Khashan, A. (2016). Obstetrical Mode of Delivery and Childhood Behavior and Psychological Development in a British Cohort. *Journal Autism Development Disorder*. 46 (4). 603-614.
- Damásio, B. (2012). Uso da Análise Fatorial Exploratória em Psicologia. *Rev. Avaliação Psicológica*. 11 (2). 213-228.
- Daniel, F., Gomes da Silva, A., & Ferreira, P. (2015). Contributo para a Discussão da Avaliação da Fiabilidade de um Instrumento de Medicação. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (7). 129-137.
- Eden, K., Hashima, J., Osterweil, P., Nygren, P., & Guise, J. (2004). Childbirth Preferences after Cesarean Birth: A Review of the Evidence. *BIRTH*. 31 (1). 49-60.
- Emmett, C., Montgomery, A., & Murphy, S. (2010). Preferences for mode of delivery after previous caesarean section: what do women want, what do they get and how do they value outcomes?. *Health Expectations*. 14 (1). 397-404.
- Fernandes da Silva, G. (2010). O Método Científico na Psicologia: Abordagem Qualitativa e Quantitativa. *Psicologia*. 20 (1). 1-10.
- Filho, D., & Júnior, J. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise factorial. *Rev. Opinião Pública*. 16 (1). 160-185.
- Freitas-Magalhães, A. (2011). A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano. 3ª Edição. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- González, M., Garriga, J., Capel, C., Roda, O., Capó, J. & Saladich, I. (2017). Is obstetric anal sphincter injury a risk factor for levator ani muscle avulsion in vaginal delivery?. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 49 (3). 257-262.
- Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J., & Hildingsson, I. (2012). Women's attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: A comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery*. 28 (1). 850-856.
- Hauck, Y., Stoll, K., Hall, W., & Downie, J. (2016). Association between childbirth attitudes and fear on birth preferences of a future generation of Australian parents. *Women and Birth*. 53 (2). 1-7.

- Hiersch, L., Bergel-Bson, R., Asher, D., Aviram, A., Gabby-Benziv, R., Yogev, Y., & Ashwal, E. (2017). Risk factors for post-partum hemorrhage following vacuum assisted vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 29 (5). 75-80.
- Horiuchi, S., Shimpuku, Y., Lida, M., Nagamatsu, Y., Eto, H., & Leshabari, S. (2016). Humanized childbirth awareness-raising program among Tanzanian midwives and nurses: A mixed-methods study. *International Journal of Africa Nursing Sciences.* 5 (10). 9-16.
- Ilhan, G., Atmaca, F., Eken, M., Tavukçuoğlu, Z., Ozel, A., Ozdemir, M., & Gungor, E. (2015). What is Turkish women's opinion about vaginal delivery?. *Journal Turkish Society Obstetric Gynecology.* 2 (1). 75-78.
- Jokić-Begić, N., Zigić, L., & Rados, N. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.* 35 (1). 22-28.
- Junior, T., Steffani, J., & Bonamigo, E. (2013). Escolha de via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Revista Bioética.* 21 (3). 509-517.
- Keogh, E., Ayers, S., & Francis, H. (2002). Does Anxiety Sensitivity Predict Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth? A Preliminary Report. *Cognitive Behaviour Therapy.* 31 (4). 145-155.
- Lamy, G., & Moreno, B. (2013). Assistência Pré-Natal e Preparo para o Parto. *Omnia Saúde.* 10 (2). 19-35.
- Larkin, P., Begley, C., & Devane, D. (2017). Women's preferences for childbirth experiences in the Republic of Ireland; a mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 17 (19). 1-10.
- Li, W., Yang, M., Wang, P., Juang, C., Chang, Y., Wang, H., Chen, C., & Yen, M. (2016). Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* 55 (3). 394-398.
- Lourenço, C., Silva, J., Castro, J., Veiga, M., & Carvalho, C. (2012). Ventosa Obstétrica: Uma Revisão da Literatura. *Arquivos de Medicina.* 26 (6). 254-263.

- Mandarino, N., Chein, M., Júnior, F., Brito, L., Lamy, Z., Nina, V., Mochel, E., & Neto, J. (2009). Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 25 (7). 1587-1596.
- Marotti, J., Galhardo, A., Furuyama, R., Pigozzo, M., Nakakuki de Campos, T., & Laganá, D. (2008). Amostragem em Pesquisa Clínica: Tamanho da Amostra. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*. 20 (2). 186-194.
- Martins, G. (2006). Sobre Confiabilidade e Validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. 8 (20). 1-12.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mazzieri, S., & Hoga, L. (2006). Participação do Pai no Nascimento e Parto: Revisão da Literatura. *REME*. 10 (2). 166-170.
- McCants, B., & Greiner, J. (2016). Prebirth Education and Childbirth Decision Making. *International Journal of Childbirth Education*. 31 (1). 24-27.
- Medeiros, R., Teixeira, R., Nicolini, A., Alvares, A., Corrêa, A., & Martins, D., (2016). Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 69 (6). 1091-1098.
- Melchiori, L., Maia, A., Bredariolli, R., & Hory, R. (2009). Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Interação em Psicologia*. 13 (1). 13-23.
- Mendes, N., Torres, R., Campos, A. & Serrano, F., (2014). Rotura uterina em mulheres com cesariana anterior em prova de trabalho de parto. *Acta Obstet. Ginecol. Port.* 8 (4). 377-384.
- Meredith, D. & Hugill, K. (2016). Once a caesarean, always a caesarean? Challenging perceptions around vaginal birth after caesarean. *British Journal of Midwifery*. 24 (9). 616-623.
- Moraes, L., Cardoso, M., Oriá, M. & Pereira da Silveira, I. (2001). Parto Normal ou Cesárea? Uma avaliação a partir da percepção de parturientes. *Revista RENE*. 2 (2). 87-93.

- Mousavi, S., Mortazavi, F., Chaman, R., & Khosravi, A. (2013). Quality of Live after Cesarean and Vaginal Delivery. *Oman Medical Journal*. 28 (4). 245-251.
- Munro, S., Janssen, P., Corbett, K., Wilcox, E., Bansback, N., & Kornelsen, J. (2017). Seeking control in the midst of uncertainty: Women's experiences of choosing mode of birth after caesarean. *Women and Birth*. 30 (1). 129-136.
- Murray-Davis, B., McVittie, J., Barrett, J., & Hutton, E. (2016). Exploring Women's Preferences for the Mode of Delivery in Twin Gestations: Results of the Twin Birth Study. *BIRTH*. 43 (4). 285-292.
- Navae, M., & Abedian, Z. (2015). Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 20 (1). 40-46.
- Nomura, R., Alves, E. & Zugaib, M., (2004). Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. 38 (1). 9-15.
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G., & Shahar, G. (2015). Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as moderators. *Psychology & Health*. 30 (4). 441-455.
- Oliveira dos Santos, L. (2003). O Medo Contemporâneo: Abordando suas Diferentes Dimensões. *Psicologia Ciência e Profissão*. 23 (2). 48-55.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada*. Lisboa: Autor.
- Oviedo, H., & Campo-Arias, A. (2005). Metodología de Investigación y Lectura Crítica de Estudios: Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 34 (4). 572-580.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 5 (2). 229-239.

- Pang, M., Leung, T., Lau, T., & Chung, T. (2008). Impact of First Childbirth on Changes in Women's Preference for Mode of Delivery: Follow-up of a Longitudinal Observational Study. *BIRTH*. 35 (2). 121-128.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos Testes Psicológicos: Será Possível Reencontrar o Caminho?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 23 (4). 99-107.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 43 (21). 992-999.
- Patel, R., Murphy, D., & Peters, T. (2005). Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *BMJ*. 10 (6). 1-4.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, T., & Oliveira-Filho, E. (2016). Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. *Universitas: Ciências da Saúde*. 14 (2). 187-199.
- Pinto, A. (1990). *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Primi, R. (2012). Psicometria: Fundamentos Matemáticos da Teoria Clássica dos Testes. *Rev. Avaliação Psicológica*. 11 (2). 297-307.
- Rahanama, P., Mohammadi, K., & Montazeri, A. (2016). Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reproductive Health*. 13 (7). 1-8.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro de Araújo, O., Albertoni, C., Lopes, V., Louzada, M., Lopes, A., Cabral, E., Afonso, M., & Araujo, M. (2008). Parto cesáreo e outros riscos para hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 20 (4). 394-397.
- Rondung, E., Thomtén, J., & Sundin, O. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*. 44 (1). 80-91.

- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., Ryding, E., & Saisto, T. (2014). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 36 (1). 1-9.
- Ruiz, M., & Limonero, J., (2013). Professional attitudes towards normal childbirth in a shared care unit. *Midwifery*. 30 (2014). 817- 824.
- Ryding, E., Lukasse, M., Parys, A., Wangel, A., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A., & Schei, B., (2015). Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. *Birth*. 42 (1). 48 -55.
- Salomonsson, B., Gullberg, M., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 34 (3). 116-121.
- Sánchez, J., Martínez-Ros, M., Castaño-Molina, M., Nicolás-Vigueras, M. & Martínez-Roche, M., (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal: Un estudio cualitativo. *Aquichan*. 16 (3). 370-381.
- Sarmiento, R., & Setúbal, M., (2003). Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. *Revista Ciências Médicas*. 12 (3). 261-268.
- Seibert, S., Barbosa, J., Maia dos Santos, J., & Vargens, O. (2005). Medicalização e Humanização: O Cuidado ao Parto na História. *Rev. Enfermagem*. 13 (2). 45-51.
- Serçekus, P., Cetisli, N., & Inci, F. (2015). Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 6 (2). 182-185.
- Shahoei, R., Rezaei, M., Ranaei, F., Khosravy, F., & Zaheri, F. (2014). Kurdish women's preference for mode of birth: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*. 20 (1). 302-309.
- Shifraw, T., Berhane, Y., Gulema, H., Kendall, T., & Austin, A. (2016). A qualitative study on factors that influence women's choice of delivery in health facilities in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16 (3). 1-6.

- Son, M., Roy, A. & Grobman, W., (2017). Attempted operative vaginal delivery vs repeat cesarean in the second stage among women undergoing a trial of labor after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 216 (407). 1-5.
- Sondgeroth, K., Stout, M., Graseck, A., Roehl, K., Macones, G. & Cahill, A. (2015). Progress of induce labor in trial of labor after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 213 (420). 1-5.
- Souza dos Reis, S., Penteadó, C., Chaktin, M., Estrela, M., Porto, P., & Munaretto, M. (2009). Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*. 53 (1). 7-10.
- Stoll, K., Fairbrother, N., Carty, E., Jordan, N., Miceli, C., Vostrcil, Y., & Willihnganz, L. (2009). “It’s All the Rage These Days”: University Students’ Attitudes Toward Vaginal and Cesarean Birth. *BIRTH*. 36 (2). 133-140.
- Stoll, K., & Hall, W. (2013). Attitudes and Preferences of Young Women With Low and High Fear of Childbirth. *Qualitative Health Research*. 23 (11). 1495-1505.
- Stoll, K., Hall, W., Janssen, P., & Carty, E. (2014). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study oh childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*. 30 (8). 220-226.
- Stoll, K., Edmonds, J., & Hall, W. (2015). Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *BIRTH*. 42 (3). 270-276.
- Stoll, K., Hauck, Y., Downe, S., Edmonds, J., Gross, M., Malott, A., McNiven, P., Swift, E., Thomson, G., & Hall, W. (2016). Cross-cultural development and phychemetric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 20 (1). 1-6.
- Sydsjo, G., Bladh, M., Lilliecreutz, C., Persson, A., Vyoni, H., & Josefsson, A. (2014). Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth – a retrospective case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14 (2). 12-24.

- Thomson, G., Stoll, K., Downe, S., & Hall, W. (2016). Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 10 (1). 1-8.
- Torkan, B., Parsay, S., Lamyian, M., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2009). Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 9 (4). 1-7.
- Valenti, E., Almada, R., Presta, E., & Gowdak, A. (2010). Guía de Práctica Clínica: Parto Instrumental. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 29 (3). 123-133.
- Viana, L., Ferreira, K., & Mesquita, M., (2014). Humanização do Parto Normal: Uma Revisão de Literatura. *Rev. Saúde em Foco*. 1 (2). 134-148.
- Weidle, W., Medeiros, C., Grave, M., & Morelo Dal Bosco, S. (2014). Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. Saúde. Colet*. 22 (1). 46-53.
- Zgheib, S., Kacim, M., & Kostev, K. (2017). Prevalence of and risk factors associated with cesarean section in Lebanon – A retrospective study on a sample of 29,270 women. *Rev. Women and Birth*. 64 (3). 1-7.

ANEXOS

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO
SOCIODEMOGRÁFICO**

Questionário Sociodemográfico

- 1. Sexo**
- Masculino
- Feminino
- 2. Idade** _____ anos
- 3. Estado Civil**
- Solteiro(a)
- Casado(a)/União de Facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outros**
- Relação Amorosa
- Qual? _____
- 4. Habilitações Literárias**
- 1º Ciclo
- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra
- Qual? _____

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE
EXPERIÊNCIA PESSOAL ASSOCIADA AO
PARTO**

Questionário de Experiência Pessoal Associada ao Parto

1. Já alguma vez assistiu ao vivo a algum parto?

1.1.1. Sim

1.2.1. Não

1.2. Se sim, como descreve a experiência?

1.2.1. Assustadora 1.2.2. Surpreendente

1.2.3 Intensa 1.2.4. Normal

1.2.5 Impessoal 1.2.6. Outra

Qual? _____

1.3. Se sim, assistiu ao parto de quem?

1.3.1. Membro de família 1.3.2. Amiga

1.3.3 Paciente durante formação prática em áreas de saúde

1.3.4 Outra Qual? _____

2. Faz parte dos seus projetos ter filhos no futuro?

2.1.1 Não 2.1.2. Sim, mas biológicos

2.1.3. Sim, mas adotivos 2.1.4. Sim, mas biológicos e adotivos

2.1.5. Outra Qual? _____

2.2 Se sim, quantos filhos gostaria de ter? _____

3. Imagine que você (ou a sua parceira) está grávida! Assumindo que a gravidez é de baixo risco e que poderia escolher o tipo de parto para o seu bebê, preferia:

3.1.1 Parto Vaginal

3.1.2. Parto por Cesariana

3.2. Se referiu parto vaginal, por favor indique porque prefere o parto vaginal (marque todas as que se apliquem)

3.2.1 Medo da cesariana/cirurgia

3.2.2 O parto vaginal é a forma natural/normal de dar à luz

3.2.3 O parto vaginal tem menos complicações/riscos

3.2.4 O parto vaginal é melhor, mais seguro e mais saudável para a mãe

3.2.5 O parto vaginal é melhor, mais seguro e mais saudável para o bebê

3.2.6 O parto vaginal tem uma recuperação mais rápida

3.2.7 O parto vaginal é associado a uma menor dor no período pós-parto

3.2.8 Para evitar a cicatriz da cesariana

3.2.9 Outra Qual? _____

3.3. Se referiu parto por cesariana, por favor indique porque prefere o parto por cesariana (marque todas as que se apliquem)

3.3.1 Medo da dor do trabalho de parto

3.3.2 Medo de sofrer maus tratos por parte da equipa médica durante o trabalho de parto vaginal

3.3.3 Para evitar danos no meu corpo (ou no da minha parceira) e manter a integridade vaginal

3.3.4 O parto por cesariana é melhor, mais seguro e mais saudável para o bebê

3.3.5 O parto por cesariana é melhor, mais seguro e mais saudável para a mãe

3.3.6 História familiar de parto por cesariana

3.3.7 Eu (ou a minha parceira) posso/pode ser muito estreita para o parto vaginal

3.3.8 O parto por cesariana permite programar/planificar o nascimento

3.3.9 Rapidez do procedimento

3.3.10 Outra Qual? _____

**ANEXO C – ESCALA DO MEDO DO
PARTO ANTES DA GRAVIDEZ
(versão portuguesa)**

Escala do Medo do Parto antes da Gravidez

As questões que se seguem remetem para as suas atitudes e sentimentos face a uma eventual gravidez e ao trabalho de parto. Não é necessário que esteja atualmente numa relação ou numa situação de gravidez para responder às mesmas.

Por favor, indique qual das opções de resposta abaixo indicadas descreve melhor a sua posição acerca desta temática, tendo em conta que 1 significa um total desacordo e 6 uma concordância plena.

É importante a opinião não só de mulheres que equacionem engravidar, mas também daqueles que poderão auxiliar as mesmas em todo o processo. Desta forma, solicita-se que os itens que se seguem sejam adaptados consoante o papel de cada um.

Exemplo: Penso que eu (ou a minha parceira) me vou sentir mal (se vá sentir mal) durante o parto.

Mulheres: Penso que me vou sentir mal durante o parto.

Parceiros: Penso que a minha parceira se vai sentir mal durante o parto.

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo fortemente
1. Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte						
2. Sinto que eu não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento						
3. Tenho medo que eu possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto						
4. Tenho medo do nascimento						
5. Tenho receio de que algo de mal possa acontecer ao bebé						
6. Tenho medo que eu possa perder o controlo durante o parto						

7. Tenho receio das complicações durante o parto						
8. O nascimento é algo imprevisível e arriscado						
9. Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo.						
10. Tenho receio que o meu corpo nunca mais seja o mesmo depois do parto						

**ANEXO D – CHILDBIRTH FEAR
PRIOR TO PREGANCY (versão original)**

The following items assess your attitudes and feelings towards pregnancy, labour, and birth. Please note that you do not need to currently be in a relationship to rate these statements.

Please rate how strongly you agree or disagree with the following statements by clicking one of the 6 response options below. Both women planning a future pregnancy and those persons planning to support a pregnant woman are encouraged to rate the items according to their role (i.e. their role as a pregnant woman or their role as her partner).

Example: I think I (my partner) will feel beautiful when I am (she is) pregnant.

Women: I think I will feel beautiful when I am pregnant

Partners: I think my partner will feel beautiful when she is pregnant

	Strongly Disagree	Disagree	Somewhat Disagree	Somewhat Agree	Agree	Strongly Agree
1. I am worried that labour pain will be too intense.						
2. I feel I (my partner) will not be able to handle the pain of childbirth.						
3. I am afraid that I (my partner) might panic and not know what to do during labour and birth.						
4. I am fearful of birth.						
5. I am worried that harm might come to the baby.						

6. I am afraid that I (my partner) will be out of control during labour and birth.						
7. I fear complications during labour and birth.						
8. Birth is unpredictable and risky.						
9. I am afraid of what the labour and birth process will do to my (my partner's) body.						
10. I am afraid that my (my partner's) body will never be the same again after birth.						

**ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E
STRESS – 21 ITENS**

EADS-21

Nome _____ Data ___/___/___

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

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

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

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

**ANEXO F- AUTORIZAÇÃO
DOS AUTORES**

Instrument Childbirth Fear – Prior to Pregnancy (CFPP)



Caixa de entrada x



Pessoas (2)

 **Marlene de Jesus da Silva Ferreira** <27934@ufp.edu.pt> 13/10 ☆  

para kstoll ▾

Hi Mrs. Kathrin Stoll,
My name is Marlene Ferreira and I study in Portugal at the University Fernando Pessoa.
At this time, I attend a master's degree in Clinical and Health Psychology and my master's thesis theme is Pregnancy.

I read your article "Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy" and I'm very keen to validate your instrument (Childbirth Fear – Prior to Pregnancy (CFPP)), to the Portuguese population, thus demonstrating the contribution of this important issue to another culture.

So, I ask permission of your excellency for the validation of this important instrument, and is it possible to provide the instrument as well as information about it to perform this inquiry?

Thank you for all your attention. If you need more information of some sort I will be at your disposal.

Best regards,

...

kstoll

Adic. a círcs.



[Mostrar detalhes](#)

----- Forwarded message -----

From: <kstoll@alumni.ubc.ca>

Date: 2016-11-08 20:17 GMT+00:00

Subject: Re: Adaptation of the CFPP scale in Portugal

To: ZéliaUFP <zelia@ufp.edu.pt>

Hello,

You may use any items you want from the survey and have permission to use the scale. Please reference our paper when you publish your findings (the paper that describes the CFPP development) and let me know the average scores for your Portuguese sample. I like to keep track of the scores.

All the best, Kathrin

...