

# Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem

Building trust to childbirth: assessment of a nursing intervention programme

Construir la confianza para el parto: evaluación de un programa de intervención en enfermería

Ana Paula Prata Amaro de Sousa\*<sup>ID</sup>; Célia Samarina Vilaça de Brito Santos\*\*<sup>ID</sup>; Maria Margarida Reis Santos Ferreira\*\*\*<sup>ID</sup>

## Resumo

**Enquadramento:** A autoeficácia da mulher durante o trabalho de parto influencia a forma como este é percebido e afeta a sua satisfação com a experiência de parto. Vários estudos demonstraram ser necessário que a preparação para o parto incorpore e reforce este conceito.

**Objetivo:** Avaliar a eficácia do programa Construir a Confiança para o Parto na perceção de autoeficácia das grávidas para lidarem com o trabalho de parto.

**Metodologia:** Estudo longitudinal, quasi-experimental, pré e pós-teste, com medidas repetidas. Realizado numa instituição do Norte de Portugal. Amostra de 66 grávidas no grupo experimental e 55 no grupo controlo. Utilizado o Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto.

**Resultados:** As expectativas de autoeficácia aumentaram de forma extremamente significativa ao longo do tempo no grupo experimental ( $F(1,81; 118) = 37,26; p = 0,000$ ). Não se encontraram diferenças com significado estatístico entre os grupos ( $F(1; 119) = 3,39; p = 0,068$ ).

**Conclusão:** O programa promoveu um aumento significativo da autoeficácia da grávida para lidar com o trabalho de parto, embora sem diferenças significativas com o grupo controlo.

**Palavras-chave:** educação pré-natal; trabalho de parto; autoeficácia; enfermeiras obstétricas

## Abstract

**Background:** The self-efficacy of the woman during labor influences its perception and affects her satisfaction with the childbirth experience. Several studies have shown that childbirth preparation classes need to integrate and reinforce this concept.

**Objective:** To assess the effectiveness of the Build Trust to Childbirth programme in the perception of labor self-efficacy of pregnant women.

**Methodology:** Longitudinal, quasi-experimental study, with pre- and post-test with repeated measures. Conducted in an institution of northern Portugal. Sample of 66 pregnant women in the experimental group and 55 in the control group. The Childbirth Self-Efficacy Inventory was used.

**Results:** The self-efficacy expectations increased very significantly over time in the experimental group ( $F(1.81; 118) = 37.26; p = 0.000$ ). There were no statistically significant differences between the groups ( $F(1; 119) = 3.39; p = 0.068$ ).

**Conclusion:** The programme promoted a significant increase in labor self-efficacy of the pregnant woman, with no significant differences with the control group.

**Keywords:** prenatal education; labor, obstetric; self efficacy; nurse midwives

## Resumen

**Marco contextual:** La autoeficacia de la mujer durante el parto influye en la forma como este se percibe y afecta a su satisfacción con la experiencia del parto. Varios estudios demostraron que es necesario que la preparación para el parto incorpore el refuerzo de este concepto.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del programa Construir la Confianza para el Parto en la percepción de la autoeficacia de las embarazadas para lidiar con el trabajo del parto.

**Metodología:** Estudio longitudinal, cuasiexperimental, pre y postest, con medidas repetidas. Se realizó en una institución del norte de Portugal. La muestra estuvo formada por 66 embarazadas en el grupo experimental y 55 en el grupo de control. Se utilizó el Cuestionario de Autoeficacia en el Trabajo del Parto.

**Resultados:** Las expectativas de autoeficacia aumentaron de forma extremadamente significativa a lo largo del tiempo en el grupo experimental ( $F(1,81; 118) = 37,26; p = 0,000$ ). No se encontraron diferencias con significado estadístico entre los grupos ( $F(1; 119) = 3,39; p = 0,068$ ).

**Conclusión:** El programa promovió un aumento significativo de la autoeficacia de la embarazada para lidiar con el trabajo del parto, aunque sin diferencias significativas con el grupo de control.

**Palabras clave:** educación prenatal; trabajo de parto; autoeficacia; enfermeras obstétricas

\*Ph.D., Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [prata@esenf.pt]. <sup>ID</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7552-9716>. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica; recolha de dados; tratamento e avaliação estatística; análise de dados e discussão, escrita do artigo. Morada para correspondência: Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072, Porto, Portugal.

\*\*Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [celiasantos@esenf.pt]. <sup>ID</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9198-2668>. Contribuição no artigo: análise de dados e discussão, escrita do artigo.

\*\*\*Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [mrs@esenf.pt]. <sup>ID</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>. Contribuição no artigo: análise de dados e discussão, escrita do artigo.

## Introdução

A preparação para o parto, em Portugal, é considerada um direito, explanado na Lei nº 142/99 de 31 de agosto (1999). Configura-se como uma intervenção útil na preparação da mulher/casal, sendo o seu principal objetivo ensinar à grávida/casal técnicas que apoiam a utilização de estratégias de *coping* adequadas à gestão do trabalho de parto. Apesar de já ser efetuada em várias instituições de saúde do nosso país há vários anos, a sua eficácia não se encontra comprovada na promoção da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto.

A teoria cognitivo-comportamental tem enfatizado a importância dos profissionais de saúde conhecerem e atuarem sobre os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as atitudes dos utentes, para contribuir para o controlo da dor, do bem-estar e da adaptação dos indivíduos (Prata, 2016; Zinken, Cradock, & Skinner, 2008). Relativamente ao parto, os estudos demonstram que a autoeficácia influencia a forma como este é percebido, recomendando os autores que as sessões de preparação para o parto (PPP) incorporem e reforcem a teoria de autoeficácia no seu *curriculum* (Ip, Chan, & Chien, 2005; Cunqueiro, Comeche, & Do-campo, 2009; Prata, 2016).

Considera-se que as sessões de PPP contribuem para empoderar a mulher/casal, pois contribuem para a aquisição de informação sobre trabalho de parto e parto, delineamento de objetivos realistas, aprendizagem de estratégias de *coping* para a gestão da dor, e concorrem para a tomada de decisão informada e obtenção de um sistema de apoio adequado de outras pessoas significativas e de profissionais de saúde. Entender a percepção de autoeficácia da mulher no pré-parto pode ajudar os profissionais de saúde a prepararem adequadamente a grávida para o parto e, dessa forma, contribuir para a promoção de uma experiência de parto mais positiva (Prata, Santos, & Reis Santos, 2009). A autoeficácia foi aplicada em diversos estudos de investigação sobre confiança materna e resultado do parto (Ip et al., 2005; Cunqueiro et al., 2009), contudo, em Portugal não se encontraram estudos sobre a promoção da autoeficácia na gravidez nem sobre a sua influência na satisfação com o parto.

Neste sentido, e para promover a autoeficácia

no trabalho de parto e parto, foi desenvolvido o programa Construir a Confiança para o Parto (CCpP).

O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia do programa CCpP na percepção de autoeficácia das grávidas para lidar com o trabalho de parto.

## Enquadramento

O programa de intervenção CCpP foi desenvolvido com base na teoria da autoeficácia de Albert Bandura, na filosofia Lamaze para o século XXI e no modelo de promoção da saúde de Nola Pender, após se ter efetuado uma revisão da literatura e dois estudos: um exploratório, de cariz qualitativo, com o objetivo de identificar um conjunto de intervenções de enfermagem adequadas à promoção da autoeficácia no trabalho de parto e um estudo de consensos, de cariz quantitativo, com o objetivo de validar a relevância e aplicabilidade das intervenções identificadas (Prata, 2016).

A teoria social cognitiva de Albert Bandura expõe que as crenças de autoeficácia, relevantes para a proteção da resposta fisiológica ao stress (Pereira & Almeida, 2004), são originadas pelos significados que as pessoas atribuem à informação que obtêm através de experiências pessoais de sucesso, observação do desempenho dos outros, persuasão verbal e percepção dos estados somáticos e emocionais (Bandura, 1997; Pajares, 2002; Pereira & Almeida, 2004; Baptista, Santos, & Dias, 2006; Zinken et al., 2008). São crenças pessoais acerca da capacidade para ultrapassar os obstáculos, contudo não basta que as capacidades estejam presentes, a pessoa tem de acreditar que as possui e que, por isso, consegue concretizar determinada linha de ação (Prata et al., 2009). A autoeficácia no trabalho de parto e parto inclui as expectativas de autoeficácia (avaliação da grávida acerca da sua capacidade para realizar um determinado comportamento na fase ativa do trabalho de parto e no período expulsivo), essenciais nos momentos da autorregulação do comportamento relativo à saúde, e às expectativas de resultado (avaliação da grávida de que esse comportamento leva a um determinado resultado nas duas fases de trabalho de parto), importantes para a formação da intenção (Pereira & Almeida, 2004).

A filosofia Lamaze declara a normalidade do nascimento, reconhece a capacidade inerente à mulher de parir e promove as práticas para um nascimento saudável (Lamaze International, 2013). De acordo com esta filosofia, a mulher em trabalho de parto deve estar rodeada de profissionais de saúde e de familiares que acreditem e que a ajudem a confiar na sua capacidade para ter o filho e a mobilizar-se livremente de forma a sentir-se confortável.

Ter o filho em segurança, encontrar conforto durante o trabalho de parto, elaborar um plano de parto, preparar para a tomada de decisão informada e para comunicar com os profissionais de saúde, melhorar o conhecimento sobre parto normal e apresentar a evidência científica, são objetivos dos programas de preparação para o parto baseados nesta filosofia (Romano & Lothian, 2008; Prata, 2016). O modelo de promoção da saúde de Nola Pender surgiu com o propósito de se compreender quais os determinantes do comportamento que deveriam ser a base para o aconselhamento em saúde. Segundo Pender (2011), este modelo está assente no princípio de que o indivíduo, de acordo com a sua natureza multidimensional, deve ser visto de forma holística. Fundamenta-se na teoria da expectativa-valor e na teoria social cognitiva, de Albert Bandura, sendo a autoeficácia uma das crenças pessoais incluídas nesta teoria, conceito central do modelo (Pender, 2011). Desta forma, afigura-se como um recurso útil na preparação da mulher/casal para a tomada de decisão e para a participação ativa no trabalho de parto e parto. Estes pressupostos teóricos e as intervenções de enfermagem identificadas nos estudos realizados permitiram elaborar o programa CCpP, com o objetivo de promover a autoeficácia no trabalho de parto, e com a finalidade de possibilitar que a mulher obtenha uma maior satisfação com a experiência de parto.

É um programa centrado no cliente, pois reconhece os conhecimentos e capacidades inerentes à mulher para parir e valoriza as suas crenças. Apresenta, no seu desenvolvimento: uma abordagem comportamental, que tem em vista alterar as atitudes e os comportamentos das grávidas relacionados com o parto, de forma a encorajar um envolvimento ativo nesse processo; uma abordagem cognitiva, ajudando a grávida/casal a modificarem a sua forma de pensar, adotando atitudes positivas que visam

umentar a autoconfiança e a autoconsciência; e uma abordagem educacional e de empoderamento, que tem como objetivo informar e ensinar sobre autoeficácia e trabalho de parto, no sentido de facilitar as escolhas e a tomada de decisão informada de forma a promover a autoeficácia.

O programa, dirigido a grávidas/casais com 20 anos ou mais e com 28 ou mais semanas de gestação, desenvolve-se em duas sessões teóricas, quatro teórico-práticas, uma visita ao bloco de partos e um contacto individual. Cada sessão tem duração de 90 minutos e é de frequência semanal. As sessões integram até 12 participantes.

## Questão de investigação

O programa CCpP é eficaz na promoção da autoeficácia das mulheres, para lidarem com o trabalho de parto?

## Hipóteses

H1: A autoeficácia para lidar com o trabalho de parto aumenta significativamente nas grávidas que completaram o programa CCpP.

H2: As grávidas que completaram o programa CCpP reportam uma autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente maior que as grávidas que frequentaram as sessões *standard*.

## Metodologia

Estudo de cariz quantitativo, longitudinal, quasi-experimental, pré e pós-teste, com medidas repetidas. Amostra não probabilística, de conveniência. Critérios de inclusão: estar grávida; ter 20 ou mais anos de idade; ter 28 ou mais semanas de gestação e querer participar na preparação para o parto, na instituição. Critérios de exclusão: ter programado cesariana eletiva; já ter efetuado preparação para o parto e não aceitar participar em todas as fases do estudo. Das 246 grávidas que aceitaram participar no estudo, entre o 1º e o 2º momento de avaliação perderam-se 89 (36%), 36 do grupo experimental, e no 3º momento 36 (23%), 18 do grupo

experimental. Os principais motivos de perda foram causas clínicas e não preenchimento do questionário no 3º momento de avaliação. As participantes eram inscritas nas sessões de PPP de acordo com as suas disponibilidades. As que pretendiam realizar as sessões às terças e quintas-feiras integravam o grupo experimental, as outras eram alocadas ao grupo controlo.

A colheita de dados foi efetuada numa instituição da região Norte de Portugal, entre janeiro de 2011 e setembro de 2012, em três momentos: Pré-teste ( $M_1$ ) - recolha de dados realizada na consulta pré-natal, entre as 28 e 32 semanas de gestação, às participantes dos dois grupos, no momento da aceitação de participação na PPP; Pós-teste ( $M_2$ ) - entre as 37 e as 39 semanas de gestação, após participar na PPP (programa CCpP e curso de PPP, segundo o método psicoprofilático); *Follow-up* ( $M_3$ ) - 48 a 72 horas após o parto.

A implementação do programa CCpP foi realizada pela investigadora e por duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia da instituição, com experiência em preparação para o parto. No sentido de minimizar as diferenças de procedimento entre os vários elementos da equipa de investigação, realizou-se uma fase preparatória que teve como objetivos dar a conhecer o programa, o instrumento de recolha de dados e uniformizar conceitos. A avaliação foi efetuada por questionário, previamente entregue às participantes em envelope fechado e posteriormente devolvido no serviço.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o Questionário de Autoeficácia no Trabalho de Parto (QAETP) de Nancy Lowe (1993), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Neves (2010), tendo sido concedida autorização pelas duas autoras. Este instrumento consiste num questionário de autorrelato, com duas subescalas de 15 e 16 itens e uma grelha de resposta tipo Likert de 10 pontos. O *score* final resulta do somatório da pontuação das subescalas. Uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de autoeficácia. O estudo da consistência interna do QAETP revelou um valor do coeficiente *alpha* de Cronbach (baseado nos itens standardizados) para a escala total de 0,96, e para cada subescala, valores que variavam entre 0,87 e 0,95. Estes resultados

estão em sintonia com os valores encontrados por outros autores (Lowe, 1993; Howharn, 2008; Neves, 2010) e permitem afirmar que o QAETP concede confiança nos resultados, pois apresenta valores de consistência interna com fiabilidade elevada.

Com recurso a medidas de tendência central, de dispersão e aos testes paramétricos (*t*-Student para amostras independentes e emparelhadas e análise de variância e F-ANOVA, para medidas repetidas) foi efetuado o tratamento estatístico dos dados no programa IBM SPSS Statistics, versão 21.0, para Windows.

Todos as participantes assinaram o termo de consentimento informado e o estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração após parecer positivo da Comissão de Ética da Instituição.

## Resultados

A amostra constituiu-se por 121 grávidas, 66 no grupo experimental e 55 no grupo controlo. Eram maioritariamente casadas, tinham o ensino superior e uma idade que variou entre os 20 e os 41 anos no grupo experimental e controlo, sendo a média de 31,17 ( $DP = 4,28$ ) e de 32,9 ( $DP = 4,14$ ) anos, respetivamente. Quanto à equivalência dos grupos, verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa.

No primeiro momento de avaliação ( $M_1$ ), pré-intervenção (Tabela 1), no que respeita às expectativas de resultado para a fase ativa do trabalho de parto (FATP), após aplicação do teste *t* de *Student* para amostras independentes, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $t(117,9) = -0,971$ ;  $p = 0,334$ ). Apurou-se, no entanto, que as grávidas do grupo controlo tinham em média expectativas de resultado para a FATP mais altas ( $M = 8,41$ ;  $DP = 0,61$ ) do que as participantes do grupo experimental ( $M = 8,29$ ;  $DP = 0,81$ ). No período expulsivo (PE; Tabela 1) foram, também, as grávidas do grupo controlo que apresentaram uma mais elevada expectativa de resultado ( $M = 8,58$ ;  $DP = 1,08$ ), não se observando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $t(119) = -1,23$ ;  $p = 0,221$ ).

Tabela 1

*Resultados do teste t de Student relativamente às expetativas de resultado*

	Grupo				<i>t</i>	<i>p</i>
	Experimental		Controlo			
Expetativas de resultado	<i>n</i>	Média ( <i>DP</i> )	<i>n</i>	Média ( <i>DP</i> )		
FATP	66	8,29 (0,81)	55	8,41 (0,61)	-0,97	0,334
PE	66	8,34 (1,09)	55	8,58 (1,08)	-1,23	0,221

*Nota.* FATP = fase ativa do trabalho de parto; PE = período expulsivo; *n* = tamanho da amostra; *DP* = desvio padrão; *p* = teste de significância; *t* = teste *t.w*

Quanto às expetativas de autoeficácia na FATP (Tabela 2), as mulheres do grupo controlo apresentaram uma média mais alta ( $M = 7,60$ ;  $DP = 1,40$ ) do que as que integraram o grupo experimental, verificando-se haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $t(119) = -2,53$ ;  $p = 0,013$ ). As grávidas que pertenciam ao grupo controlo tinham uma ex-

petativa de autoeficácia na FATP mais alta que as do grupo experimental. Relativamente às expetativas de autoeficácia no PE, a média foi de 6,63 ( $DP = 1,83$ ) no grupo experimental e de 7,38 ( $DP = 1,03$ ) no grupo controlo, tendo as participantes do grupo controlo uma expectativa de autoeficácia no PE significativamente mais alta do que as do grupo experimental.

Tabela 2

*Resultados do teste t de Student relativamente às expetativas de autoeficácia*

	Grupo				<i>t</i>	<i>p</i>
	Experimental		Controlo			
Expetativas de autoeficácia	<i>n</i>	Média ( <i>DP</i> )	<i>n</i>	Média ( <i>DP</i> )		
FATP	66	6,85 (1,79)	55	7,60 (1,40)	-2,53	0,013*
PE	66	6,63 (1,83)	55	7,38 (1,03)	-2,46	0,015*

*Nota.* FATP = fase ativa do trabalho de parto; PE = período expulsivo; *n* = tamanho da amostra; *DP* = desvio padrão; *p* = teste de significância; *t* = teste *t*. \*Significativo para  $p \leq 0,05$ .

Estes resultados levaram a inferir que as duas amostras em estudo eram equivalentes para todas as variáveis, com exceção das relativas às expectativas de autoeficácia.

No pós-teste ( $M_2$ ), a média relativamente às expetativas de resultado foi igual nos dois grupos (Tabela 3). Em contraste, apurou-se

que a média das expetativas de autoeficácia no grupo controlo ( $M = 16,4$ ;  $DP = 2,1$ ) foi ligeiramente superior à do grupo experimental ( $M = 16,3$ ;  $DP = 2,4$ ). Observou-se, no entanto, que houve um maior aumento do valor da média das expetativas de autoeficácia no grupo experimental entre os dois momentos.

Tabela 3

Autoeficácia no trabalho de parto, por grupo, nos dois momentos de avaliação

Grupo	Expetativas de resultado		Expetativas de autoeficácia	
	Média	DP	Média	DP
Pré-teste (M1)				
Experimental ( $n = 66$ )	16,6	1,7	13,5	3,5
Controlo ( $n = 55$ )	17,0	1,6	15,0	2,8
Pós-teste (M2)				
Experimental ( $n = 66$ )	17,3	1,4	16,3	2,4
Controlo ( $n = 55$ )	17,3	1,6	16,4	2,1

Nota. M1 = avaliação no momento um; M2 = avaliação no momento dois;  $N$  = amostra;  $n$  = tamanho da amostra; DP = desvio padrão.

Relativamente à medição efetuada no *follow-up* (M3), a média das expetativas de resultado aumentou no grupo controlo ( $M = 17,6$ ;  $DP = 1,7$ ), tornando-se, tenuemente, superior à média do grupo experimental ( $M = 17,4$ ;  $DP = 1,7$ ). Da mesma forma, observou-se que a média das expetativas de autoeficácia no grupo controlo ( $M = 17,0$ ;  $DP = 1,9$ ) era superior à do grupo experimental ( $M = 16,4$ ;  $DP = 2,7$ ). Para dar resposta à hipótese “A autoeficácia para lidar com o trabalho de parto aumenta significativamente nas mulheres que completaram o programa CCpP” efetuou-se o teste ANOVA para medidas repetidas, numa amostra de 66 participantes.

Os resultados evidenciaram que houve um aumento das expetativas de resultado ao longo do tempo,  $F(2; 130) = 6,01$ ;  $p = 0,003$ . O teste *post hoc* Bonferroni revelou uma diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e o pós-teste ( $p = 0,008$ ) e entre o pré-teste e o *follow-up* ( $p = 0,004$ ), não se verificando diferenças significativas entre o pós-teste e o *follow-up* ( $p = 0,590$ ).

No que diz respeito às expetativas de autoeficácia, não se verificou existir esfericidade, pelo que foi necessário corrigir o teste  $F$  de ANOVA, de acordo com o fator de correção de Greenhouse-Geisser. Os resultados comprovaram que houve um aumento extremamente significativo das expetativas de autoeficácia ao longo do tempo ( $F(1,81; 117,94) = 37,26$ ;  $p = 0,000$ ). De acordo com o teste *post hoc* Bonfer-

roni as diferenças mais significativas ocorreram entre o pré-teste e o pós-teste ( $p = 0,000$ ) e entre o pré-teste e o *follow-up* ( $p = 0,000$ ), não se verificando diferenças significativas entre o pós-teste e o *follow-up* ( $p = 0,899$ ).

Relativamente à hipótese “As grávidas que completaram o programa CCpP reportam uma autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente maior do das grávidas que assistiram às sessões standard”, efetuou-se o teste ANOVA para medidas repetidas, numa amostra de 121 participantes, 66 no grupo experimental e 55 no grupo controlo.

No que concerne às expetativas de resultado, apurou-se que houve um aumento das expetativas de resultado ao longo do tempo ( $F(2; 240) = 9,88$ ;  $p = 0,000$ ). As maiores diferenças observaram-se entre o pré-teste e o pós-teste ( $p = 0,003$ ) e entre o pré-teste e o *follow-up* ( $p = 0,000$ ). Não se verificaram diferenças significativas entre o pós-teste e o *follow-up* ( $p = 0,180$ ). As expetativas de resultado no grupo experimental não diferiram de forma significativa das do grupo controlo, verificando-se que o efeito do grupo não foi estatisticamente significativo ( $F(1; 119) = 0,96$ ;  $p = 0,330$ ). Apesar destes resultados, as expetativas de resultado foram afetadas de forma extremamente significativa ao longo do tempo no grupo experimental ( $F(2; 130) = 6,01$ ;  $p = 0,003$ ). No grupo controlo, as expetativas de resultado, apesar de também aumentarem de forma significativa (Tabela 4), o aumento só se tornou significante no pós-parto ( $p = 0,028$ ).

Tabela 4  
ANOVA para medidas repetidas, inter e intragrupos, nas expetativas de resultado

Expetativas de resultado	<i>F</i> ( <i>gl</i> )	<i>p</i>
Intergrupos		
Grupos	0,96 (1; 119)	0,330
Intragrupos		
Experimental	6,01 (2; 130)	0,003**
Controlo	4,14 (2; 108)	0,019*

Nota. *F* = teste ANOVA para medidas repetidas; *gl* = graus de liberdade.  
\*Significativo para  $p \leq 0,05$ ; \*\*Significativo para  $p \leq 0,01$ .

A ANOVA para medidas repetidas, com a correção de Greenhouse-Geisser determinou que a média das expetativas de autoeficácia, na amostra, difere significativamente entre as três avaliações ( $F(1,79; 214,62) = 55,44; p = 0,000$ ). O teste *post hoc* com correção de Bonferroni revelou que as diferenças mais significativas ocorreram entre o pré-teste e o pós-teste ( $p = 0,000$ ) e entre o pré-teste e o *follow-up* ( $p = 0,000$ ). Não se verificando diferenças significa-

tivas entre o pós-teste e o *follow-up* ( $p = 0,899$ ). De acordo com os grupos (Tabela 5), as expetativas de autoeficácia aumentaram de forma extremamente significativa ao longo do tempo no grupo experimental ( $F(1,81; 118) = 37,26; p = 0,000$ ) e no grupo controlo ( $F(1,76; 95) = 21,23; p = 0,000$ ). No entanto, entre os grupos não se encontraram diferenças com significado estatístico ( $F(1; 119) = 3,39; p = 0,068$ ).

Tabela 5  
ANOVA para medidas repetidas, inter e intragrupos, nas expetativas de autoeficácia

Expetativas de autoeficácia	<i>F</i> ( <i>gl</i> )	<i>p</i>
Intergrupos		
Grupos	3,39 (1; 119)	0,068
Intragrupo		
Experimental	37,26 (1,81; 118)	0,000***
Controlo	21,23 (1,76; 95)	0,000***

Nota. *F* = teste ANOVA para medidas repetidas; *gl* = graus de liberdade. \*\*\*Significativo para  $p \leq 0,001$ .

## Discussão

A implementação do programa CCpP desenrolou-se de acordo com a estrutura e o planeamento previstos e o grupo de controlo efetuou o curso de preparação para o parto, segundo o método psicoprofilático, oferecido pela instituição onde se realizou o estudo. Concluiu-se que as grávidas, no início do estudo, apresentavam uma elevada expetativa de resultado e de autoeficácia. Este resultado

pode ser explicado pelo facto de a maioria das participantes ter expetativas realistas para o trabalho de parto, apresentar-se motivada para a frequência da PPP e procurar conhecimento e aquisição de competências para lidar com o trabalho de parto, o que é compatível com altas expetativas de resultado e de autoeficácia. Quanto à avaliação do programa CCpP, os resultados demonstraram que promoveu um aumento significativo das expetativas de resultado ao longo do tempo, mantendo-se este efeito

mesmo após o parto. Tal como referido por Howharn (2008), no estudo quasi-experimental que realizou com o objetivo de determinar a eficácia da PPP na autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto, constatou-se que a informação e a prática de técnicas comportamentais e cognitivas para lidar com o trabalho de parto aumentaram as expectativas de resultado.

Nos três momentos de avaliação, apesar das expectativas de resultado terem aumentado de forma significativa, a sua evolução foi menor e sem significado estatístico entre o pós-teste (M<sub>2</sub>) e o *follow-up* (M<sub>3</sub>). No grupo controlo, a média das expectativas de resultado só aumentou significativamente após o parto. Estes resultados são contrários aos de Howharn (2008), que refere que no pós-parto há um decréscimo significativo das expectativas de resultado.

Quanto às expectativas de autoeficácia, comprovou-se que o programa CCpP promoveu um aumento significativo destas expectativas nos três momentos de avaliação, embora, também, menor e sem significado estatístico entre o pós-teste e o *follow-up*. A informação, a prática de técnicas não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto, a construção do plano de parto, a partilha de experiências e a visita ao bloco de partos produziram efeitos nas expectativas de autoeficácia da grávida, resultados consistentes com os de outros investigadores (Lowe, 1993; Howharn, 2008).

Pode, assim, concluir-se que o programa promoveu um aumento da autoeficácia da grávida para lidar com o trabalho de parto, comprovando-se a primeira hipótese colocada.

Apesar do incremento na autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, tanto no que diz respeito às expectativas de resultado, como às expectativas de autoeficácia, os resultados obtidos não permitiram concluir que as grávidas que completaram o programa CCpP reportavam uma autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente superior à das grávidas que assistiram às sessões *standard*.

O facto de na fase inicial as participantes do grupo controlo terem expectativas de autoeficácia significativamente mais elevadas do que as do grupo experimental, não permitiu afirmar que os resultados estatísticos se deviam aos efeitos do programa CCpP ou às características dos grupos, pelo que não se pôde confirmar a

hipótese apresentada.

Relativamente às limitações metodológicas do estudo, considera-se que a extrapolação dos resultados deve ser efetuada com cuidado, pois os resultados obtidos podem não ser representativos para populações inseridas noutros contextos, devido ao facto de se ter optado por recolher dados numa única instituição. Sugere-se a replicação do programa CCpP em outros contextos, como por exemplo, nos cuidados de saúde primários, em clínicas privadas e, ainda, em outras regiões do país.

Apesar desta limitação, considera-se que a investigação permitiu obter resultados que são significativos para a população estudada e que têm implicações para a prática de enfermagem. Os resultados obtidos permitem ao enfermeiro de saúde materna e obstetrícia perceber a importância da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto e as intervenções adequadas à sua promoção.

## Conclusão

Vários autores demonstraram que a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto influencia a forma como este é percebido, recomendando, por isso, que nas sessões de PPP ela seja incorporada e trabalhada com as grávidas.

Não se tendo encontrado estudos, em Portugal, sobre esta temática, entendeu-se pertinente e útil realizar esta investigação, considerando que as mulheres/casais/famílias e os enfermeiros de saúde materna e obstétrica poderiam beneficiar dos seus resultados. Este estudo poder-se-á constituir uma mais-valia para as instituições de saúde, pois fruto de intervenções de enfermagem na maternidade centradas na mulher, pode conduzir a ganhos em saúde.

Com o programa CCpP foi possível aumentar, de forma significativa, as expectativas de resultado e de autoeficácia ao longo do tempo, mantendo-se este efeito mesmo após o parto. Concluiu-se que a informação veiculada e a prática de técnicas comportamentais e cognitivas para lidar com o trabalho de parto aumentaram as expectativas de resultado da grávida. A prática de técnicas não farmacológicas para alívio da dor de trabalho de parto, a construção do plano de parto, a partilha de experiências e a visita ao bloco de partos aumentaram as expectativas



de autoeficácia das mulheres, persuadindo-as sobre a sua capacidade para efetuar tarefas relacionadas com o trabalho de parto.

Apesar do incremento das expectativas de resultado e de autoeficácia, os resultados obtidos não permitiram comprovar que as grávidas que completaram o programa CCpP apresentavam uma autoeficácia para lidar com o trabalho de parto significativamente superior ao das grávidas que assistiram às sessões *standard*.

Considera-se que este resultado pode ser devido ao facto de as participantes do grupo controlo apresentarem, à partida, expectativas de autoeficácia significativamente mais elevadas do que as do grupo experimental, o que não permite, com base segura, inferir se os resultados se devem às diferenças entre os grupos ou à intervenção propriamente dita. No entanto, apesar de não se poder avaliar o tamanho do efeito do programa CCpP na autoeficácia, considera-se que este produziu resultados na sua promoção para lidar com o trabalho de parto, pois após a intervenção e no *follow-up*, os grupos tornaram-se homogêneos, no que se refere a esta variável. O programa CCpP teve como pontos fortes o facto de ter sido elaborado a partir não só de uma base teórica, mas também do conhecimento que resultou de entrevistas efetuadas às mulheres, tornando-as, por isso, participantes ativas no seu desenvolvimento.

O facto de as intervenções de enfermagem terem sido validadas por peritos na área em estudo foi outro ponto forte, pois dessa forma potencializa-se, não só uma prática de cuidados de qualidade e a obtenção de ganhos em saúde, como também a investigação na área científica de enfermagem e a prática baseada na evidência. Para além disso, ter sido implementado e a sua eficácia e impacto avaliados não só no grupo experimental, como também num grupo controlo, permitiu uma melhor discriminação dos resultados.

Em síntese, pode-se concluir que o programa foi eficaz na promoção da autoeficácia para lidar com o parto, e que este é um constructo que vale a pena investigar e aplicar na preparação para o parto, pois traz benefícios para a mulher, já que a ajuda a experienciar mais sentimentos positivos durante o trabalho de parto.

## Referências bibliográficas

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Baptista, M. N., Santos, K. M., & Dias, R. R. (2006). Autoeficácia, locus controlo e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 24(44), 27-36
- Cunqueiro, M. J., Comeche, M. I., & Docampo, D. (2009). Childbirth Self-Efficacy Inventory: psychometric testing of the Spanish version. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2710-2718. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05161.x
- Howharn, C. (2008). *Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas*. Austin, TX: University of Texas.
- Ip, W. Y., Chan, D., & Chien, W. T. (2005). Chinese version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 625-633
- Lamaze International. (2013). *History*. Recuperado de <http://www.lamazeinternational.org/History>
- Lei n.º 142/99 de 31 de agosto (1999). *Diário da República n.º 203/1999, Série I-A*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing and Health*, 16, 141-149
- Neves, A. J. (2010). *Auto-eficácia da grávida no parto: Adaptação e validação da escala "Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)"* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.
- Pajares, F. (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>
- Pender, N. J. (2011). *The health promotion model manual*. Retrieved from [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf)
- Pereira, M., & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3(22I), 585-595
- Prata, A. P., Santos, C., & Reis Santos, M. F. (2009). Autoeficácia e experiência de parto. *Referência*, 2(10, supl.), 235.
- Prata, A. P. (2016). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde Lisboa, Portugal.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neo-*

*natal Nursing*, 37(1), 94-104. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x  
Zinken, K., Cradock, S., & Skinner, T. (2008). System for

Self-Efficacy Training (ASSET): Assessing treatment fidelity of self-management interventions. *Patient Education and Counseling*, 72, 186-193