



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Estudos preliminares para avaliação da satisfação das
parturientes com a comunicação com profissionais de saúde**

Laura Sofia Barroso Charrua

**Orientador(es) | Carla Semedo
António Moreira Diniz**

Évora 2025





Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Estudos preliminares para avaliação da satisfação das
parturientes com a comunicação com profissionais de saúde**

Laura Sofia Barroso Charrua

Orientador(es) | Carla Semedo
António Moreira Diniz

Évora 2025



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)

Vogais | Carla Semedo (Universidade de Évora) (Orientador)
Constança Biscaia (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

Este foi um processo muito desafiante, no qual tive de me esforçar bastante, e no qual duvidei de mim demasiadas vezes. É um momento de incertezas, onde temos de aceitar que há muito que não sabemos, para que possamos ter a oportunidade de aprender e conseguir avançar, cada vez mais preparados. Não foi fácil atravessar as várias fases da construção da dissertação: o início, marcado pelo medo; a recolha de dados, que implica muita resiliência, e todo o desenvolvimento subsequente, que implica foco, vontade e dedicação para que tudo seja feito da melhor forma possível. Durante todo este período o apoio da minha rede social foi fundamental, tal como de todos os envolventes neste projeto, direta e indiretamente, aos quais pretendo demonstrar o meu agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo, por toda a ajuda, compreensão e disponibilidade. Pelo conhecimento transmitido e pela forma calma, honesta, dedicada e divertida com que se relaciona com os alunos.

Ao Professor Doutor António Moreira Diniz, pelo apoio e disponibilidade demonstrados ao longo deste último ano. Pela dedicação e exigência com que orienta, combinando rigor académico com a sensibilidade de reconhecer e validar as dúvidas e inseguranças que naturalmente surgem durante o desenvolvimento do trabalho. Agradeço também pela rapidez nas respostas às questões colocadas, permitindo que o trabalho avance de forma contínua, organizada e eficiente.

À Professora Doutora Constança Biscaia, pela atenção e disponibilidade ao longo deste período, e pelas excelentes sugestões que contribuíram significativamente para o aprimoramento da minha dissertação.

A todas as puérperas que colaboraram na recolha de dados, permitindo que esta se realizasse, mesmo num momento tão frágil da sua vida. Agradeço profundamente a compreensão, disponibilidade e a confiança em me permitir acompanhar um momento tão pessoal como o pós-parto. Esta experiência foi extremamente enriquecedora, permitindo-me aprender imenso sobre as vivências e experiências maternas.

Aos profissionais de saúde do Serviço de Obstetria, principalmente as enfermeiras, pela sua disponibilidade, compreensão e por toda a ajuda que me forneceram, independentemente do que necessitasse, fosse fotocópias, informações ou simplesmente uma caneta. Foram uma grande ajuda num contexto onde quase nada sabia e fico extremamente agradecida.

À minha família, que tanto me apoia diariamente, muitas vezes sem saber e que tão fundamental foi neste processo.

À minha mãe que me ouve e me apoia incondicionalmente em todas as fases da minha vida, e que está presente em tudo o que faço, sempre a lembrar-me que mesmo que falhe o mundo não acaba naquele momento.

Ao meu pai que me ouve quando preciso e que me apoia, através de pequenos gestos de cuidado que fazem toda a diferença.

À minha irmã Leonor que mesmo sem saber me ajudou tantas vezes a aliviar o stress deste processo tão demorado.

Ao meu irmão Pedro, por me obrigar vezes e vezes sem conta a sair da secretária onde passei estes últimos meses.

À minha avó Maria, que me apoiou mesmo sem saber nada do que se tratava e que esteve presente todos os dias. Sou imensamente agradecida a toda a minha família aqui referida que estão comigo sempre e que me apoiam em tudo o que faço.

Ao meu namorado André, pelo amor e apoio incondicional que me deu todos os dias desde que o conheci, e mais ainda durante esta fase. Pela ajuda constante, pela presença, por tornar tudo melhor, mais feliz, mais seguro, mais confortável e mais suportável. Pelo amor, pela amizade, pelas conversas, pela diversão no meio de todo o caos, por tudo e mais alguma coisa. Foi uma das peças mais fundamentais na conclusão da minha dissertação e por isso serei sempre eternamente grata.

A uma das minhas melhores amigas, a Margarida, que mesmo sem consciência me ajudou tantas vezes a manter a sanidade mental e a sentir-me mais normal mesmo no meio de todo o stress.

A todos os que, de uma forma ou outra, fizeram parte e contribuíram para o meu percurso académico e para todos os conhecimentos e experiências que adquiri ao longo destes últimos cinco anos. Muito obrigada.

Estudos preliminares para avaliação da satisfação das parturientes com a comunicação com profissionais de saúde

Resumo

Esta dissertação integra dois estudos. O Estudo 1 objetivou conceber um instrumento para avaliação da satisfação das puérperas relativamente à comunicação com os profissionais de saúde e realizar um estudo-piloto para testar o instrumento. O Estudo 2, pretendeu avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade Percebida (AP) numa amostra de puérperas. Avaliou-se ainda, retrospectivamente, a AP das puérperas relativamente à experiência hospitalar, e a relação entre a AP e a nacionalidade, a paridade e as expectativas face ao parto. A amostra constituiu-se por 93 puérperas, entre os 18 e 43 anos, com um parto eutócico. Apesar da impossibilidade de realização de análises estatísticas no Estudo 1, concluiu-se que a satisfação com a comunicação foi elevada. No Estudo 2, verificou-se que a Escala de Ansiedade Percebida apresentou boas propriedades psicométricas, com validade e fiabilidade adequadas. A AP na amostra mostrou-se reduzida, sem diferenças entre grupos.

Palavras-chave: parturientes, comunicação, profissionais de saúde, cuidados de maternidade respeitosos, satisfação

Preliminary studies to assess parturients' satisfaction with communication with healthcare professionals

Abstract

This dissertation integrates two studies. Study 1 aimed to design an instrument to assess postpartum women's satisfaction with communication with healthcare professionals and to conduct a pilot study to test the instrument. Study 2 aimed to evaluate the psychometric properties of the Perceived Anxiety Scale (PA) in a sample of postpartum women. It also retrospectively assessed postpartum women's PA in relation to their hospital experience, and the relationship between PA and nationality, parity, and expectations regarding childbirth. The sample consisted of 93 postpartum women, aged 18 to 43 years, with a eutocic delivery. Despite the impossibility of performing statistical analyses in Study 1, it was concluded that satisfaction with communication was high. In Study 2, it was found that the Perceived Anxiety Scale presented good psychometric properties, with adequate

validity and reliability. PA in the sample shown is low, with no differences between groups.

Keywords: parturients, communication, health professionals, respectful maternity care, satisfaction

Índice

1. Introdução e Enquadramento Teórico	1
1.1. Experiência de Parto em Contexto Hospitalar: Definição, Impactos e Fatores Influenciadores.....	1
1.2. A Comunicação como Fator Determinante na Experiência de Parto	6
1.5. Instrumentos de Avaliação da Satisfação com o Parto	11
1.6. Ansiedade na Experiência de Parto.....	13
1.7. Formulação do Problema de Investigação	17
2. Método.....	18
2.1. Participantes.....	18
2.2. Materiais	19
2.2.1. Questionário Sociodemográfico	19
2.2.2. Questionário de Satisfação com a Comunicação com os Profissionais de Saúde	19
2.2.3. Escala de Ansiedade Percebida	22
2.3. Procedimento	23
2.4. Análise de Dados	26
3. Resultados.....	29
4. Discussão	32
5. Conclusão	39
6. Referências	39
ANEXOS	52

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	18
Tabela 2. Medidas de Ajustamento Global do Modelo	29
Tabela 3. Pesos Fatoriais Estandarizados e Comunalidades dos Itens da Escala de Ansiedade Percebida.....	30
Tabela 4. Médias de Ansiedade Percebida e Fatores de Bayes (FB ₁₀)	31

1. Introdução e Enquadramento Teórico

1.1. Experiência de Parto em Contexto Hospitalar: Definição, Impactos e Fatores Influenciadores

Em todos os países e comunidades do mundo, a gravidez e o parto são acontecimentos extremamente marcantes na vida das mulheres (Windau-Melmer, 2013), representando um período de grande vulnerabilidade acompanhado por diversos efeitos físicos, emocionais e sociais a longo prazo (Shamoradifar et al., 2022).

Larkin et al. (2009) identificaram quatro atributos principais da experiência de parto: (1) é individual, especial e única; (2) é complexa e multidimensional; (3) é vivida como um processo fisiológico e psicológico sequencial; e (4) é um acontecimento de vida crucial e transformador (Benyamini et al., 2024), que pode ter um impacto profundo na vida e na identidade da mulher (Thomson & Downe, 2010). Esta experiência é subjetiva, e relaciona-se tanto ao resultado, o nascimento de um bebé saudável e de forma segura, quanto ao processo, envolvendo fenómenos físicos, cognitivos, e emocionais do trabalho de parto e do parto, vivenciados pelas parturientes individualmente (World Health Organization, 2018).

Sendo o parto um processo fisiológico universal, os elementos psicológicos e emocionais tendem a ser frequentemente desvalorizados em comparação com aspetos mais tangíveis, como a qualidade do atendimento ou os indicadores de mortalidade e morbilidade. Neste enquadramento, o conceito de maternidade segura surge muitas vezes associado sobretudo à segurança física da mulher, entendida como o seu principal componente (Larkin et al., 2009). Contudo, a promoção da saúde materna não deve restringir-se à redução da morbilidade e mortalidade, devendo igualmente integrar a valorização do bem-estar psicológico das parturientes, assegurando o respeito pela sua autonomia, dignidade, sentimentos, escolhas e preferências (Ordem dos Enfermeiros (OE) & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), 2012; Pereira et al., 2018; Windau-Melmer, 2013).

No presente estudo, entende-se como experiência de parto uma experiência que compreende todos os eventos, interações, perceções e emoções vividas pela parturiente desde o momento em que é admitida no serviço de obstetrícia, passando pelo trabalho de parto, nascimento, e cuidados imediatos pós-parto, até à sua alta hospitalar. Esta definição

surge baseada no estudo de Saxena et al. (2018) que avaliou a experiência de parto das mulheres desde que foram admitidas no serviço de obstetrícia até à alta hospitalar.

A experiência de parto pode ser considerada positiva, ou negativa. De acordo com a WHO (2018), uma experiência de parto positiva descreve-se como:

Aquela que satisfaz ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com continuidade do apoio prático e emocional, de um ou mais acompanhantes de parto, e de profissionais de saúde amáveis e tecnicamente competentes (p. 12). Uma experiência de parto positiva pode fazer com que as puérperas se sintam alegres, confiantes e/ou realizadas, e pode ter impactos muito positivos de curto e/ou longo prazo no seu bem-estar psicossocial (Karlstrom et al., 2015; Leinweber et al., 2023). Por outro lado, uma experiência de parto negativa pode, de acordo com Leinweber et al. (2022), ser descrita como “uma experiência de interação e/ou acontecimentos diretamente relacionados com o parto que causaram emoções e reações angustiantes e avassaladoras; conduzindo a impactos negativos a curto e/ou longo prazo na saúde e no bem-estar da puérpera” (p. 691).

Um dos fatores que mais influencia a perceção das puérperas acerca da sua experiência de parto, e consequentemente a sua satisfação, é a interação e a relação estabelecida com os profissionais de saúde, que abrange tanto a comunicação quanto a relação desenvolvida entre ambas as partes. Sentir-se ouvida, apoiada, no controlo, segura e respeitada constitui princípios centrais para garantir uma experiência de parto positiva (Leinweber et al., 2023; McKelvin et al., 2021; OE & APEO, 2012). Quando as parturientes se sentem informadas e parte do processo de tomada de decisão, é muito mais provável que tenham uma perceção da sua experiência como positiva, independentemente das expectativas anteriores que pudessem ter relativamente à experiência (Hauck et al., 2007).

Por outro lado, quando algum destes aspetos falha, a experiência pode-se tornar mais negativa impactando na parturiente de várias formas, especialmente quando as expectativas prévias relativas ao parto não são atendidas. Uma experiência de parto percecionada como negativa pode ter várias consequências para a puérpera, sendo estas mais ou menos duradouras e podendo, inclusivé desencadear um trauma psicológico (Kendall-Tackett, 2014) e sintomas de stress pós-traumático após o parto (Beck et al.,

2011). Uma experiência de um trauma real ou percebido durante a experiência do parto pode surgir associada ao desenvolvimento de uma perturbação de stresse pós-traumático relacionado ao parto (PSPT-P), com sintomas de revivência, evitação, cognições e humor negativos e hipervigilância (American Psychiatric Association, 2014). A prevalência da perturbação de stresse pós-traumático após experiências de parto negativas é elevada em diversas partes do mundo. Por exemplo, o Inquérito II "Ouvir as Mães" da Childbirth Connections incluiu uma amostra nacionalmente representativa de 1.573 mães nos EUA. Nove por cento destas mães preencheram todos os critérios para PSPT após os seus partos, e dezoito por cento adicionais tiveram sintomas pós-traumáticos após o parto (Beck et al., 2011).

O primeiro critério que alguém deve satisfazer antes de ser diagnosticado com PSPT é a exposição a um evento traumático. Um evento traumático é definido por uma experiência de morte ou ameaça de morte, lesão real ou ameaçada, ou violação sexual real ou ameaçada (Friedman et al., 2010; Olff et al., 2025). Uma experiência negativa do parto pode incluir todos os aspetos mencionados anteriormente. Durante o trabalho de parto, as parturientes podem acreditar que elas, ou os seus bebés, incorrem em perigo de morrer e, se acreditam que estão em perigo, é provável que haja sequelas após o parto. As puérperas podem ser expostas a eventos traumáticos experienciando-os diretamente (i.e., ver as experiências de outras parturientes), ou através do testemunhos de amigos ou familiares próximos (Friedman et al., 2010; Olff et al., 2025). Mesmo que alguém não preencha todos os critérios da perturbação, pode ainda experienciar alguns destes sintomas, o que pode afetar negativamente a sua transição para a maternidade (Kendall-Tackett, 2014). Após um parto traumático, as puérperas podem evitar coisas que as lembrem dele, como atividades, lugares ou pessoas associadas aos seus partos, podendo até incluir o afastamento dos seus bebés. Podem também evitar voltar a consultas médicas ou evitar os seus médicos, consultórios médicos e o hospital onde os seus partos ocorreram. Os sintomas de evitamento são muito comuns após um parto traumático (Kendall-Tackett, 2014). A perturbação de stresse pós-traumático relacionado ao parto ocorre em 3–7% de todas as gravidezes e alguns dos fatores de risco conhecidos são traços de personalidade ansiosos e intensidade da dor. O planeamento do parto, o apoio dos profissionais de saúde (Hollander et al., 2017) e uma experiência positiva de parto são fatores de proteção (Sommerlad et al., 2021).

Uma experiência de parto negativa pode contribuir para a redução do aleitamento materno, dificuldades na amamentação (Kendall-Tackett, 2014, OE & APEO, 2012), e para uma fraca vinculação entre a mãe e o bebê (Ponti et al., 2020), interferindo com a capacidade para criar laços e cuidar do bebê, após o parto (Bell et al., 2018; Durik et al., 2000; OE & APEO, 2012). Influencia também a sua confiança em si mesma como mãe (Reisz et al., 2015), e a sua autoestima (Reynolds, 1997). Esta experiência pode também prejudicar a relação do casal (Delicate et al., 2017), tornando muito difícil retomar a atividade sexual (Reynolds, 1997), e consequentemente tendo um impacto negativo nos planos reprodutivos futuros das famílias (Shorey et al., 2018).

Posto isto, e de forma a evitar que a experiência de parto se torne em algo que impacte negativamente as parturientes, e tenha consequências no período do parto e até no pós-parto, a Organização Mundial de Saúde criou o Modelo de prestação de cuidados de maternidade respeitosos, que segue uma abordagem baseada nos direitos humanos, que pretende contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade materna. Estes cuidados podem melhorar significativamente a experiência das parturientes no trabalho de parto e no parto (WHO, 2018), sendo um direito humano universal a que todas as mulheres grávidas têm direito em qualquer sistema de saúde em todo o mundo (Windau-Melmer, 2013).

Considerando que os cuidados de maternidade respeitosos e de alta qualidade constituem uma prioridade global (Miller et al., 2016), a World Health Organization (2016) definiu oito dimensões essenciais para garantir a qualidade dos cuidados maternos e neonatais. Estas dimensões permitem avaliar em que medida os serviços de saúde promovem resultados desejáveis, sendo seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados na pessoa. Três dessas dimensões estão diretamente relacionadas com as interações entre profissionais de saúde e parturientes: a comunicação, que deve ser clara e atender às necessidades e preferências das mulheres e das suas famílias; a dignidade e o respeito, fundamentais em todos os cuidados prestados à puérpera e ao recém-nascido; e o suporte emocional, que oferece apoio contínuo e capacita a mulher ao longo de toda a experiência de parto (WHO, 2016).

A qualidade do cuidado prestado às parturientes pode ser analisada de forma complementar ao modelo da WHO, recorrendo ao modelo de Donabedian, que divide a qualidade em três componentes: técnica, do processo e estrutural. A qualidade técnica

refere-se a aspetos como adequação, eficácia e competência profissional; a qualidade do processo envolve cortesia, comunicação, fornecimento de informação, respeito, escolha e autonomia, sendo também chamada de componente interpessoal da qualidade; e a qualidade estrutural inclui continuidade dos cuidados, acessibilidade económica, acomodação e localização geográfica (Valentine et al., 2003).

Neste contexto, o conceito de capacidade de resposta, desenvolvido pela WHO (2000), permite avaliar a qualidade do cuidado a partir da perspetiva da parturiente, concentrando-se na dimensão relacional, em vez da técnica. Este conceito enfatiza o respeito pela dignidade humana e os aspetos interpessoais do cuidado, destacando quatro elementos essenciais nas interações com os profissionais de saúde: dignidade e respeito, comunicação, confidencialidade e autonomia (WHO, 2000).

A dignidade e o respeito manifestam-se num ambiente acolhedor, atento e não discriminatório, incluindo cortesia, saudações adequadas e atenção personalizada. A comunicação envolve todos os contactos entre a parturiente e os profissionais, desde a escuta ativa, em que as preocupações e necessidades da mulher são ouvidas com atenção, até à transmissão clara e cuidadosa de informações. Aspetos não verbais, como expressões faciais, sorriso, contacto visual e tom de voz, também contribuem para uma comunicação eficaz. A confidencialidade refere-se à proteção da privacidade da parturiente e à segurança dos registos médicos e informações pessoais. Já a autonomia relaciona-se com a disponibilização de informações claras sobre o estado de saúde e riscos, bem como com o envolvimento da mulher no processo de decisão, garantindo o direito a consentimento informado e a recusa de procedimentos ou tratamentos (Pereira et al., 2018; Valentine et al., 2003; WHO, 2000).

A qualidade da interação entre parturientes e profissionais de saúde é determinante para garantir um apoio adequado durante o parto. Relações de confiança são construídas através de comunicação eficaz, que pode reforçar o sentimento de segurança e autoeficácia, afetando a satisfação com os cuidados recebidos (Baranowska et al., 2021; Lundgren & Berg, 2007; WHO, 2018). Posto isto, fornecer informações de forma clara, demonstrar interesse pelas necessidades e receios da mulher, e a utilização da escuta ativa são elementos cruciais para garantir apoio adequado durante todo o processo (Baranowska et al., 2021).

Por outro lado, a ausência de apoio interpessoal durante o parto tem sido apontada como um obstáculo à implementação dos Cuidados de Maternidade Respeitosos (Mgawadere & Shuaibu, 2021). De facto, a comunicação é apontada como um dos aspetos mais relevantes dos cuidados de maternidade, como evidenciado em diversos estudos (Jenkins et al., 2014; Khadivzadeh et al., 2015; Van der Pijl et al., 2020).

Por fim, outro elemento que pode diferenciar significativamente a experiência de parto é o tipo de parto a que a puérpera esteve sujeita. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012), o parto eutócico, vaginal e sem utilização de fórceps ou ventosas na extração do bebé, é a forma mais segura de nascimento. Para além disso, é também a forma mais prevalente de nascimento e a que envolve mais comunicação com os profissionais de saúde ao longo de todo o processo, motivos pelos quais foi selecionada como critério de inclusão nesta investigação. Por essa razão, a amostra do estudo será constituída exclusivamente por puérperas que tenham tido um parto eutócico.

1.2. A Comunicação como Fator Determinante na Experiência de Parto

As interações entre as parturientes e os profissionais de saúde desempenham um papel determinante na satisfação das mulheres com a experiência de parto, podendo, por um lado, capacitá-las e confortá-las, ou, por outro, comprometer a sua saúde mental, provocando traumas emocionais duradouros (Windau-Melmer, 2013). Entre os fatores específicos que influenciam a perceção das puérperas destacam-se a comunicação com os profissionais de saúde, a transmissão de informações durante o parto, as relações interpessoais, o respeito e a dignidade, o apoio emocional, o nível de controlo sobre o processo e o ambiente de nascimento (Hollander et al., 2017; McKelvin et al., 2021; Mocumbi et al., 2019; OE & APEO, 2012; Thomson & Downe, 2010). Estudos qualitativos sobre partos considerados traumáticos reforçam a centralidade da comunicação, identificando-a como um elemento essencial na forma como as parturientes percebem e experienciam o parto (Hodnett, 2002; Hollander et al., 2017; Thomson & Downe, 2010).

A comunicação pode ser dividida em vários componentes: o comportamento verbal, que inclui a transmissão de informações importantes, a clareza com que estas são transmitidas (Hodnett, 2002; Thomson & Downe, 2010; WHO, 2016) e a promoção de autonomia da parturiente (Elmir et al., 2010; WHO, 2016); o comportamento não-verbal

(Beserra et al., 2019; Silva, 2002), que inclui aspetos cinésicos e aspetos paralinguísticos; o comportamento de escuta ativa, incluindo atenção às necessidades e preocupações das puérperas, e da sua família (Moyzakitis, 2004; Reynolds, 1997; WHO, 2016) e a promoção da autonomia e envolvimento na tomada de decisões relativas ao parto (Elmir et al., 2010; Hodnett, 2002; Hollander et al., 2017; WHO, 2016). As recomendações da World Health Organization (WHO, 2018) acrescentam ainda a importância de os profissionais se apresentarem à parturiente e à sua família, e de a tratarem pelo nome, evitando formas de tratamento impessoais. Para além dos componentes referidos, a comunicação dos profissionais de saúde entre eles, e as expectativas em relação ao parto são elementos que podem influenciar a experiência de parto das puérperas (Chen, 2000; Kravitz, 2001; Webb et al., 2021). Outro fator a ter em conta é a nacionalidade ou região de origem das puérperas (Henderson et al., 2013).

Um dos fatores reconhecidos como influenciadores da perceção das puérperas relativamente à experiência de parto é a transmissão de informações (Thomson & Downe, 2010). De acordo com a WHO (2018), a comunicação com as parturientes e as suas famílias deve ser eficaz, clara e adequada às suas necessidades e preferências, sempre conduzida com uma atitude positiva, esclarecendo dúvidas sem críticas. É essencial que as mulheres e os seus familiares tenham acesso a cuidados coordenados e recebam informações concisas sobre os procedimentos, preferencialmente na sua língua materna, podendo ser complementadas com materiais visuais ou gráficos sempre que necessário. Deve, por outro lado, ser evitado o uso de linguagem excessivamente técnica ou termos médicos de difícil compreensão (Hollander et al., 2017; OE & APEO, 2012; WHO, 2018).

É também importante que exista uma boa interação entre os profissionais de saúde e o acompanhante escolhido pela parturiente, fornecendo explicações claras sobre como este pode apoiar adequadamente a parturiente durante o trabalho de parto e o parto (OE & APEO, 2012; WHO, 2018). No estudo de Hodnett (2002), verificou-se que as puérperas consideravam a transmissão de informação como um fator determinante na sua experiência de parto. Por outro lado, a falta de informação e a perceção dos profissionais de saúde como pouco prestáveis foram identificados como preditores de uma experiência negativa.

Outro fator determinante da experiência de parto é a promoção da autonomia, e particularmente o envolvimento ativo da mulher nas decisões relativas aos cuidados

recebidos, algo que se revela essencial para a sua satisfação com a experiência. A percepção de falta de controlo ou de participação ativa nas escolhas sobre o parto e os procedimentos realizados pode ser prejudicial e contribuir para que a experiência seja vivida como traumática (Elmir et al., 2010; Hodnett, 2002; McKelvin et al., 2021). Todas as mulheres devem ter o direito de fazer escolhas informadas relativamente aos cuidados recebidos, sendo esclarecidas sobre as razões das intervenções propostas, os procedimentos realizados e os respetivos resultados. Para tal, é essencial que os profissionais de saúde promovam uma comunicação clara e respeitosa, assegurem que todos os procedimentos sejam explicados e obtenham consentimento informado, verbal e, quando apropriado, por escrito, garantindo que as escolhas da parturiente sejam respeitadas (OE & APEO, 2012; Pereira et al., 2018; WHO, 2016; WHO, 2018). Além disso, deve-se incentivar a parturiente a expressar as suas necessidades e preferências, mantendo-a regularmente informada sobre o que está a acontecer, assim como a sua família, e esclarecendo dúvidas sempre que surgirem (OE & APEO, 2012; WHO, 2018).

Da mesma forma, a comunicação não-verbal é também um fator que pode influenciar a experiência das puérperas, pois esta comunicação enriquece a interação humana, ao transmitir sentimentos, emoções, traços pessoais e enquadramentos que possibilitam não apenas compreender o significado das palavras, mas também perceber os estados emocionais de quem comunica (Araújo et al., 2007). Este tipo de comunicação inclui diversas formas de expressão, manifestando-se por aspetos paralinguísticos, como o tom de voz, ruídos vocálicos de hesitação, tosse ou suspiro provocados por tensão, e por aspetos cinésicos, como gestos, olhar, postura corporal, expressão facial e toque (Ramos & Bortagarai, 2012; Silva, 2002). Presente em todos os contextos, a comunicação não-verbal assume particular relevância no cuidado materno, dada a sua natureza sensível e vulnerável (Beserra et al., 2019). O toque, por exemplo, deve acompanhar todos os cuidados de saúde, não se limitando apenas aos procedimentos técnico-científicos, podendo também transmitir carinho, empatia, segurança e proximidade (Silva, 2002). Os profissionais de saúde devem ter consciência de que as suas mensagens não se transmitem apenas pela fala, mas também pelo comportamento, tornando a comunicação mais eficaz quando atentam à linguagem corporal, à proximidade, à postura, ao toque e ao contacto visual (Silva, 2002). Por isso, a competência em comunicação interpessoal, verbal e não-

verbal constitui uma habilidade fundamental para a excelência no cuidado em saúde (Braga & Silva, 2007; Ramos & Bortagarai, 2007).

Para além dos fatores já referidos, a escuta ativa é também um fator que tem impacto na percepção que as parturientes têm da sua experiência de parto, sendo algo essencial num contexto tão sensível como a maternidade. Para que as mulheres se sintam acolhidas, fortalecidas e apoiadas em todas as fases do trabalho de parto, é necessário fornecer apoio emocional contínuo, sensível às suas necessidades e preocupações (Hollander et al., 2017). Este apoio baseia-se numa relação de confiança, construída a partir da empatia e da compaixão, e pode manifestar-se através de incentivos, encorajamento, aconselhamento, elogios, técnicas de tranquilização e, sobretudo, uma escuta atenta e empática, elementos essenciais para promover uma experiência positiva de parto (WHO, 2018). Ao oferecer este tipo de suporte, os profissionais de saúde contribuem para reduzir o stresse e a ansiedade das parturientes, diminuindo preocupações relacionadas com o seu próprio bem-estar e o do bebé (Ekström & Nissen, 2006).

É também muito importante que exista uma atmosfera acolhedora ao redor da parturiente (OE & APEO, 2012), e que os profissionais de saúde forneçam, sempre que necessário, orientações claras e conselhos que facilitem, por exemplo, o início da amamentação, algo que traz muitas vezes dúvidas às recém-mães. O apoio contínuo prestado durante este período não só contribui para uma maior satisfação com a experiência de parto (Hollander et al., 2017), como também favorece a interação mãe-bebé, reforçando a autoestima materna e a capacidade de cuidar e estabelecer vínculos com o recém-nascido (Ekström & Nissen, 2006). Estudos com puérperas que vivenciaram partos considerados traumáticos indicam que a ausência de oportunidade para expressar sofrimento, a sensação de não serem ouvidas e o medo de que as suas preocupações fossem desvalorizadas estão frequentemente associados a experiências negativas (Moyzakitis, 2004; Reynolds, 1997).

Por fim, a comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde durante toda a experiência de parto, seja ela de forma clara ou confusa, num tom de voz mais amigável ou com mais agressividade, é também um fator impactante, que deve ter sido em conta quando se trata da percepção das parturientes relativamente à sua experiência de parto. O trabalho em saúde engloba diversos componentes, materiais e imateriais, que influenciam

diretamente o resultado final, ou seja, a assistência prestada. Assistência que deve ser pautada pela excelência do cuidado, sustentada em condições adequadas de trabalho e na formação técnica, científica e humanizada dos profissionais (Dodou et al., 2017). Os enfermeiros, como prestadores principais de cuidados, constituem a base da segurança do paciente e da qualidade assistencial (Wei et al., 2018). O ambiente de trabalho exerce impacto direto sobre os profissionais e, consequentemente, sobre a qualidade da assistência oferecida aos utentes. No contexto da maternidade, um ambiente conflituoso pode afetar negativamente a experiência da parturiente. O estudo de Cullati et al. (2019) evidenciou que conflitos intraprofissionais estavam associados a cuidados menos centrados no paciente, enquanto conflitos interprofissionais se relacionavam com atrasos na prestação de cuidados e cuidados menos atentos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros e a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012), durante o parto é fundamental criar uma atmosfera calma e acolhedora, algo inviável quando há conflitos entre profissionais. Assim, conclui-se que a forma como estes se relacionam e comunicam, seja de maneira conflituosa ou colaborativa, pode refletir-se diretamente na satisfação das puérperas.

Para além dos fatores já mencionados, é de referir que as expectativas das parturientes em relação ao parto, incluindo o local onde este ocorre, as opções de alívio da dor e as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde, exercem um papel determinante na experiência e na satisfação com o parto. A literatura mostra que a discrepância entre as expectativas e o modo como o parto efetivamente decorre associa-se a menor satisfação e a uma pior saúde psicológica (Webb et al., 2021). De facto, parturientes cujo parto diferiu das suas preferências revelam maior probabilidade de relatar insatisfação e maior risco de desenvolver Perturbação de Stresse Pós-Traumático no período pós-parto (Webb et al., 2021).

Neste sentido, alguns autores sublinham a importância de avaliar e considerar as expectativas maternas relativamente ao parto. Chen (2000) e Kravitz (2001) destacam que o cumprimento dessas expectativas pode conduzir a experiências positivas, maior satisfação, otimização das tarefas parentais e fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebé. Por outro lado, Soet et al. (2003) alertam que a perceção de “falha” no cumprimento das expectativas, sobretudo em relação ao desejo de um parto normal e espontâneo, pode

acarretar consequências negativas, incluindo sentimentos de culpa, raiva, depressão, perda e sintomas de perturbação pós-traumática.

Um dos fatores que pode influenciar as expectativas das parturientes é a paridade. O estudo de Pirdel e Pirdel (2015) verificou diferenças entre primíparas e múltiparas relativamente às suas expectativas em relação ao parto. De forma semelhante, Hauck et al. (2007) observaram que as múltiparas tendem a basear-se em experiências anteriores, o que as leva a alcançar mais facilmente as suas expectativas e a desenvolver uma percepção mais favorável do parto. Contudo, os resultados não são consensuais: Kao et al. (2004) não encontraram diferenças significativas entre primíparas e múltiparas. Ainda assim, Pirdel e Pirdel (2015) salientam que, independentemente da paridade, muitas mulheres apresentam expectativas negativas em relação ao parto.

Assim, para garantir que as expectativas das parturientes sejam atendidas e proporcionar uma experiência de parto satisfatória, os profissionais de saúde devem oferecer um cuidado sensível, que reconheça as necessidades e preferências das parturientes, e que seja baseado numa comunicação aberta e clara, que permita que estas tomem as suas próprias decisões sobre os seus cuidados (Webb et al., 2021).

1.5. Instrumentos de Avaliação da Satisfação com o Parto

Com base na pesquisa efetuada, não foram encontrados instrumentos que avaliem especificamente a satisfação das puérperas com a comunicação estabelecida com os profissionais de saúde. No entanto, identificaram-se alguns instrumentos que avaliam a satisfação geral com a experiência de parto e que incluem, de forma parcial, aspetos relacionados com a comunicação.

O Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP, Costa et al., 2004), é um questionário de auto-relato constituído por 104 itens, composto por oito subescalas, relativas a: condições e cuidados prestados, experiência positiva, experiência negativa, relaxamento, suporte, suporte do companheiro, preocupações e pós-parto. Alguns dos conteúdos específicos inseridos dentro de cada subescala são: condições físicas e humanas da instituição; uso de estratégias de controlo da dor; sentimento de controlo e nível de auto-confiança; intensidade de dor sentida, emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto; apoio de pessoas significativas e satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poder tocar e pegar no bebé. A autoadministração do

QESP ocorreu sempre nos 5 dias seguintes ao parto, no Serviço de Obstetrícia da Consulta Externa, na Unidade de Internamento da Maternidade. O estudo psicométrico realizado mostra que o QESP tem muito boa consistência interna (Alfa de Cronbach = .90, *Coeficiente de Split-half* = .68) e é fidedigno (Teste-Retest = .50), permitindo a identificação de experiências de parto menos positivas, suscetíveis de se traduzirem em dificuldades de ajustamento após o parto (Costa et al., 2004).

O *Birth Labor Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ4)*, validado para a população espanhola por Pozo-Cano et al. (2020), é outro dos instrumentos que avalia a satisfação das puérperas com os cuidados recebidos durante o parto. Consiste em 32 itens com respostas do tipo-*likert*, que se divide em 10 dimensões: apoio profissional durante o parto, expectativas em relação ao parto, avaliação no início do trabalho de parto, primeiro contacto com o recém-nascido, apoio do marido/companheiro durante o trabalho de parto, alívio da dor durante o trabalho de parto, alívio da dor imediatamente após o parto, continuidade, ambiente durante o parto e controlo. A recolha de dados foi feita após o parto, através de um questionário de autopreenchimento que era entregue às puérperas e posteriormente recolhido pelo investigador principal. A validade fatorial da escala foi confirmada, apresentando também uma fiabilidade global adequada (Alfa de Cronbach = .89), e validade das subescalas (os valores do Alfa de Cronbach variaram entre .62 e .91).

Outro instrumento que pode ser utilizado para avaliar a satisfação das puérperas é o *Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)* (Dencker et al., 2010). As dimensões identificadas da experiência do parto do *CEQ*, incluíram sensação de segurança intraparto, experiência da dor do parto, apoio do parceiro, cuidados e apoio da parteira, memórias do parto e experiência do próprio desempenho. Estas dimensões foram escolhidas através de consulta de literatura, discussões num grupo composto por quatro parteiras experientes e um obstetra sénior, e uma entrevista em grupo um mês após o parto com doze mães, a maioria primíparas. Os itens referentes às memórias vieram das narrativas das mulheres um mês após o parto, tendo sido elaborados para cobrir as áreas identificadas. A memória da dor do parto, sensação de segurança e controlo foram avaliados com escalas analógicas visuais (EVA). Uma versão preliminar do *CEQ* foi testada como piloto para validade facial (ou seja, compreensão e relevância) em 25 mulheres primíparas. Com base nos comentários das mulheres, o questionário foi revisto e totalizou 28 itens. Foi realizada a recolha de dados um mês após o parto. Nesse ponto,

esperava-se que as mães tivessem passado pela primeira fase de alívio e que ainda mantivessem memórias relativamente frescas da experiência do parto. Além disso, as mulheres mantinham pouco ou nenhum contato com os cuidadores do parto após um mês e, portanto, eram menos propensas a dar respostas socialmente desejáveis (Dencker et al., 2010).

1.6. Ansiedade na Experiência de Parto

Embora a gravidez e o parto sejam processos naturais para a maioria das mulheres, esta experiência surge associada a desafios físicos e psicológicos significativos, que aumentam a sensibilidade e a vulnerabilidade da parturiente durante esse período (Durmishi, 2024; Zhou et al., 2021a). De acordo com Fallon et al. (2016), os sintomas de ansiedade na gravidez e no parto são cada vez mais reconhecidos devido à sua alta prevalência e impacto. E mesmo em casos de gravidez de baixo risco, é bastante comum que as parturientes apresentem níveis elevados de ansiedade, sobretudo as que estão grávidas pela primeira vez e terão o seu parto em breve (Durmishi, 2024). Essa ansiedade pode ter várias consequências para a puérpera, e, de acordo com Chemello et al., (2017) pode até influenciar a relação mãe-bebê, ocasionando repercussões para o desenvolvimento da criança.

Apesar da relevância do tema, a literatura sobre a ansiedade sentida durante a experiência de parto é ainda limitada. Entre os estudos existentes, observou-se que a ansiedade é mais frequentemente avaliada durante a gravidez (Nekoei & Zarei, 2015) ou no próprio trabalho de parto (Cheung et al., 2007; Shakarami et al., 2021).

No estudo de Floris et al. (2017) verificou-se que a ansiedade no parto pode estar associada a vários fatores, tais como: o facto de se tratar de uma experiência nova e desconhecida, a sensação de apoio insuficiente, e o medo da dor. Neste estudo os autores investigaram os níveis de ansiedade e satisfação de 79 primíparas, no momento da admissão hospitalar e dois meses após o parto. Verificaram-se níveis mais elevados de ansiedade na admissão do que após o parto. De forma complementar, o estudo de Cheung et al. (2007), realizado em Hong Kong, teve como objetivo explorar a relação entre os níveis de ansiedade e a percepção de controlo, durante o trabalho de parto em mulheres chinesas primíparas. Os resultados evidenciaram uma relação negativa significativa entre ansiedade e percepção de controlo, demonstrando que as puérperas que experienciaram maior percepção de controlo durante o parto apresentaram níveis mais baixos de ansiedade,

e vice-versa. A recolha de dados foi realizada em três momentos: durante a fase latente do trabalho de parto (dilatação), durante a fase ativa e entre 24–48 horas após o parto.

No que diz respeito à paridade, o estudo de Nekoei e Zarei (2015) teve como objetivo avaliar o estado de ansiedade de mulheres grávidas no terceiro trimestre, o medo do parto e fatores associados. Incluiu 186 parturientes que frequentavam centros de saúde no Irão, para cuidados pré-natais de rotina. Os instrumentos utilizados foram aplicados em três momentos distintos durante o terceiro trimestre da gravidez. Os resultados demonstraram que não existiram diferenças significativas nos níveis de ansiedade em função da paridade, ou seja, independentemente do número de partos anteriores. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Shakarami et al. (2021), que teve como objetivo comparar o medo do parto, ansiedade-estado, ansiedade-traço e autoeficácia entre primíparas e múltiparas. O estudo incluiu 200 mulheres internadas em hospitais. A recolha de dados foi realizada durante o trabalho de parto ativo inicial (dilatação de 3–5 cm). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à ansiedade-estado ou ansiedade-traço, embora as primíparas apresentassem valores mais elevados de medo do parto.

Relativamente à relação entre expectativas e ansiedade, foi realizado um estudo (Lopes et al., 2005) que avaliou as expectativas e a posterior experiência do parto em 28 primíparas. Entre as puérperas com parto eutócico ($n = 13$), a maioria destacou expectativas negativas (seis mulheres; 46%), nenhuma relatou expectativas positivas, duas (15%) referiram tanto positivas quanto negativas e cinco não mencionaram quaisquer expectativas, o que, de acordo com os autores, pode estar mais relacionado com o medo e a ansiedade perante um evento desconhecido do que com uma real ausência de expectativas. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas no terceiro trimestre de gestação e três meses após o parto. Os resultados sugerem que a ansiedade no terceiro trimestre pode contribuir para a formulação de expectativas mais negativas relativamente ao parto. Além disso, verificou-se uma tendência das mulheres grávidas para expressarem expectativas de forma limitada, sendo que cinco participantes não revelaram nenhuma. Esta ausência poderá estar relacionada com o momento específico da gestação em que os dados foram recolhidos, uma vez que o terceiro trimestre é frequentemente marcado por níveis mais elevados de ansiedade devido à proximidade do parto. É também possível que a ausência de expectativas constitua um mecanismo de defesa face a essa ansiedade.

O *Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)* (Dencker et al., 2010), um dos instrumentos de avaliação da satisfação referidos na secção anterior, foi adaptado para o contexto brasileiro no estudo de Santos et al. (2022). Neste estudo, para além de ser avaliada a experiência de parto, também foi aplicada às puérperas uma Escala de Rastreamento de Ansiedade perinatal (Barros et al., 2021a) antes e após o parto. Após o autopreenchimento, a devolução das respostas ao questionário, ocorreu entre um e quatro meses após o parto. Neste estudo concluiu-se que existia uma correlação significativa, de magnitude moderada, entre a sintomatologia prévia de ansiedade e a qualidade da avaliação da experiência de parto. Mulheres que já apresentavam sintomas de ansiedade perinatal anteriores ao parto tenderam a avaliar sua experiência de parto como sendo mais negativa, demonstrando menos satisfação. Destaca-se que na investigação foram recolhidos dados somente de mulheres que tiveram o parto durante a pandemia, o que pode ter impactado fortemente na experiência de parto, uma vez que houve mudanças de protocolos que impediam a presença do acompanhante, além do aumento nos níveis de ansiedade e depressão no Brasil, comparados a dados anteriores à pandemia entre mulheres portuguesas (Barros et al., 2021b).

Além do já referido, verificou-se que, embora a literatura aborde pouco a ansiedade sentida durante o parto, existem vários estudos sobre o medo do parto, que frequentemente mencionam a ansiedade. Apesar de o medo não ter sido medido diretamente no presente estudo, os resultados da literatura sobre esta variável, dada a sua associação à ansiedade, permitem levantar algumas hipóteses.

Um fator que se destaca como influenciador do medo relacionado com o parto é a nacionalidade. Uma revisão sistemática realizada em dezoito países revelou uma prevalência global de 14% para medo extremo do parto, com variações regionais significativas: 12% na Escandinávia, e 8% no resto da Europa, 23% na Austrália e 11% na América do Norte (O'Connell et al., 2017). De forma consistente, um estudo realizado na China identificou 22% de mulheres com medo moderado e 6% com medo grave do parto (Zhou et al., 2021b). Estas diferenças podem estar associadas a fatores culturais, métodos de avaliação distintos e variações nas definições de medo do parto. Na literatura, medo do parto e ansiedade são muitas vezes considerados conceitos relacionados, surgindo de forma concomitante (Durmishi, 2024; Nilsson et al., 2018), considerando-se que o medo do parto poderá refletir sintomas de ansiedade. Lukasse et al. (2014)

analisaram o medo do parto em primíparas e múltiparas de seis países europeus e identificaram diferenças significativas entre os países. Desta forma, pode-se conjecturar que a ansiedade também varie em função do contexto cultural ou regional.

Relativamente à paridade, esta variável encontra-se presente em alguns estudos sobre medo do parto. No estudo de Deng et al. (2021), que comparou medo do parto e intensidade da dor entre primíparas e múltiparas durante o trabalho de parto, verificou-se que as primíparas apresentaram níveis mais elevados de medo e maior sensibilidade à dor, com diferenças significativas entre grupos. De forma semelhante, Huang et al. (2024) investigaram a autoeficácia, o medo do parto e a dor do trabalho de parto, concluindo que as primíparas apresentavam níveis significativamente mais altos de medo do parto do que as múltiparas. Da mesma forma, no estudo de Jokić-Begić et al. (2014), que avaliou o medo do parto em primíparas e múltiparas no último trimestre da gravidez, constatou-se que as primíparas apresentavam maior medo do parto.

Halldórsdóttir e Karlsdóttir (1996) destacam que, quando as necessidades da parturiente são atendidas durante o trabalho de parto e o parto, a experiência tende a ser vivida de forma positiva, enquanto a ausência desse suporte se associa a sentimentos de ansiedade e impotência. O acompanhamento cuidadoso e competente das parteiras e dos restantes profissionais de saúde, incluindo atenção às necessidades de controlo, cuidado e segurança, permite que a mulher se sinta confiante e participante ativa no processo. O conhecimento e a compreensão acerca do trabalho de parto e do parto são também fatores que contribuem para a redução do medo e da ansiedade. Adquirir informações sobre o parto proporciona conforto, permitindo que compreendam a raridade de algumas complicações e se preparem para a experiência (Fenwick et al., 2015; Serçekuş & Okumuş, 2009). Contudo, para algumas mulheres, a perceção de receber demasiada informação pode ter efeitos negativos, ao aumentar a consciência sobre o que poderá acontecer e perpetuar o medo (Serçekuş & Okumuş, 2009). No estudo de Semedo et al. (2020) sobre a ansiedade em pacientes que realizaram ressonância magnética, verificou-se que a existência de informações e uma comunicação adequadas sobre a ressonância magnética, recebidas dos profissionais de saúde, reduziram a ansiedade dos pacientes. Podemos hipotetizar que o mesmo se verifique relativamente à ansiedade no parto, prevendo que quanto mais informação relevante e fidedigna sobre o parto as parturientes obtiverem antes do mesmo, mais tranquilas e confiantes ficarão.

Por fim, a preocupação com cuidados inadequados ou desrespeito pode também gerar ansiedade, sobretudo em mulheres com experiências prévias negativas (Matinnia et al., 2015). Desta forma, é importante que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação de confiança, prestando apoio emocional aos puérperas. Adicionalmente, e quando apropriado, podem também recorrer a técnicas de relaxamento, como respiração profunda ou meditação, de modo a tornar a experiência do parto mais familiar, controlável e segura, atenuando a ansiedade e o stresse (Durmishi, 2024).

1.7. Formulação do Problema de Investigação

Tendo em conta o supracitado, apesar de demonstrada a importância da comunicação, da experiência e das perceções das parturientes e puérperas durante as fases do parto, existem ainda, face à pesquisa realizada, poucos instrumentos que avaliem especificamente a satisfação das puérperas com a comunicação com os profissionais de saúde.

Deste modo, surgem assim dois estudos diferentes. Através do Estudo 1, perseguiram-se os objetivos de: (a) conceber um instrumento para avaliação da satisfação das puérperas com a comunicação com os profissionais de saúde; (b) e, realizar um estudo-piloto de forma a testar o instrumento desenvolvido.

No Estudo 2, estabeleceram-se como objetivos: (a) observar acerca da validade e fiabilidade da escala de AP numa amostra de puérperas; (b) avaliar a ansiedade das puérperas quanto à sua experiência hospitalar, retrospectivamente, desde a admissão até à alta médica; e (c) analisar a relação entre a nacionalidade, paridade e as expectativas das puérperas quanto à ansiedade.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por 93 puérperas, que tiveram um parto eutócico, com idade entre 18 e 43 anos ($Mdn = 30$), sem perturbação aparente, que se deslocaram ao hospital para realizar o parto. Foram seleccionadas de forma não-probabilística, no Serviço de Obstetrícia de um hospital central.

Por ser composta por puérperas, a amostra contém apenas participantes do sexo feminino, casadas ou em união de facto (66%), maioritariamente Portuguesas (73%), com um nível de escolaridade correspondente ao ensino secundário (43%), com dois filhos (42%), e múltiparas (68,8%).

Tabela 1.

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variáveis Sociodemográficas		<i>n</i>	%
Idade	Menos de 20 anos	5	5.4
	20-29 anos	42	45.2
	30-39 anos	41	44.1
	40 anos ou mais	5	5.4
Nacionalidade	Portuguesa	73	78.5
	Brasileira	14	15
	Outra	6	6.5
Estado civil	Solteira	27	29
	Casada	30	32.3
	União de facto	36	38.7
Número de filhos	1 filho	29	31.2
	2 filhos	42	45.1
	3 ou mais filhos	22	23.7
Nível de escolaridade	Ensino básico ou inferior	25	26.9
	Ensino secundário	43	46.2
	Ensino superior	25	26.9
Paridade	Primípara	29	31.2
	Múltipara	64	68.8

2.2. Materiais

2.2.1. *Questionário Sociodemográfico*

O Questionário Sociodemográfico foi utilizado para recolher as informações sociodemográficas que caracterizam a amostra e operacionalizar as variáveis, tais como: idade, em anos; nacionalidade; estado civil, número de filhos, nível de escolaridade e paridade. A variável idade foi operacionalizada em 1 = Menos de 20 anos; 2 = entre 20-29 anos; 3 = entre 30-39 anos e 4 = 40 anos ou mais. O nível de escolaridade foi operacionalizado em 1 = Ensino básico; 2 = Ensino secundário e 3 = Ensino superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento). A variável estado civil foi operacionalizada em 1 = solteira; 2 = casada e 3 = união de facto. A variável número de filhos foi operacionalizada em 1 = 1 filho; 2 = 2 filhos e 3 = 3 ou mais filhos. A variável paridade foi operacionalizada em 1 = primípara e 2 = múltipara.

2.2.2. *Questionário de Satisfação com a Comunicação com os Profissionais de Saúde*

Foi realizada observação direta não estruturada, com registo narrativo num diário de campo (Burgess, 1997), abrangendo o processo de comunicação entre os profissionais de saúde e as puérperas desde a admissão até à alta hospitalar. Foram também realizadas entrevistas estruturadas, conduzidas com um estilo não diretivo, de forma a conhecer a perceção das puérperas sobre a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde. Os itens presentes no questionário de satisfação com a comunicação foram elaborados com base em quatro fontes: nos dados recolhidos através das entrevistas realizadas; nas informações recolhidas através dos profissionais de saúde durante a observação; na revisão de literatura; e num protocolo de procedimento fornecido pelo serviço de Obstetrícia do hospital.

O questionário encontra-se dividido em vários momentos, elaborados por ordem cronológica desde que a parturiente é admitida no serviço de obstetrícia até que tem alta: Entrada no serviço, Sala de admissão, Sala de dilatação, Sala de parto, Sala de recobro e Puerpério. É importante referir que nem todas as dimensões da comunicação mencionadas a seguir estão presentes em todos os momentos do questionário, pois algumas deixam de ser relevantes a partir de determinados pontos do processo. A sequência de momentos a serem incluídos no questionário foi escolhida com base na observação efetuada no serviço

de obstetrícia, nas informações recolhidas através dos profissionais de saúde e na informação fornecida pelas puérperas durante as entrevistas acerca do seu trajeto.

Na Entrada no serviço (primeiro momento) apenas são incluídos dois itens, que não se repetem ao longo do questionário. Um deles é relativo à satisfação da puérpera com a prestação da informação para onde se deve dirigir ao chegar ao serviço, e o outro é relativo à clareza com que lhe são explicadas as informações que recebe nesse momento. Ambos foram incluídos no questionário por constarem no protocolo de acolhimento fornecido pelo serviço.

Posto isto, o questionário avalia a satisfação com a comunicação, subdividida em oito dimensões: (1) apresentação dos profissionais (e.g., “A forma como os médicos se apresentaram”), dividida em dois itens que avaliam a satisfação das puérperas em relação à forma como os profissionais de saúde se apresentaram. Um dos itens é relativo aos médicos e o outro é relativo aos enfermeiros. Esta dimensão foi considerada importante por três razões: encontra-se presente no documento relativo ao acolhimento do utente fornecido pelo serviço de obstetrícia, foi mencionada pelas puérperas durante as entrevistas, e encontra-se presente nas recomendações da WHO (2018);

(2) fornecimento de informações (e.g., “A informação fornecida pelos profissionais sobre os passos que se seguiriam, relativos ao parto”), dividida em dois itens, o primeiro que avalia a satisfação das puérperas com a explicação dos profissionais sobre as normas e regulamentos do serviço, e o segundo sobre a informação fornecida pelos profissionais sobre as etapas relativas ao parto. O primeiro item apenas se aplica na Sala de admissão, dado que é algo específico que acontece quando a parturiente entra no serviço, não estando presente em nenhum outro momento. O primeiro item foi incluído pois constava no protocolo de acolhimento referido anteriormente, e o outro item revelou ter importância para as puérperas durante as entrevistas, sendo também referido nas recomendações da WHO (2018) e na restante revisão de literatura (Hodnett, 2002; OE & APEO, 2012; Thomson & Downe, 2010);

(3) promoção de autonomia (e.g., “Pedido de permissão para realizar os procedimentos necessários”), constituída por dois itens que avaliam a satisfação com o aviso prévio sobre os procedimentos a serem realizados e o pedido de permissão para realizar os procedimentos necessários. Esta componente mostrou ser importante tanto

para os profissionais de saúde como para as puérperas. Aparece referido nas recomendações da WHO (2016) e WHO (2018);

(4) clareza (e.g., “Clareza dos profissionais na transmissão das informações necessárias”), constituída por dois itens. Um, avalia a clareza dos profissionais de saúde na transmissão das informações necessárias, de forma mais geral, e está presente em todos os momentos do questionário. O outro item avalia a clareza dos profissionais na transmissão das informações apenas relativas à amamentação e aplica-se apenas no Puerpério. A clareza com que as informações são transmitidas foi uma parte da comunicação referida como muito importante pelas puérperas e consta nas recomendações da WHO (2018);

(5) comportamento não-verbal (e.g., “Com o tom de voz utilizado”), que se divide em dois itens, um relativo aos aspetos cinésicos, que avalia a satisfação com o olhar, as expressões faciais e o toque dos profissionais, e o outro relativo aos aspectos paralinguísticos, que avalia a satisfação com o tom de voz. Esta componente demonstrou ser algo bastante revelante para as puérperas durante as entrevistas e também para os profissionais, aparecendo mencionado nas recomendações da WHO (2018);

(6) comportamento de escuta ativa (e.g., “A disponibilidade da equipa para esclarecer dúvidas”), que se divide em três itens, que avaliam a satisfação com a disponibilidade de escuta dos profissionais, a atenção dos profissionais às suas preocupações e a disponibilidade da equipa para esclarecer dúvidas. Esta componente foi referida na literatura (Ekstrom & Nissen, 2006; WHO, 2018), e nas entrevistas realizadas com as puérperas, como sendo fundamental;

(7) impacto dos comportamentos de comunicação dos profissionais de saúde na parturiente (e.g., “Sentimento de acolhimento pela equipa”), que se encontra dividida em dois itens que avaliam a confiança que os profissionais de saúde transmitem às puérperas e o sentimento de acolhimento pela equipa. Esta última componente foi referida no protocolo de acolhimento ao utente, pelas puérperas, e na literatura (Tocchioni et al., 2018; WHO, 2018);

e, (8) comunicação interpessoal dos profissionais de saúde (e.g., “A forma como os profissionais de saúde comunicaram entre si”), que é composta por dois itens que avaliam a forma como os profissionais comunicam entre si, de forma clara ou confusa, e a forma como se relacionam entre si, de forma afável, ou conflituosa. Esta dimensão foi

inserida pois a comunicação dos profissionais entre si foi percebida como sendo algo que influencia a satisfação das puérperas com a experiência de parto (Cullati et al., 2019; OE & APEO, 2012).

A expectativa das puérperas em relação ao parto (“Antes de vir para o hospital para ter o bebê, tinha expectativas de como seria a experiência de parto?”) foi um fator também avaliado no questionário dado que pode ter influência na percepção das puérperas face à comunicação dos profissionais. Esta dimensão possui apenas uma questão que abordava a existência, ou não, de expectativas, e a sua conotação, e não utiliza uma escala de resposta igual ao restante questionário, dividindo-se apenas entre 1 = A puérpera não tinha expectativas, 2 = A puérpera tinha expectativas positivas, ou 3 = A puérpera tinha expectativas negativas. Foi inserida pois demonstrou ter importância para as puérperas e é mencionada na literatura (Soet et al., 2003; Webb et al., 2021). Esta dimensão surge incluída no questionário de satisfação mas pode também ser trabalhada individualmente.

Relativamente à distribuição das dimensões referidas ao longo do questionário, é de mencionar que: a Apresentação dos profissionais de saúde, a promoção de autonomia, a Clareza, o Comportamento não-verbal, o Comportamento de escuta ativa e o Impacto dos comportamentos de comunicação dos profissionais de saúde na parturiente repetem-se em todos os momentos do trajeto da puérpera; a dimensão de Fornecimento de informações apenas se repete na sala de admissão, sala de dilatação e na sala de parto, dado que após o parto já não faz sentido ser incluída; a última dimensão e as questões relativas à expectativa face ao parto encontram-se presentes apenas uma vez, no fim do questionário.

É também importante salientar que o questionário avalia a satisfação das puérperas com a comunicação com os profissionais de saúde no geral, incluindo enfermeiros, médicos e auxiliares de saúde, não fazendo qualquer distinção entre categorias.

O questionário é composto por 71 itens e utiliza uma escala de grau de satisfação, de cinco pontos que vai do 1 = Muito insatisfeita até ao 5 = Muito satisfeita, incluindo também uma categoria adicional para casos de não aplicabilidade, 6 = Não se aplica.

2.2.3. Escala de Ansiedade Percebida

A Ansiedade Percebida (AP) foi operacionalizada através das subescalas de ansiedade e stresse da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS-21;

Pais-Ribeiro et al., 2004), previamente validadas para o contexto hospitalar por Semedo et al. (2020), em pacientes submetidos a ressonância magnética (RM). Nesse estudo, a subescala de depressão foi excluída por não se adequar ao objetivo da investigação. A validação estrutural das duas subescalas, baseada em dados recolhidos antes da realização da RM, foi conduzida por meio de Análise Fatorial Confirmatória (AFC), em contraste com a Análise de Componentes Principais utilizada nos estudos de Lovibond e Lovibond (1995) e Pais-Ribeiro et al. (2004). Os resultados evidenciaram uma elevada correlação entre os fatores de ansiedade e stresse ($r = .95$), indicando ausência de validade discriminante entre si, razão pela qual os 14 itens foram colapsados num só fator latente, Ansiedade Percebida (AP). A validade convergente (VC) da solução unifatorial obtida, aferida através do valor da variância média extraída, foi de .74, e a fiabilidade compósita (FC) foi de .98 (Semedo et al., 2020).

Assim, a escala de Ansiedade utilizada na presente investigação é uma versão adaptada da escala *Depression Anxiety and Stress Scales (DASS)*, composta por 14 itens das subescalas de ansiedade e stresse, avaliados numa escala de 4 pontos, que varia entre 0 = “não se aplicou nada a mim” e 3 = “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os indicadores de ansiedade incluem sintomas relacionados com o medo e ansiedade situacional (e.g., “Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso”), enquanto os indicadores de stresse refletem estados percebidos de excitação e tensão persistentes (e.g., “Senti dificuldade em me relaxar”).

2.3. Procedimento

A amostra, para ambos os estudos, é composta por 93 puérperas, que se deslocaram ao hospital para realizar o parto, selecionadas de forma não-probabilística (Garson, 2012). Justifica-se este tipo de amostragem pelo facto de a recolha de dados ser realizada durante períodos pré-definidos, por conveniência do serviço e disponibilidade do hospital e da investigadora. Face a essas contingências, foi realizada sempre no período da tarde. Os dados foram recolhidos entre fevereiro e junho de 2025, no serviço de Obstetrícia de um hospital público do Alentejo Central, em Portugal, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde. Constituiu-se inicialmente uma amostra de 100 parturientes. No entanto, como as primeiras sete puérperas não responderam a todos os itens, foram excluídas da amostra.

Definiram-se como critérios de inclusão na amostra, ter idade igual ou superior a 18 anos, e ter tido um parto eutócico. Os critérios de exclusão foram a presença de perturbação aparente, e um tipo de parto distócico ou cesariana.

No Estudo 1 o processo de recolha de dados foi desenvolvido em três fases. A primeira fase consistiu na identificação e análise das fontes de informação utilizadas pelos profissionais de saúde para orientar as parturientes no serviço de Obstetria. Tendo como objetivo compreender quais as dimensões que eram consideradas mais relevantes no acolhimento das parturientes aquando da sua chegada ao serviço, incluiu alguns aspetos relacionados com a comunicação, como apresentação da equipa. E na observação direta, não estruturada, de todo o processo, efetuando o registo narrativo escrito dessa informação, num diário de campo (Burgess, 1997). Esta observação contemplou o processo desde a admissão da grávida para o parto, até ao momento da alta pós-parto, e teve por objetivo conhecer os momentos comunicacionais mais significativos. Durante esta fase tivemos também a oportunidade de comunicar com os profissionais de saúde, de forma a recolher várias informações importantes relativas a todo o processo, como o conhecimento das fases da experiência de parto e alguns aspetos da comunicação considerados importantes pelos profissionais.

A segunda fase consistiu no desenvolvimento do questionário sociodemográfico (paridade, idade, nacionalidade, estado civil, número de filhos e nível de escolaridade), e do questionário de satisfação com a comunicação com os profissionais de saúde. Foram também realizadas entrevistas estruturadas, conduzidas com um estilo não diretivo, a cinco puérperas, três portuguesas e duas brasileiras. As entrevistas foram realizadas durante o puerpério, após o parto, antes da alta hospitalar, e tiveram como objetivo questionar as puérperas relativamente às dimensões da comunicação que consideravam que mais impactaram a sua experiência, desde a entrada no serviço até ao momento da entrevista, tal como delinear todo o percurso que realizaram até aquele momento. A informação recolhida através das entrevistas permitiu organizar o questionário, em função do percurso das puérperas (garantindo validade ecológica), e também percepcionar alguns aspetos relativos à comunicação com os profissionais que eram importantes para as mesmas, de forma a serem incluídos no questionário. Após esse momento, ocorreu a escolha dos itens que estariam presentes no questionário, através do método de consenso entre 3 juízes independentes, mediante reflexão falada. Por prudência, antes de serem

aplicados os instrumentos às puérperas, realizou-se uma administração piloto a uma pessoa, para apreciação acerca da compreensibilidade das questões, bem como o cálculo do tempo médio de administração. Esta ação teve também como intuito aumentar a familiaridade da investigadora com os instrumentos e o treino da mesma com a sua administração.

Na última fase foram heteroadministrados oralmente às puérperas o questionário sociodemográfico e o questionário de satisfação com a comunicação com os profissionais de saúde. Os instrumentos foram aplicados na fase de puerpério, perto da data da alta médica. Durante esta fase, a investigadora dirigia-se ao serviço de Obstetria de forma a verificar se novas puérperas se encontravam internadas e, posteriormente, se respeitavam os critérios de inclusão propostos para a recolha. Caso se verificassem as condições referidas, a recolha de dados era realizada. As puérperas encontravam-se em enfermarias partilhadas, compostas por três camas lado a lado, estando em contacto frequente com outras puérperas, as suas famílias, e os profissionais de saúde.

A recolha de dados foi realizada com recurso a um dispositivo móvel pessoal, no qual foram inseridos os dados provenientes dos instrumentos aplicados, diretamente numa folha de excel, facilitando assim o seu registo imediato. O processo de recolha durou cerca de cinco meses. O tempo médio de aplicação foi de cerca de 30 minutos (questionário sociodemográfico, questionário de satisfação e escala de ansiedade percebida).

A recolha de dados no Estudo 2, foi realizada em simultâneo com o primeiro estudo, sendo a Escala de Ansiedade Percebida heteroadministrada em conjunto com os restantes instrumentos. O questionário de satisfação e a escala da Ansiedade Percebida foram contrabalançados participante-a-participante, de forma a evitar efeitos de arrastamento, fenómeno que ocorre quando a ordem de aplicação dos instrumentos influencia os resultados, sendo a opção 1 = 1º questionário de satisfação e 2º escala de ansiedade e a opção 2 = 1º escala de ansiedade e 2º questionário de satisfação.

A participação no presente projeto de investigação foi voluntária e autorizada através da assinatura de um Termo de Consentimento Informado (TCI), apresentado às participantes, previamente à recolha de dados. O objetivo e o enquadramento dos estudos foram referidos, e explicadas as questões relativas ao anonimato, à confidencialidade dos dados e à forma como a informação seria trabalhada, conjuntamente com a de todos os

participantes. Foi referido o direito de desistir da participação, sem qualquer prejuízo, e enunciada a possibilidade de receberem os resultados relativos a ambos os estudos. No final de cada aplicação foram sempre agradecidas a disponibilidade e participação.

Não foram recolhidos elementos de identificação das parturientes, apenas as informações referidas no questionário sociodemográfico. Os registos estão à guarda da investigadora que os destruirá assim que deixem de ser necessários à investigação.

Num momento prévio à recolha dos dados, este estudo foi apreciado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora e pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC), bem como pelo Diretor do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, que lhe atribuíram parecer positivo (anexos a este documento). Finalmente, foi aprovado pelo Conselho de Administração da ULSAC.

Este estudo seguiu um método quantitativo através de um *design* transversal, pois os dados foram recolhidos uma única vez no tempo.

2.4. Análise de Dados

Os dados foram primeiramente inseridos no programa *IBM SPSS Statistics for Windows (versão 26.0)*, com o propósito de se proceder à descrição das características sociodemográficas da amostra, realizando-se também uma análise da distribuição das respostas dos itens do questionário de satisfação e da escala de Ansiedade Percebida.

Posteriormente, para a realização das restantes análises estatísticas, utilizou-se o *software JASP* (versão 0.19.3, <https://jasp-stats.org/>). Foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), que se baseou no método de estimação dos Mínimos Quadrados Ponderados Diagonalmente (*Diagonally Weighted Least Squares; DWLS*), utilizando correlações policóricas, uma vez que este é mais adequado quando se está na presença de variáveis ordinais (Li, 2016).

Seguindo Hu e Bentler (1998), a qualidade do ajustamento do modelo foi examinada através dos seguintes índices: *Comparative Fit Index (CFI)*, *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*, e *Root Mean Square Residual (SRMR)*. Para cada um destes índices foram previamente definidos os valores de corte: (a) *CFI*: valores entre [.90-.95] indicam um bom ajustamento e valores maiores do que .95 apontam para um ajustamento muito bom; (b) índice *RMSEA*: valores entre [.05-.10] são aceitáveis e valores iguais ou menores do que .05 sugerem um bom ajustamento; e (c) *SRMR*: valores iguais ou menores do que .08 são classificados como tendo um bom ajustamento.

O modelo resultante da AFC foi alvo de aferição quanto às suas propriedades psicométricas (Anderson & Gerbing, 1988), a saber: (a) validade fatorial: os itens que permanecem no modelo devem registrar pesos fatoriais estandardizadas (λ) iguais ou maiores do que .50, podendo estas ser classificadas quanto à sua qualidade, e.g., excelente ($\lambda > .71$), muito bom ($\lambda > .63$), bom ($\lambda > .55$), aceitável ($\lambda > .45$) e pobre ($\lambda > .32$) (Comrey & Lee, 1992), e os respectivos coeficientes de determinação/comunalidades, isto é, a quantidade de variância do item capturada pelo fator (R^2), cujos valores de referência para uma magnitude de efeito fraca foi $R^2 = .01$, para uma magnitude de efeito moderada foi $R^2 = .09$ e para uma magnitude de efeito elevada foi $R^2 = .25$ (Cohen, 1988); (b) validade convergente: com recurso ao coeficiente de Variância Média Extraída (VME), que deve apresentar um valor igual ou superior a .50 (Bagozzi & Yi, 1988; Fornell & Larcker, 1981); e (c) fiabilidade: através do coeficiente ómega de McDonald (ω ; McDonald, 1999; Zhang & Yuan, 2015), cujos valores podem ser, segundo Sharma (1996) classificados como excelente ($\omega \geq .90$), muito bom (.80-.90) e bom (.70-.80). Valores de fiabilidade iguais ou superiores a .80 revelam uma boa consistência interna, o que possibilita a comparação entre grupos (Nunnally & Bernstein, 1994).

Ao verificar os pesos fatoriais estandardizados de cada item, observou-se que o item cinco possuía um peso fatorial inferior ao valor de corte definido pela literatura ($\lambda < .50$), pelo que foi excluído e foi conduzida uma nova AFC. Após a exclusão do item, foi realizado, com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics for Windows (version 26.0)*, o somatório das respostas de todos os 13 itens da escala obtendo a variável da Ansiedade Percebida (AP).

Seguidamente, para comparar os níveis de AP entre os diferentes grupos, foi realizada uma análise de variância bayesiana (ANOVA fatorial Bayesiana), com recurso ao *software JASP*. Tendo em conta o número reduzido de participantes neste estudo, face à potência estatística necessária para realizar as estatísticas clássicas (Norouzian & Plonsky, 2017), recorreu-se às estatísticas Bayesianas (Wagenmakers et al., 2018b) para análise dos resultados. Verifica-se que esta abordagem consegue superar problemas relacionados ao baixo poder estatístico em testes de hipótese, uma vez que os fatores de Bayes não dependem de conjuntos de dados hipotéticos ou de planos de amostragem, mas sim dos dados efetivamente recolhidos (Wagenmakers et al., 2018b). Os resultados foram analisados com o fator de Bayes (FB_{10}) para testar a força da evidência em relação à

hipótese alternativa (H_1), em comparação com a hipótese nula (H_0), que assume a ausência de quaisquer efeitos entre as variáveis (Wagenmakers et al., 2018a). No caso da presente investigação a H_1 corresponde à existência de uma relação significativa entre as variáveis passivas e os níveis de ansiedade percebida nas puérperas, enquanto a hipótese nula (H_0) assume a ausência de tal relação.

Por exemplo, assumindo probabilidades a priori de 50% tanto para H_0 quanto para H_1 (isto é, $FB = 1.00$), um valor de FB_{10} igual a cinco indica que os dados são cinco vezes mais prováveis sob H_1 do que sob H_0 (Wagenmakers et al., 2018a). A interpretação dos fatores de Bayes (FB_{10}) seguiu os critérios propostos na literatura: considera-se evidência a favor de H_1 extrema quando o FB_{10} é superior a 100; muito forte entre 100 e 30; forte entre 30 e 10; moderada entre 10 e 6; leve entre 6 e 3; anedótica entre 3 e 1; e inexistente quando igual a 1. Por sua vez, a evidência a favor de H_0 é considerada anedótica quando o FB_{10} se encontra entre 1 e .33; moderada entre .33 e .10; forte entre .10 e .03; muito forte entre .03 e .001; e extrema quando inferior a .001 (Wagenmakers et al., 2018a).

Durante a análise de variância Bayesiana observou-se que a inclusão da variável nacionalidade em interação com outros fatores originava células vazias, ou seja, combinações de níveis sem qualquer observação na amostra. Esta situação inviabiliza a estimação do modelo, uma vez que a ANOVA Bayesiana requer dados em todas as combinações de níveis dos fatores para calcular os efeitos principais e de interação. Para ultrapassar esta limitação e garantir a viabilidade da análise estatística, procedeu-se à recodificação da variável nacionalidade, originalmente medida em 3 níveis, 1 = Portuguesa ($n = 73$), 2 = Brasileira ($n = 14$) e 3 = Outro, ($n = 6$), fundindo-se no nível 2 os originais 2 e 3, e no nível 1 os restantes. Após a recodificação, nível 1 = Portuguesa ($n = 73$) e nível 2 = Brasileira e Outro ($n = 20$). O nível 2 será designado, daqui em diante por Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), sendo composto maioritariamente por mulheres Brasileiras, mas também incluindo mulheres Angolanas e mulheres Cabo-Verdianas. Esta decisão foi tomada com base em critérios de parcimónia analítica e adequação estatística de forma a manter a robustez da análise, reduzindo a complexidade do modelo face ao tamanho de amostra disponível e preservar a relevância teórica da variável.

Posteriormente, realizou-se, através do *software JASP*, uma análise descritiva das variáveis passivas: Nacionalidade (1 = Portuguesa e 2 = CPLP), Paridade (1 = Primíparas

e 2 = Multíparas) e Expectativas em relação ao parto (0 = sem expectativas, 1= expectativas positivas e 2 = expectativas negativas) em relação à AP. Para tal, o ficheiro inicial foi decomposto em vários ficheiros de acordo com as variáveis, permitindo obter as médias de AP para cada grupo.

Por fim, para explorar a distribuição das respostas relativas à variável das expectativas, recorreu-se à estatística descritiva e à análise de frequências, de forma a identificar a prevalência das diferentes categorias de resposta.

3. Resultados

No Estudo 1, através das estatísticas descritivas realizadas observou-se que os itens presentes no questionário de satisfação eram constantes e não variáveis, apresentando tanto a média como a moda das respostas iguais a cinco. Devido à ausência de variabilidade, não foi possível realizar análises estatísticas inferenciais ou comparativas.

No Estudo 2, o ajustamento do modelo foi avaliado pelos índices *CFI*, *RMSEA* e *SRMR*, antes, e após a eliminação do item cinco, a observar na Tabela 2. Para o Modelo 2, os valores de corte propostos pela literatura para os índices *CFI* e *RMSEA* foram respeitados, incluindo valores muito bons tanto de *CFI* como *RMSEA* sugerindo um bom ajustamento do modelo. O valor de *SRMR*, encontra-se ligeiramente acima do indicado na literatura (Hu & Bentler, 1998).

Tabela 2.

Medidas de Ajustamento Global do Modelo

Modelo	CFI	RMSEA[IC 90%]	SRMR
M ₁	.999	.022[.000; .064]	.089
M ₂	.997	.035[.000; .073]	.089

Nota. M₁ = modelo com 14 itens; M₂ = modelo com 13 itens. *CFI* = comparative Fit Index; *RMSEA* = root Mean Square Error of Approximation; *SRMR* = root Mean Square Residual.

Após realização da AFC, um dos itens da escala foi excluído, dado que possuía um peso fatorial inferior ao valor de corte definido pela literatura ($\lambda = .26$), sendo também

o item que pior representava o fator ($R^2 = .07$; magnitude de efeito fraca). Foi conduzida uma nova AFC (ver Tabela 3).

Para o Modelo 2, com os 13 itens, calculou-se a Variância Média Extraída (VME, validade convergente), que apresentou um valor muito perto do desejável, e o coeficiente ômega, que obteve um valor acima do valor desejável, ultrapassando o critério recomendado para investigação e comparações entre grupos (ver Tabela 3).

Tabela 3.

Pesos Fatoriais Estandarizados e Comunalidades dos Itens da Escala de Ansiedade Percebida

Item	M ₁		M ₂	
	λ	R^2	λ	R^2
9	.83	.69	.83	.69
8	.80	.65	.81	.65
11	.80	.64	.80	.63
1	.80	.64	.80	.64
6	.79	.63	.79	.63
10	.77	.60	.77	.60
4	.75	.56	.75	.57
12	.72	.52	.72	.52
14	.63	.40	.63	.40
7	.61	.38	.62	.38
13	.56	.31	.56	.31
3	.47	.22	.47	.22
2	.42	.18	.42	.17
5	.26	.07	-	-
VME	.46		.49	
ω	.90		.91	

Nota. M₁ = modelo com 14 itens; M₂ = modelo com 13 itens. VME = variância média extraída (validade convergente); λ = peso fatorial estandardizado; R^2 (comunalidade) = $1 - \varepsilon$ (variância do resíduo estandardizada); ω = fiabilidade.

Foi realizado o somatório das respostas aos 13 itens da escala, originando a variável Ansiedade Percebida (AP). No somatório obteve-se um leque de pontuação que variou entre 0 e 37 (intervalo teórico: 0–39), com $M = 11.27$ e $DP = 8.11$.

Ao comparar os níveis de AP entre os diferentes grupos observou-se que os valores do fator de bayes foram todos considerados anedóticos, tanto para efeitos principais, como para interações entre fatores (Wagenmakers et al., 2018a). Nem as interações de primeira ordem, nem as de segunda ordem demonstraram uma magnitude de efeito relevante (ver Tabela 4).

Posto isto, ao realizar uma análise descritiva das variáveis passivas em relação à AP, e obtendo as médias para cada grupo, observou-se que não existem diferenças entre os grupos (ver Tabela 4).

Tabela 4.

Médias de Ansiedade Percebida e Fatores de Bayes (FB_{10})

Fatores		M	FB_{10}
Nacionalidade (Nac)	Portuguesas	11.44	
	CPLP	10.65	.27
Paridade (Par)	Primíparas	11.10	
	Múltiparas	11.34	.23
Expectativas (Exp)	Não tem	11.64	
	Positivas	10.67	.12
	Negativas	11.33	
Nac x Par	-	-	.78
Nac x Exp	-	-	.22
Par x Exp	-	-	.22
Nac x Par x Exp	-	-	.78

Nota. M = média de ansiedade percebida; FB_{10} = fator de Bayes (magnitude de efeito); CPLP = comunidade de países de língua portuguesa. Modelos com e sem o efeito são comparados (*across matched models*). Interações de ordem superior são excluídas.

Por fim, a análise de frequências realizada para a variável expectativas permitiu identificar que a categoria mais prevalente foi a ausência de expectativas, em comparação com as puérperas que apresentaram expectativas positivas ou negativas.

4. Discussão

Tal como referido na revisão de literatura, o parto é um evento marcante que influencia o bem-estar físico, psicológico e social da mulher. A experiência de parto pode ser vivida de forma positiva ou negativa, sendo a comunicação com os profissionais de saúde e a ansiedade percebida fatores determinantes nesta experiência (Durmishi, 2024; Fallon et al., 2016; Leinweber et al., 2022; OE & APEO, 2012; Windau-Melmer, 2013).

Apesar de amplamente reconhecida a importância da comunicação e da experiência das parturientes durante o parto, observa-se, com base na revisão de literatura, uma escassez de instrumentos capazes de avaliar especificamente a satisfação das puérperas com a comunicação recebida. Sendo este o foco central do Estudo 1, o objetivo foi conceber e testar um instrumento para medir a satisfação com a comunicação de forma sistemática.

Embora estudos prévios não tenham evidenciado diferenças consistentes na ansiedade em função da paridade, e tenham apenas identificado diferenças relativas ao medo do parto entre diferentes nacionalidades, a influência de fatores como nacionalidade, paridade e expectativas sobre a ansiedade percebida durante a experiência hospitalar permanece pouco explorada. Por esse motivo, estes fatores foram considerados no Estudo 2. Tendo em conta estes pressupostos, surgiram assim dois estudos diferentes.

No primeiro estudo foi: (a) concebido um instrumento para avaliação da satisfação das puérperas com a comunicação com os profissionais de saúde; e, (b) realizado um estudo-piloto de forma a testar o instrumento desenvolvido, na amostra de puérperas. Posteriormente, a análise descritiva realizada revelou problemas graves ao nível da distribuição dos itens, com moda e mediana iguais a cinco, inviabilizando qualquer tratamento estatístico. As respostas ao questionário de satisfação com a comunicação foram uniformemente elevadas, com a maioria das participantes a atribuírem a pontuação máxima (“muito satisfeita”). Este resultado pode indicar que a perceção da comunicação com os profissionais de saúde foi homogênea e extremamente positiva, gerando elevada satisfação (Hollander et al., 2017; Mocumbi et al., 2019; OE & APEO, 2012; Thomson & Downe, 2010; Windau-Melmer, 2013). É importante considerar que a recolha de dados

foi realizada no final do percurso perinatal, um momento de alívio em que as puérperas podem tender a esquecer ou perdoar pequenos acontecimentos negativos, e valorizar mais o resultado final positivo de ter um bebé saudável (WHO, 2018). Desta forma, a experiência seria possivelmente considerada mais positiva e geraria níveis elevados de satisfação.

No entanto, os resultados podem ser interpretados de outras formas, tendo em conta as circunstâncias em que os dados foram recolhidos. É plausível pensar que possa ter existido um efeito de desejabilidade social, que levou as puérperas a escolher respostas mais favoráveis. A recolha, realizada através de instrumentos heteroadministrados em enfermarias partilhadas com outras puérperas, familiares e profissionais de saúde, poderá ter reforçado esse viés, tanto pela presença das outras puérperas, como pela perceção de que as respostas negativas poderiam ser ouvidas e ter consequências na relação com a equipa de profissionais de saúde.

No estudo de Costa et al. (2004), apesar da recolha ter sido realizada em contexto hospitalar, e após o parto, tal como no presente estudo, este fator não interferiu nas análises subsequentes. Pode-se conjecturar que se deveu ao facto de o instrumento ter sido autoadministrado, reduzindo a influência da desejabilidade social. Por outro lado, Pozo-Cano et al. (2020) aplicaram o questionário fora do contexto hospitalar, num momento posterior ao parto, por meio de autopreenchimento, metodologia que também se mostrou eficaz na obtenção de respostas diversificadas. Da mesma forma, no estudo de Dencker et al. (2010) a recolha foi realizada um mês após o parto, e no estudo de Santos et al. (2002) entre um e quatro meses pós-parto, confirmando a eficácia de procedimentos de recolha de dados fora do ambiente hospitalar.

Uma outra alternativa explicativa dos resultados observados é que o facto de as puérperas se sentirem valorizadas por terem a sua opinião escutada, algo que talvez também tenha contribuído para níveis mais elevados de satisfação. A oportunidade de partilhar a sua experiência com alguém que demonstra interesse e disponibilidade pode, por si só, gerar sentimentos positivos, independentemente da avaliação concreta da comunicação com os profissionais. Acresce que o questionário foi heteroadministrado, o que implicava que as participantes respondessem em tempo real a uma pessoa presente, o que pode ter favorecido a ocorrência de desejabilidade social, levando-as a ajustar as

suas respostas para corresponderem a expectativas do que imaginavam ser o desejo da investigadora.

Posto isto, este estudo deverá ser replicado, e de forma a mitigar o efeito da desejabilidade social, a recolha de dados deverá ser feita fora do contexto hospitalar, num momento posterior à alta da puérpera, com uma data e local escolhidos por ela, respeitando sempre o seu tempo de recuperação. Poderá também optar-se por realizar a recolha de dados de forma autoadministrada, eliminando a influência da desejabilidade social (Dencker et al., 2010). Desta forma talvez possa existir uma maior disponibilidade, envolvimento e diversidade nas respostas das puérperas.

Caso seja observado, em replicações do estudo, que estes resultados não se devem apenas ao contexto em que foi realizada a recolha dos dados, uma explicação alternativa, que se relaciona com o próprio questionário, é a ausência de distinção entre as categorias de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares). As puérperas avaliaram a comunicação de forma global, o que pode ter atenuado perceções negativas de uma categoria devido à avaliação positiva de outra. Por exemplo, uma puérpera que tivesse experienciado uma comunicação insatisfatória com um médico, mas excelente com uma enfermeira, poderia uniformizar as respostas para não prejudicar os profissionais com quem se sentiu bem tratada, atribuindo a pontuação máxima a todos os itens. A ausência de uma avaliação segmentada por categoria profissional pode ter ocultado discrepâncias relevantes e contribuído para a concentração das respostas nos valores mais elevados. Assim, recomenda-se que estudos futuros avaliem separadamente a comunicação de cada grupo profissional, mantendo o mesmo conjunto de itens para cada categoria: A (Médicos), B (Enfermeiros) e C (Auxiliares de Saúde). Para evitar efeitos de arrastamento, sugere-se o contrabalanceamento da ordem de apresentação das categorias, recorrendo a diferentes combinações possíveis (e.g., ABC, CBA, BAC).

Além disso, sugere-se que, de forma a evitar a concentração das respostas das puérperas nos valores mais positivos, o que reduz a variabilidade, dever-se-iam extremar as declarações do questionário (e.g., Estou extremamente satisfeita com...), modificando-as, bem como a escala de resposta que deveria ser *Likert*, de grau de concordância, de cinco pontos.

Adicionalmente, a amostragem não-probabilística por conveniência e a limitação geográfica à recolha de dados num único hospital público do Alentejo Central podem

conduzir a uma amostra idiossincrática, refletindo características específicas deste contexto e não sendo necessariamente representativa de outras populações de puérperas. Estas duas limitações reforçam a necessidade de, no futuro, replicar o estudo com amostras independentes, em diferentes contextos assistenciais, como hospitais de outras zonas do país, ou clínicas privadas.

No segundo estudo, observou-se a validade e fiabilidade da escala de AP numa amostra de puérperas, avaliou-se retrospectivamente a sua ansiedade quanto à experiência hospitalar, desde a admissão até à alta médica e analisou-se a relação entre a nacionalidade, paridade e as expectativas das puérperas quanto à ansiedade.

Neste sentido, foi observado que os valores de corte propostos pela literatura para os índices *CFI* e *RMSEA* foram respeitados, apresentando valores muito bons para ambos os índices, sugerindo um bom ajustamento do modelo. O valor do *SRMR*, contudo, situou-se ligeiramente acima do recomendado, indicando que ainda poderiam ser feitas melhorias (Hu & Bentler, 1998). Os pesos fatoriais estandardizados dos itens, na sua maioria, apresentam uma associação excelente e muito boa com o fator latente (Comrey & Lee, 1992). Observou-se também uma variância média extraída muito próxima do valor desejado, garantindo evidências de validade (Bagozzi & Yi, 1988; Fornell & Larcker, 1981), e um valor de ómega acima do valor desejado, demonstrando fiabilidade (Sharma, 1996) nesta população específica e ultrapassando o critério recomendado para investigação e comparações entre grupos (Nunnally & Bernstein, 1994). Estes resultados mostram a validade estrutural da escala na amostra de puérperas.

Apesar disto, observou-se que um dos itens revelou um peso fatorial inferior ao valor de corte definido, sendo considerado ambíguo, e não sendo, por isso, adequado para a população em estudo. O item em questão corresponde ao item cinco (“Senti tremores”). Este resultado poderá refletir, tal como no Estudo 1, a presença de um efeito de desejabilidade social, tendo em conta o contexto de administração, tal como a falta de validade ecológica do item neste contexto, uma vez que os tremores não parecem constituir uma manifestação típica de ansiedade durante o parto ou no pós-parto, ao contrário de outros contextos hospitalares.

Tal como no primeiro estudo, o facto de a recolha de dados ter sido realizada em enfermarias partilhadas, onde outras puérperas podiam ouvir as suas respostas, pode ter introduzido um viés de desejabilidade social, inibindo a expressão de sintomas mais

visíveis ou considerados atípicos, como os tremores, em detrimento de sintomas emocionais mais comuns, como sentir-se ansiosa. Pode-se conjecturar que, em futuras replicações do estudo, caso a recolha de dados ocorra num contexto fora do hospital, o item poderá apresentar um desempenho distinto, uma vez que o efeito da desajustabilidade social será provavelmente reduzido.

Os resultados também mostraram que os níveis de AP na amostra de puérperas foram, em média, relativamente baixos, influenciando também os resultados das comparações entre grupos. Relativamente à prevalência de AP na amostra, não se observaram diferenças entre primíparas e múltiparas. Este resultado está em consonância com Nekoei e Zarei (2015), em que também não foram observadas diferenças significativas entre grupos quanto à paridade; contudo, nesse estudo a recolha de dados foi realizada antes do parto, impossibilitando uma comparação direta. De forma semelhante, Shakarami et al. (2021) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre grupos quanto à ansiedade-estado ou ansiedade-traço (STAI), embora a recolha tenha ocorrido durante o trabalho de parto ativo inicial (dilatação), o que, tal como no estudo anterior difere do que foi realizado no presente estudo.

Relativamente à nacionalidade não se observaram diferenças na Ansiedade Percebida (AP) entre puérperas portuguesas e dos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Embora não existam, tanto quanto pudemos observar na literatura, estudos específicos sobre a influência da nacionalidade na ansiedade durante o parto, pesquisas sobre o medo do parto, um constructo relacionado, sugerem que diferenças culturais poderiam existir (Durmishi, 2024; Nilsson et al., 2018; O'Connell et al., 2017; Zhou et al., 2021b; Lukasse et al., 2014). Não podemos inferir, contudo, ainda que os conceitos possam estar relacionados, a existência de uma relação entre ansiedade e nacionalidade semelhante à estabelecida entre medo e nacionalidade, que não se observou no nosso estudo.

Relativamente às expectativas, também não se observaram diferenças entre grupos, sugerindo que os níveis de Ansiedade Percebida (AP) se mantêm semelhantes independentemente de as puérperas terem expectativas positivas, negativas ou inexistentes em relação ao parto. A literatura que relaciona ansiedade e expectativas é escassa, o que limita a possibilidade de comparação direta. No entanto, Lopes et al. (2005) sugerem que a ansiedade sentida no final da gravidez tende a estar associada a

expectativas mais negativas relativamente ao parto. Apesar das diferenças na recolha de dados, uma vez que, no presente estudo, a recolha de dados ocorreu após o parto e não durante a gravidez, não se observou qualquer relação significativa entre ansiedade e tipo de expectativas.

Além disso, tal como no estudo de Lopes et al. (2005), no presente estudo também se observou uma elevada prevalência de respostas que indicavam ausência de expectativas, em comparação com as puérperas que reportaram expectativas positivas ou negativas. Os autores sugeriram que tal ausência poderia estar associada à ansiedade vivida nos momentos que antecedem o parto, período caracterizado pela incerteza e pelo desconhecido (Floris et al., 2017).

A ausência de diferenças entre múltiparas e primíparas, entre portuguesas e puérperas oriundas de países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, e entre grupos com diferentes expectativas relativamente ao parto, pode, possivelmente, ser explicada pelo contexto de recolha de dados. O facto de o questionário ter sido aplicado num ambiente hospitalar, onde outras puérperas e profissionais de saúde podiam ouvir as respostas, pode ter gerado um viés de desejabilidade social, inibindo a expressão de sintomas mais evidentes e levando as participantes a moderar ou uniformizar as suas respostas. Este contexto poderá ter atenuado eventuais diferenças entre grupos, incluindo possíveis variações interculturais.

Além disso, o momento em que a recolha foi realizada, durante o puerpério, após o parto, poderá igualmente ter influenciado os resultados. Nessa fase, as puérperas já tinham passado pela experiência do parto e, provavelmente, as percepções de ansiedade encontravam-se mais estabilizadas. É também possível que, se a recolha tivesse ocorrido na entrada no hospital, diferenças mais pronunciadas, nomeadamente interculturais ou relacionadas com a paridade e com as expectativas, tivessem sido observadas.

Contudo, neste trabalho, ao conjugar os resultados de ambos os estudos, e considerando os elevados níveis de satisfação das puérperas com a comunicação, é plausível conjecturar que a percepção extremamente positiva da comunicação durante a experiência de parto possa ter contribuído para os baixos níveis de Ansiedade Percebida (AP) observados no Estudo 2. Uma vez que uma comunicação adequada pode funcionar como fator protetor face à ansiedade (Salomonsson et al., 2013). É também possível conjecturar que os níveis elevados de satisfação possam justificar a ausência de diferenças

entre grupos no Estudo 2, no que diz respeito à ansiedade. Estando extremamente satisfeitas, não existe variabilidade, e dessa forma não existem diferenças entre grupos.

No entanto, importa sublinhar que satisfação e ansiedade não são conceitos mutuamente exclusivos, podendo coexistir situações de elevada satisfação com a comunicação e, simultaneamente, níveis relevantes de ansiedade associados a outros fatores, como o medo da dor ou preocupações com a saúde do bebé.

No estudo de Santos et al. (2022), observou-se que parturientes com sintomas de ansiedade pré-parto tendiam a relatar menor satisfação com a experiência, sugerindo que a ansiedade pode influenciar a satisfação com o parto. Nos presentes estudos, a ansiedade foi avaliada retrospectivamente, remetendo a puérpera para toda a experiência de parto, e a satisfação referiu-se apenas a um aspeto da experiência, a comunicação com os profissionais de saúde. No entanto, apesar das diferenças metodológicas, é plausível considerar que a ansiedade durante o parto também afete a satisfação com o mesmo. Importa ainda notar que o estudo de Santos et al. (2022) decorreu durante a pandemia, contexto que poderá ter aumentado os níveis de ansiedade e influenciado negativamente a experiência. Deste modo, sugere-se que sejam realizados estudos que analisem a relação entre a ansiedade sentida durante o parto e a satisfação com o mesmo, de forma a retirar conclusões mais fidedignas e consistentes.

Relativamente à avaliação da ansiedade neste contexto, considera-se que poderiam ter sido incluídos conteúdos mais específicos da experiência de parto, nomeadamente relacionados com a dor, reconhecida como um dos principais fatores que geram ansiedade no parto (Floris et al., 2017). A escala utilizada foi validada previamente em pacientes submetidos a ressonância magnética, o que garante a sua robustez psicométrica, mas pode limitar a sua validade de conteúdo no caso das puérperas, uma vez que não contempla necessariamente as particularidades da ansiedade associada ao parto e ao pós-parto imediato.

Tal como no primeiro estudo, a utilização de uma técnica de amostragem não-probabilística por conveniência e a recolha de dados limitada a um único hospital público do Alentejo Central constituem limitações, podendo gerar uma amostra específica deste contexto e não representativa. Estes fatores reforçam a necessidade de futuras replicações com amostras independentes em diferentes contextos assistenciais, como outros hospitais ou clínicas privadas.

5. Conclusão

O presente trabalho permitiu desenvolver e testar, através de um estudo piloto, um instrumento para avaliação da satisfação das puérperas com a comunicação com os profissionais de saúde. Apesar dos problemas identificados, que sugerem a necessidade de replicação, o estudo forneceu dados importantes para a investigação da experiência de parto. No estudo 2, foi possível analisar a Ansiedade Percebida (AP) durante a experiência hospitalar, relacionando-a com variáveis como nacionalidade, paridade e expectativas em relação ao parto, tal como observar a validade e fiabilidade da escala de AP numa amostra de puérperas.

De forma geral, os resultados indicam elevados níveis de satisfação com a comunicação e baixos níveis de AP, sem diferenças significativas em função da paridade, nacionalidade ou expectativas em relação ao parto. Os resultados apresentados podem ser, muito provavelmente, explicados maioritariamente pelas circunstâncias em que foi realizada a recolha de dados, o que evidencia a necessidade de futuras replicações em contextos extra-hospitalares e com metodologias que minimizem vieses, como a desejabilidade social. Este estudo contribui para a compreensão da experiência das puérperas, destacando a comunicação com os profissionais de saúde como um fator central no bem-estar psicológico durante a experiência do parto.

6. Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (M. I. C. Nascimento et al., Trans.). Artmed.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Araújo, M. M. T. de, Silva, M. J. P. da, & Puggina, A. C. G. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 419-425. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300011>
- Bagozzi, R., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94.
- Baranowska, B., Pawlicka, P., Kiersnowska, I., Misztal, A., Kajdy, A., Sys, D., & Doroszevska, A. (2021). Woman's needs and satisfaction regarding the

- communication with doctors and midwives during labour, delivery and early postpartum. *In Healthcare*, 9(4), 382. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
- Barros, M., Aguiar, M., Macedo, A., & Pereira, A. T. (2021a). Validity and reliability of the Perinatal Anxiety Screening Scale in a Brazilian sample of pregnant women. *European Psychiatry*, 64(S1), S606. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1617>
- Barros, M., Aguiar, M., Macedo, A., Azevedo, J., & Pereira, A. (2021b). Levels of depressive and anxious symptoms of pregnant women before vs. during the COVID-19 pandemic. *European Psychiatry*, 64(S1), S398-S399. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1068>
- Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*, 38(3), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2011.00475.x>
- Bell, A. F., Andersson, E., Goding, K., & Vonderheid, S. C. (2018). The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.007>
- Benyamini, Y., Delicate, A., Ayers, S., Dikmen-Yildiz, P., Gouni, O., Jonsdottir, S. S., Stoll, K., Webb, R., Kennedy, H. P., Thomson, G., Downe, S., Sandall, J., & Limmer, C. M. (2024). Key dimensions of women's and their partners' experiences of childbirth: A systematic review of reviews of qualitative studies. *PLOS ONE*, 19(3), e0299151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299151>
- Beserra, G. D. L., Oliveira, P. M. P. D., Pagliuca, L. M. F., Almeida, P. C. D., Anjos, S. D. J. S. B. D., & Pinheiro, A. K. B. (2019). Comunicação não verbal enfermeiro-parturiente no trabalho de parto em países lusófonos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3193. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3032.3193>
- Braga, E. M., & Silva, M. J. P. D. (2007). Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 410–414. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400004>
- Burgess, R. G. (1997). *In the field: An introduction to field research*. Routledge.
- Chemello, M. R., Levandowski, D. C., & Donelli, T. M. S. (2017). Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia*, 21(1), 78–89. <https://doi.org/10.5380/psi.v21i1.46153>

- Chen, L. F., Lee, T. Y., & Chang, Y. C. (2000). *A correlation study of expectations about women's childbirth and birth experience* [Unpublished master's thesis, National Defense University]. Taipei, Taiwan. (In Chinese)
- Cheung, W., Ip, W.-Y., & Chan, D. S. K. (2007). Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.05.001>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 159–187. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250203>
- Cullati, S., Bochatay, N., Maître, F., Laroche, T., Muller-Juge, V., Blondon, K. S., Junod Perron, N., & Nendaz, M. R. (2019). When team conflicts threaten quality of care: A study of health care professionals' experiences and perceptions. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 3(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2018.11.003>
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2017). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102–115. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397270>
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-81>
- Deng, Y., Lin, Y., Yang, L., Liang, Q., Fu, B., Li, H., Zhang, H., & Liu, Y. (2021). A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.09.003>

- Dodou, H. D., Sousa, A. A. S. D., Barbosa, E. M. G., & Rodrigues, D. P. (2017). Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 25(3), 332–338. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030082>
- Durik, A. M., Hyde, J. S., & Clark, R. (2000). Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: Psychosocial outcomes for mothers and infants. *Developmental Psychology*, 36(2), 251–260. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.251>
- Durmishi, S. (2024). The nurse's role and communication strategies in alleviating fear and anxiety during pregnancy and childbirth. *Journal of Medicine and Healthcare*, 6(258), 2–3. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/382564676_The_Nurse's_Role_and_Communication_Strategies_in_Alleviating_Fear_and_Anxiety_During_Pregnancy_and_Childbirth
- Ekström, A., & Nissen, E. (2006). A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*, 118(2), e309–e314. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2064>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Fallon, V., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). The postpartum specific anxiety scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 1079–1090. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0658-9>
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>
- Floris, L., Irion, O., & Courvoisier, D. (2017). Influence of obstetrical events on satisfaction and anxiety during childbirth: A prospective longitudinal study. *Psychology & Health*, 22(8), 969–977. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1258480>

- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2010). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750–769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- Garson, G. D. (2012). *Testing statistical assumptions*. Statistical Associates Publishing.
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (1996). Journeying through labour and delivery: Perceptions of women who have given birth. *Midwifery*, 12(2), 48–61. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(96\)90002-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(96)90002-9)
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235–247. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
- Henderson, J., Gao, H., & Redshaw, M. (2013). Experiencing maternity care: The care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 196. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-196>
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5, Suppl Nature), S160–S172. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F., & Holten, L. (2017). Women's motivations for choosing a high-risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Huang, Y., Zhong, Y., Chen, Q., Zhou, J., Fu, B., Deng, Y., Tu, X., & Wu, Y. (2024). A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06571-3>

- Jenkins, M. G., Ford, J. B., Morris, J. M., & Roberts, C. L. (2014). Women's expectations and experiences of maternity care in NSW—what women highlight as most important. *Women and Birth*, 27(3), 214–219. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.03.002>
- Jokić-Begić, N., Žigić, L., & Nakić Radoš, S. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: Different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(1), 22–28. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.866647>
- Kao, B.-C., Gau, M.-L., Wu, S.-F., Kuo, B.-J., & Lee, T.-Y. (2004). A comparative study of expectant parents' childbirth expectations. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 191–202. <https://doi.org/10.1097/01.jnr.0000387503.21749.0d>
- Karlstrom, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus group discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Kendall-Tackett, K. (2014). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Symptoms and impact on breastfeeding. *Clinical Lactation*, 5(2), 51–55. <https://doi.org/10.1891/2158-0782.5.2.51>
- Khadivzadeh, T., Katebi, M. S., Sepehri Shamloo, Z., & Esmaily, H. (2015). Assessment of midwives' communication skills at the maternity wards of teaching hospitals in Mashhad in 2014. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(3), 394–400. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2015.4409>
- Kravitz, R. L. (2001). Measuring patients' expectations and requests. *Annals of Internal Medicine*, 134(9, Pt 2), 881–888. https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-9_part_2-200105011-00012
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49–e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Karlsdottir, S. I., Ekström-Bergström, A., Nilsson, C., Stramrood, C., & Thomson, G. (2023). Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 50(2), 362–383. <https://doi.org/10.1111/birt.12666>

- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687–696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936–949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Lopes, R. C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247–254. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/MTBGL85GcSBfBc5SpJy4xBG/>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., Bidens Study Group, & Tabor, A. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220–228. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>
- Matinnia, N., Faisal, I., Hanafiah Juni, M., Herjar, A. R., Moeini, B., & Osman, Z. J. (2015). Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1121–1130. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1610-0>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (2021). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth*, 34(5), 407–416. [10.1016/j.wombi.2020.09.021](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021)

- Mgawadere, F., & Shuaibu, U. (2021). Enablers and barriers to respectful maternity care in low and middle-income countries: A literature review of qualitative research. *International Journal of Clinical Medicine*, 12(05), 224–249. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2021.125021>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Díaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Pileggi Castro, C., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Mocumbi, S., Högberg, U., Lampa, E., Sacoar, C., Valá, A., Bergström, A., von Dadelszen, P., Munguambe, K., Hanson, C., & Sevene, E. (2019). Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: A cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 303. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2449-6>
- Moyzakitis, W. (2004). Exploring women's descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective. *Evidence-Based Midwifery*, 2(1), 8. <https://link.gale.com/apps/doc/A167030927/AONE?u=anon~8f96e667&sid=googleScholar&xid=52748203>
- Nekoe, T., & Zarei, M. (2015). Evaluation the anxiety status of pregnant women in the third trimester of pregnancy and fear of childbirth and related factors. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 9(12), 1–8. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2015/19784>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(28). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Norouzian, R., & Plonsky, L. (2017). Eta- and partial eta-squared in L2 research: A cautionary review and guide to more appropriate usage. *Second Language Research*, 34(2), 257-271. <https://doi.org/10.1177/0267658316684904>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.

- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
- Oloff, M., Hein, I., Amstadter, A. B., Armour, C., Skogbrott Birkeland, M., Bui, E., Cloitre, M., Ford, J. D., Gelkopf, M., Greene, T., Lanius, R. A., Malgaroli, M., McFarlane, A., Schnyder, U., Seedat, S., Suliman, S., Thoresen, S., Yehuda, R., Zalta, A. K., & Vujanovic, A. A. (2025). The impact of trauma and how to intervene: A narrative review of psychotraumatology over the past 15 years. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2458406. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458406>
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2012). *Pelo direito ao parto normal. Uma visão partilhada. Documento de consenso.* Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36250207.pdf>
- Pereira, S. B., Diaz, C. M. G., Backes, M. T. S., Ferreira, C. L. D. L., & Backes, D. S. (2018). Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl 3), 1313-1319. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>
- Pirdel, M., & Pirdel, L. (2015). A comparison of women's expectations of labour and birth with the experiences in primiparas and multiparas with normal vaginal delivery. *Journal of Kathmandu Medical College*, 4(1), 16–25. <https://doi.org/10.3126/jkmc.v4i1.15024>
- Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., Mannella, P., & Simoncini, T. (2020). Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond? *Current Psychology*, 41(3), 1237–1242. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00650-2>

- Pozo-Cano, M. D., Martín-Salvador, A., Pérez-Morente, M. Á., Martínez-García, E., Luna del Castillo, J. D. D., Gázquez-López, M., Fernández-Castillo, R., & García-García, I. (2020). Validation of the women's views of birth labor satisfaction questionnaire (WOMBLSQ4) in the Spanish population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5582. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155582>
- Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista Cefac*, 14(1), 164–170. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>
- Reisz, S., Jacobvitz, D., & George, C. (2015). Birth and motherhood: Childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 167–178. <https://doi.org/10.1002/imhj.21500>
- Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *CMAJ*, 156(6), 831–835. <https://www.cmaj.ca/content/156/6/831>
- Salomonsson, B., Wijma, B., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(1), 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>
- Santos, K. O., Aguiar, M. M., Barros, M. N. S., Carvalho, F., Puccia, M. I. R., & Pereira, A. T. (2022). A versão brasileira do Questionário sobre a Experiência de Parto - CEQ-2BR: Adaptação, validação e confiabilidade. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, e4108. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.2022.e4464>
- Saxena, M., Srivastava, A., Dwivedi, P., & Bhattacharyya, S. (2018). Is quality of care during childbirth consistent from admission to discharge? A qualitative study of delivery care in Uttar Pradesh, India. *PLOS ONE*, 13(9), e0204607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204607>
- Semedo, C. S., Diniz, A. M., & Herédia, V. (2020). Training health professionals in patient-centered communication during magnetic resonance imaging to reduce patients' perceived anxiety. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.003>

- Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.005>
- Shakarami, A., Mirghafourvand, M., Abdolalipour, S., Asghari Jafarabadi, M., & Iravani, M. (2021). Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 642. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8>
- Shamoradifar, Z., Asghari-Jafarabadi, M., Nourizadeh, R., Mehrabi, E., Areshtanab, H. N., & Shaigan, H. (2022). The impact of effective communication-based care on the childbirth experience and satisfaction among primiparous women: An experimental study. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 97(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s42506-022-00108-2>
- Sharma, S. (1996). *Applied multivariate techniques*. John Wiley & Sons.
- Shorey, S., Yang, Y. Y., & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1236–1244. <https://doi.org/10.1111/jan.13534>
- Silva, M. J. P. (2002). Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. *Edições Loyola*
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>
- Sommerlad, S., Schermelleh-Engel, K., La Rosa, V. L., Louwen, F., & Oddo-Sommerfeld, S. (2021). Trait anxiety and unplanned delivery mode enhance the risk for childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms in women with and without risk of preterm birth: A multi sample path analysis. *PLOS ONE*, 16(8), e0256681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256681>
- Thomson, G. M., & Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: Women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 102–112. <https://doi.org/10.1080/02646830903295000>
- Tocchioni, V., Seghieri, C., De Santis, G., & Nuti, S. (2018). Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in

- Italy. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(8), 594-601.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy078>
- Valentine, N. B., de Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C. J., & Evans, D. B. (2003). Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. In C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism* (pp. 573–596). World Health Organization.
- Van der Pijl, M. S., Hollander, M. H., Van der Linden, T., Verweij, R., Holten, L., Kingma, E., de Jonge, A., & Verhoeven, C. J. (2020). Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth. *PLOS ONE*, 15(5), e0233114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233114>
- Wagenmakers, E.-J., Love, J., Marsman, M., Jamil, T., Ly, A., Verhagen, J., Selker, R., Gronau, Q. F., Dropmann, D., Boutin, B., Meerhoff, F., Knight, P., Raj, A., van Kesteren, E.-J., van Doorn, J., Šmíra, M., Epskamp, S., Etz, A., Matzke, D., ... Morey, R. D. (2018a). Bayesian inference for psychology. Part II: Example applications with JASP. *Psychonomic Bulletin & Review*, 25(1), 58–76.
<https://doi.org/10.3758/s13423-017-1323-7>
- Wagenmakers, E.-J., Marsman, M., Jamil, T., Ly, A., Verhagen, J., Love, J., Selker, R., Gronau, Q. F., Šmíra, M., Epskamp, S., Matzke, D., Rouder, J. N., & Morey, R. D. (2018b). Bayesian inference for psychology. Part I: Theoretical advantages and practical ramifications. *Psychonomic Bulletin & Review*, 25(1), 35–57.
<https://doi.org/10.3758/s13423-017-1343-3>
- Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R. B., Kolesnikova, N., Soares, I., Sovilj, M., & Ventura, S. S. (2021). When birth is not as expected: A systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 398.
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287–300.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>

- Windau-Melmer, T. (2013). *A guide for advocating for respectful maternity care*. Futures Group, Health Policy Project. <https://studylib.net/doc/18788344/a-guide-for-advocating-for-respectful-maternity-care>
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems: Improving performance*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true
- World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities_1a22426e-fdd0-42b4-95b2-4b5b9c590d76.pdf?sfvrsn=3b364d8_4
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Zhang, Z., & Yuan, K.-H. (2016). Robust coefficients alpha and omega and confidence intervals with outlying observations and missing data: Methods and software. *Educational and Psychological Measurement*, 76(3), 387–411. <https://doi.org/10.1177/0013164415594658>
- Zhou, X., Liu, H., Li, X., & Zhang, S. (2021b). Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in northwest of China: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 731–741. <https://doi.org/10.2196/2021.14.731>
- Zhou, X.-L., Liu, H., Li, X.-H., Li, F., Zhang, S.-M., & Zhang, S.-R. (2021a). Mediating effects of social support between antenatal depression and fear of childbirth among nulliparous woman. *Annals of Palliative Medicine*, 10(6), 6399–6409. <https://doi.org/10.21037/apm-21-854>

ANEXOS

7/2/2024

AO CA

Luísa Rebocho

Diretora Clínica

Parecer da CES nº 050/23

Nº entrada no HESE: 1701 de 07/11/2023

Título do Projeto: "Nascer"

Investigador Principal: Carla Santarém Semedo

Local: Serviço de Ginecologia/Obstetria

Enquadramento: Atividades de investigação do Centro de investigação em Educação e Psicologia e do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora

Tipo de Estudo:

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão ☒ Sim
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados ☒ Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos ☒ Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes ☒ sim

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável ☒ X

Condicional ☐

NOTAS:

Data: 23/01/2024

Dr. Manuel Amoedo
Presidente da Comissão de Ética

Autorizado

ATA N.º

05

em

07/02/2024

O Conselho de Administração

Maria Célia Carrião
Vogal

António M.M. Guerreiro
Vogal

Luísa Rebocho
Dir. Clínica CS Hospitalares

José Chora
Enfermeiro Diretor

Nuno Assunto
Dir. Clínico CS Primários

Célia Conceição Amador Frade Gralha

De: 8/11/2023
Para: Enmar a
Cc: Comissão de Ética
Assunto: RE: Pedido de autorização para desenvolvimento de projeto de investigação

Secretariado do Conselho de Administração
Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo; Secretariado do Conselho de Administração
Maria do Céu Canhão
Luísa Rebocho
Diretora Clínica

De: Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo <cssemedo@uevora.pt>
Enviada: 6 de novembro de 2023 19:36
Para: Secretariado do Conselho de Administração <sec.ca@hevora.min-saude.pt>
Cc: Maria do Céu Canhão <mcanhao@hevora.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de projeto de investigação

Exmos. Srs.
Membros do Conselho de Administração,
Hospital do Espírito Santo, EPE

No seguimento de um primeiro contacto informal, eu, Carla Santarém Semedo, Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora e membro integrado do Centro de Investigação em Educação e Psicologia, submeto formalmente um pedido de autorização para dinamizar um projeto de investigação cujas especificidades se encontram em documento anexo. Junto ainda exemplares dos Consentimentos Informados para a Instituição e para os participantes.

Mais informo, que foi pedido Parecer de Ética à Comissão de Ética da Universidade de Évora, que enviarei assim que me chegue resposta.

Grata pela atenção, pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos.
Carla Semedo



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

HESE-EPE	
RECEBIDO	EM 2/11/23
	N.º 1701
RESPONDIDO	EM / /
	N.º

Exmos. Senhores
Membros do Conselho de Administração,
Hospital do Espírito Santo, EPE

Exmos. Senhores,
Carla Santarém Semedo, Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, na qualidade de Investigadora Responsável, vem solicitar autorização para dinamizar, no Serviço de Obstetrícia, o Projeto de desenvolvimento de competências de comunicação centradas no paciente "NASCER", no âmbito das atividades de investigação do Centro de Investigação em Educação e Psicologia e do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.

Em estudos prévios desenvolvidos no HESE, EPE (Semedo, Diniz & Herédia, 2020), verificou-se que a formação e treino de competências de comunicação centrada no paciente (CCP) impactou positivamente no desempenho comunicacional dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo, melhorando a qualidade da comunicação entre estes e os utentes. Ao mesmo tempo, pacientes que beneficiaram do contacto com estes profissionais, mostraram-se menos ansiosos na realização de exames radiológicos do que aqueles que se submeteram à realização desses exames antes do treino dos profissionais. Noutro estudo, foi possível identificar que a ansiedade nos pacientes face ao procedimento radiológico era afetada pela informação prévia disponibilizada e por características dos próprios utentes (Farinha, Semedo, Diniz & Herédia, 2023).

Verificado o sucesso dessa intervenção, pretende-se agora adaptar e melhorar o programa desenvolvido e aplicá-lo a outros contextos hospitalares/situações geradoras de ansiedade para os utentes, nomeadamente, no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia. Em estudos realizados, parturientes relataram ficar satisfeitas quando as enfermeiras e parteiras comunicavam bem e as tratavam com carinho, empatia e respeito. Ao contrário, a má comunicação por parte destas profissionais, incluindo abuso verbal, desrespeito ou recusa em responder a perguntas, afetou as perceções dos serviços oferecidos (Madula et al., 2018).

São diversas as barreiras que se colocam à prática da comunicação e do cuidado centrado no paciente, nomeadamente de ordem institucional e dos sistemas de saúde, de ordem ambiental e de ordem pessoal e comportamental (Kwame & Petrucka, 2021). É

sobre estas últimas que a presente proposta de investigação/ação se alicerça, e que a seguir se aprofunda, em termos de objetivos a alcançar.

São objetivos do Projeto:

- 1) Caracterizar o processo de comunicação entre AOs e parturientes, no processo decorrente desde a admissão para o parto, até à alta médica pós-parto;
- 2) Diagnosticar potenciais lacunas no processo de informação e nas competências de comunicação entre AOs e parturientes;
- 3) Desenvolver através de formação, partindo da informação previamente recolhida, competências de comunicação centradas no paciente, nos AOs;
- 4) Avaliar o efeito da formação nas práticas profissionais diárias de comunicação dos AOs com as parturientes;
- 5) Avaliar o efeito da formação dos AOs na satisfação das parturientes com a comunicação, comparando os seus níveis de satisfação, antes e depois de os AOs receberem formação.

Para cumprir o objetivo 1), o investigador acompanhará um AO em cada admissão de grávida para parto. Realizará observação livre e registo narrativo de interações comunicacionais entre grávidas/parturientes e AO.

Para cumprir o objetivo 2), será realizada observação sistemática e preenchimento de uma grelha, pelo investigador.

Para dar cumprimento ao objetivo 3), serão desenvolvidos conteúdos de formação, definidos em função das necessidades previamente observadas e realizado treino dessas competências.

Para cumprir o objetivo 4), será realizada observação sistemática e preenchimento da mesma grelha usada para cumprir o objetivo 2), pelo investigador.

Para cumprir o objetivo 5), será preenchido um questionário de satisfação com a comunicação, hetero-administrado às parturientes pelo investigador, em dois períodos temporais distintos: antes e depois de os AO terem participado na formação e treino de competências de CCP.

Serão consideradas duas amostras de conveniência: uma composta por AOs e outra composta por utentes. Relativamente à primeira, será constituída uma amostra de AO para classificação de comportamentos observados de comunicação com as utentes, ocorridos durante os períodos de observação que vierem a ser definidos. Relativamente

à segunda, será constituída por utentes grávidas/parturientes, ingressadas por motivo de parto no Serviço de Obstetrícia.

Serão utilizados como instrumentos de avaliação, uma grelha de observação para avaliação de comportamentos de comunicação centrados no paciente. Esta grelha será construída com recurso às boas práticas definidas na literatura, aos comportamentos observados nas interações com as parturientes e às informações que profissionais relevantes acresçam às duas fontes de informação previamente referidas. Será utilizado também um Questionário de satisfação com a comunicação AO/utente, construído a partir de revisão de literatura sobre CCP e do observado na interação entre estas díades.

Os dados serão recolhidos em papel, no Serviço de Obstetrícia do HESE, por períodos pré-definidos por conveniência do Serviço de Obstetrícia e disponibilidade dos investigadores.

Não serão recolhidos elementos de identificação de utentes (apenas caracterização do grau de escolaridade) nem dos assistentes operacionais. Serão somente registadas variáveis temporais (ex. antes /depois da formação; manhã/tarde/noite). Os registos ficarão à guarda da Investigadora responsável, que os destruirá logo que deixem de ser necessários para análise.

Na generalidade do projeto e nos aspetos aqui omissos, são respeitados os princípios éticos da Declaração de Helsínquia para a investigação clínica envolvendo seres humanos.

Referências:

Farinha, M. N., Semedo, C. S., Diniz, A. M., & Herédia, V. (2023). Individual and Contextual Variables as Predictors of MRI-Related Perceived Anxiety. *Behavioral Sciences*, 13, 458. <https://doi.org/10.3390/bs13060458>

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions. Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Lippke, S., Derksen, C., Keller, F. M., Kötting, L., Schmiedhofer, M., & Welp, A. (2021). Effectiveness of Communication Interventions in Obstetrics—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2616. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052616>

O'Rourke, K., Teel, J., Nicholls, E., Lee, D. D., Colwill, A. C., & Srinivas, S. K. (2017). Improving staff communication and transitions of care between obstetric triage and labor and delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(2), 264-272. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.008>

Semedo, C.S., Diniz, A. M. & Herédia, V. (2020). Training health professionals in patient-centered communication during magnetic resonance imaging to reduce 6 patients' perceived anxiety. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 152-158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.00>

Yeh, J. & Nagel E. E. (2010). Patient satisfaction in Obstetrics and Gynecology: Individualized patient-centered communication. *Clinical Medicine Insights. Women's Health*, 3, 23-32. <https://doi.org/10.4137/CMWH.S5870>

Évora, 26 de outubro de 2023

Carla Santiago Semedo
(Investigadora Responsável)

Consentimento Informado Para a Instituição

Exmos. Senhores

Membros do Conselho de Administração

Hospital do Espírito Santo, EPE

Exmos. Senhores,

Solicita-se autorização para dinamizar, no Serviço de Obstetrícia, o Projeto de desenvolvimento de competências de comunicação centradas no paciente "NASCER" (ver síntese no Anexo 1), no âmbito das atividades de investigação do Centro de investigação em Educação e Psicologia e do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.

Todos os participantes serão entrevistados e quaisquer preocupações que possam surgir, advindas dessas entrevistas, serão reportadas à Investigadora Responsável do Projeto, Carla Semedo (PhD).

Todas as atividades do Projeto serão reportadas ao Diretor de Serviço, e por ele acompanhadas da forma que considerar mais apropriada.

A implementação do Projeto não irá interferir com o quotidiano do funcionamento do Serviço.

Em anexo (Anexo 2) enviamos ainda o consentimento informado que será entregue às utentes que aceitem participar no Projeto.

Eu _____, depois de me ser explicado o enquadramento e os objetivos do Projeto, declaro aceitar a sua implementação no Serviço de Ginecologia do Hospital do espírito Santo, EPE.

Abaixo assina

Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo

(Investigador Responsável)

Évora, ____ de _____ de ____

Exmo. Sr. Diretor
Do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do HESE
Dr. Fernando Fernandes

Carla Santarém Semedo, Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, na qualidade de Investigadora Responsável, vem solicitar autorização para levar a cabo, no Serviço de Obstetrícia, o Projeto de desenvolvimento de competências de comunicação centradas no paciente, "NASCER", no âmbito das atividades de investigação do Centro de Investigação em Educação e Psicologia e do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.

Em estudos prévios desenvolvidos no HESE, EPE (Semedo, Diniz & Herédia, 2020), verificou-se que a formação e treino de competências de comunicação centrada no paciente (CCP) impactou positivamente no desempenho comunicacional dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo, melhorando a qualidade da comunicação entre estes e os utentes. Ao mesmo tempo, pacientes que beneficiaram do contacto com estes profissionais, mostraram-se menos ansiosos na realização de exames radiológicos do que aqueles que se submeteram à realização desses exames antes do treino dos profissionais. Noutro estudo, foi possível identificar que a ansiedade nos pacientes face ao procedimento radiológico era afetada pela informação prévia disponibilizada e por características dos próprios utentes (Farinha, Semedo, Diniz & Herédia, 2023).

Verificado o sucesso dessa intervenção, pretende-se agora adaptar e melhorar o programa desenvolvido e aplicá-lo a outros contextos hospitalares/situações geradoras de ansiedade para os utentes, nomeadamente, no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia. Em estudos realizados, parturientes relataram ficar satisfeitas quando as enfermeiras e parteiras comunicavam bem e as tratavam com carinho, empatia e respeito. Ao contrário, a má comunicação por parte destas profissionais, incluindo abuso verbal, desrespeito ou recusa em responder a perguntas, afetou as perceções dos serviços oferecidos (Madula et al., 2018).

São diversas as barreiras que se colocam à prática da comunicação e do cuidado centrado no paciente, nomeadamente de ordem institucional e dos sistemas de saúde,

de ordem ambiental e de ordem pessoal e comportamental (Kwame & Petrucka, 2021). É sobre estas últimas que a presente proposta de investigação/ação se alicerça, e que a seguir se aprofunda, em termos de objetivos a alcançar.

São objetivos do Projeto:

- 1) Caracterizar o processo de comunicação entre AOs e parturientes, no processo decorrente desde a admissão para o parto, até à alta médica pós-parto;
- 2) Diagnosticar potenciais lacunas no processo de informação e nas competências de comunicação entre AOs e parturientes;
- 3) Desenvolver através de formação, partindo da informação previamente recolhida, competências de comunicação centradas no paciente, nos AOs;
- 4) Avaliar o efeito da formação nas práticas profissionais diárias de comunicação dos AOs com as parturientes;
- 5) Avaliar o efeito da formação dos AOs na satisfação das parturientes com a comunicação, comparando os seus níveis de satisfação, antes e depois de os AOs receberem formação.

Para cumprir o objetivo 1), o investigador acompanhará um AO em cada admissão de grávida para parto. Realizará observação livre e registo narrativo de interações comunicacionais entre grávidas/parturientes e AO.

Para cumprir o objetivo 2), será realizada observação sistemática e preenchimento de uma grelha, pelo investigador.

Para dar cumprimento ao objetivo 3), serão desenvolvidos conteúdos de formação, definidos em função das necessidades previamente observadas e realizado treino dessas competências.

Para cumprir o objetivo 4), será realizada observação sistemática e preenchimento da mesma grelha usada para cumprir o objetivo 2), pelo investigador.

Para cumprir o objetivo 5), será preenchido um questionário de satisfação com a comunicação, hetero-administrado às parturientes pelo investigador, em dois períodos temporais distintos: antes e depois de os AO terem participado na formação e treino de competências de CCP.

Serão consideradas duas amostras de conveniência: uma composta por AOs e outra composta por utentes. Relativamente à primeira, será constituída uma amostra de AO para classificação de comportamentos observados de comunicação com as utentes, ocorridos durante os períodos de observação que vierem a ser definidos.

Relativamente à segunda, será constituída por utentes grávidas/parturientes, ingressadas por motivo de parto no Serviço de Obstetrícia.

Serão utilizados como instrumentos de avaliação, uma grelha de observação para avaliação de comportamentos de comunicação centrados no paciente. Esta grelha será construída com recurso às boas práticas definidas na literatura, aos comportamentos observados nas interações com as parturientes e às informações que profissionais relevantes acrescentam às duas fontes de informação previamente referidas. Será utilizado também um Questionário de satisfação com a comunicação AO/utente, construído a partir de revisão de literatura sobre CCP e do observado na interação entre estas díades.

Os dados serão recolhidos em papel, no Serviço de Obstetrícia do HESE, por períodos pré-definidos por conveniência do Serviço de Obstetrícia e disponibilidade dos investigadores.

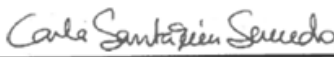
Não serão recolhidos elementos de identificação de utentes (apenas caracterização do grau de escolaridade) nem dos assistentes operacionais. Serão somente registadas variáveis temporais (ex. antes /depois da formação; manhã/tarde/noite). Os registos ficarão à guarda da Investigadora responsável, que os destruirá logo que deixem de ser necessários para análise.

Na generalidade do projeto e nos aspetos aqui omissos, são respeitados os princípios éticos da Declaração de Helsínquia para a investigação clínica envolvendo seres humanos.

Referências:

- Farinha, M. N., Semedo, C. S., Diniz, A. M., & Herédia, V. (2023). Individual and Contextual Variables as Predictors of MRI-Related Perceived Anxiety. *Behavioral Sciences*, 13, 458. <https://doi.org/10.3390/bs13060458>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions. Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Lippke, S., Derksen, C., Keller, F. M., Kötting, L., Schmiedhofer, M., & Welp, A. (2021). Effectiveness of Communication Interventions in Obstetrics—A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2616. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052616>
- O'Rourke, K., Teel, J., Nicholls, E., Lee, D. D., Colwill, A. C., & Srinivas, S. K. (2017). Improving staff communication and transitions of care between obstetric triage and labor and delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(2), 264-272. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.008>
- Semedo, C.S., Diniz, A. M. & Herédia, V. (2020). Training health professionals in patient-centered communication during magnetic resonance imaging to reduce 6 patients' perceived anxiety. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 152-158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.00>
- Yeh, J. & Nagel E. E. (2010). Patient satisfaction in Obstetrics and Gynecology: Individualized patient-centered communication. *Clinical Medicine Insights. Women's Health*, 3, 23-32. <https://doi.org/10.4137/CMWH.S5870>

Évora, 11 de dezembro de 2023


(Investigadora Responsável)


DIRETOR DO SERVIÇO
GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
Dr. Fernando Fernandes