



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGEnf
NÍVEL: DOUTORADO

THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DA *CHILDBIRTH SELF-EFFICACY*
***INVENTORY*® NO CONTEXTO PARAIBANO**

JOÃO PESSOA

2024

THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

**EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DA *CHILDBIRTH SELF-EFFICACY*
INVENTORY® NO CONTEXTO PARAIBANO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Doutorado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – *Campus I*, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Doenças de Evolução Crônica: Prevenção, Cuidado e Qualidade de Vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Helena dos Santos Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Renan Alves Silva

JOÃO PESSOA

2024

THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

**EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DA *CHILDBIRTH SELF-EFFICACY*
INVENTORY® NO CONTEXTO PARAIBANO**

Apresentada e aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.a Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba – Orientadora

Prof.a Dra. Fernanda Maria Chianca da Silva
Universidade Federal da Paraíba – Membro Externo Titular

Prof.a Dra. Giovanna Karinny Pereira Cruz de Andrade
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Membro Externo Titular

Prof.a Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - Membro Externo Titular

Prof.a Dra. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa
Universidade Federal da Paraíba – Membro Interno Titular

Prof.a Dra. Gracimary Alves Teixeira
Universidade Federal da Paraíba - Membro Externo Suplente

Prof. Dr. Mailson Marques de Sousa
Universidade Federal da Paraíba – UFPB- Membro Interno Suplente

JOÃO PESSOA
2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F478e Filgueiras, Thaynara Ferreira.
Evidências psicométricas da Childbirth Self-Efficacy
Inventory no contexto paraibano / Thaynara Ferreira
Filgueiras. - João Pessoa, 2024.
135 f. : il.

Orientação: Simone Helena dos Santos Oliveira.
Coorientação: Renan Alves Silva.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS/PPGENF.

1. Enfermagem. 2. Autoeficácia. 3. Parto. 4. Estudo
de validação. 5. Psicometria. I. Oliveira, Simone
Helena dos Santos. II. Silva, Renan Alves. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083(043)

Conhece-te, aceita-te, supera-te!

Santo Agostinho

RESUMO

FILGUEIRAS, T.F. Evidências psicométricas da *Childbirth Self-Efficacy Inventory* no contexto paraibano. 138p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introdução: a avaliação de percepções/experiências, por meio da utilização de instrumentos validados, é imprescindível para saber como as gestantes se veem diante do parto vaginal, a partir da observação de que elas possuem uma aceitação mínima e/ou não acreditam em sua capacidade de vivenciar o parto natural. Nesse contexto, a utilização da *Childbirth Self-Efficacy Inventory*, instrumento validado e aplicado em diversos países, com versão recentemente traduzida e validada para o contexto brasileiro, tem sido um elemento importante capaz de medir a confiança de gestantes em sua capacidade de lidar com o parto. **Objetivo:** verificar evidências de validade da versão brasileira da *Childbirth Self-Efficacy Inventory* em mulheres gestantes de um município paraibano. Nessa direção, defende-se a tese de que a versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*® apresenta estrutura interna e boa confiabilidade para mensuração da autoeficácia da gestante frente à experiência de parto em diferentes contextos da região Nordeste. **Percursos metodológico:** estudo metodológico, de natureza quantitativa, realizado entre os meses de setembro a dezembro de 2022, com 310 gestantes em acompanhamento de pré-natal, usuárias das Unidades da Atenção Primária à Saúde do município paraibano. O estudo foi desenvolvido em duas fases, a etapa 1 foi a aplicação do instrumento para avaliação da autoeficácia de gestantes em lidar com a experiência de parto e na fase 2, a análise fatorial exploratória e confirmatória para propor a versão reduzida do instrumento. As participantes foram abordadas nas salas de espera dos atendimentos de pré-natal nas unidades de saúde. Foi aplicado o *Childbirth Self-Efficacy Inventory*®, por autopreenchimento, que consta de 62 itens, organizados em quatro domínios. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e inferencial, organizados, codificados, importados e processados por pacote estatístico e apresentados em forma de tabelas e gráficos. A pesquisa obedeceu a todas as normas éticas regidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a 564/2017, que atende ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob o parecer Nº 5.496.482. **Resultados:** predominaram gestantes com faixa etária de 18 a 35 anos, autodeclaradas negras/pardas, ensino médio completo, em relação conjugal estável, renda familiar menor de um salário mínimo, que não planejaram a gestação, eram primíparas, tinham preferência pelo parto via vaginal e realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal. Os principais resultados da I fase do estudo indicaram que a percepção de autoeficácia das gestantes é similar para o período ativo do trabalho de parto e para o período expulsivo. A maior parte das gestantes pontuou acima da mediana, apresentando uma boa percepção de autoeficácia. Os resultados obtidos a partir das análises fatoriais exploratória e confirmatória evidenciaram uma proposta de estrutura para a versão reduzida da CBSEI, em consonância ao contexto pesquisado. A estrutura é proposta é composta por 32 itens. **Conclusões:** a avaliação das propriedades psicométricas demonstrou que o CBSEI sustentou as características da versão original, demonstrando a força dos resultados e a sua habilidade de medir satisfatoriamente a autoeficácia de gestantes frente à experiência de parto. Assim, confirma-se a hipótese de que a versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*® apresenta estrutura interna e é confiável para mensuração da autoeficácia da gestante frente à experiência de parto em diferentes contextos da região Nordeste. Por fim, o estudo disponibiliza aos pesquisadores, profissionais de saúde e gestores locais informações relevantes para subsidiar a proposição de estratégias educativas mais assertivas em direção ao aumento da autoeficácia das gestantes em lidar com o parto, assim como o CBSEI na sua forma reduzida para ser testado em amostras maiores e mais diversificadas, em diferentes regiões do Brasil, de modo a garantir que o instrumento consegue mensurar de forma segura a autoeficácia.

Descritores: Enfermagem; Autoeficácia; Parto; Estudo de Validação; Psicometria.

ABSTRACT

FILGUEIRAS, T.F. Psychometric evidence from the short version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. 138 p. Thesis (Doctorate in Nursing) – Center for Health Sciences, Graduate Program in Nursing, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introduction: the evaluation of perceptions/experiences, through the use of validated instruments, is essential to know how pregnant women see themselves in the face of vaginal delivery, based on the observation that they have minimal acceptance and/or do not believe in their ability to experience natural childbirth. In this context, the use of the Childbirth Self-Efficacy Inventory, an instrument validated and applied in several countries, with a version recently translated and validated for the Brazilian context, capable of measuring the confidence of pregnant women in their ability to deal with childbirth.

Objective: to verify evidence of validity of the Brazilian version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory in pregnant women in a municipality in Paraíba. In this sense, the thesis is defended that the Brazilian version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory® has an internal structure and is reliable for measuring the pregnant woman's self-efficacy regarding the childbirth experience in different contexts of the Northeast region. Methodological path: methodological study, of a quantitative nature, carried out with 310 pregnant women in prenatal care, users of Primary Health Care Units in the municipality of Paraíba. The study was carried out in two phases, step 1 was the application of the instrument to assess the self-efficacy of pregnant women in dealing with the childbirth experience and in phase 2, the exploratory and confirmatory factor analysis to propose the reduced version of the instrument. The participants were approached in the waiting rooms of prenatal care at health units. The Childbirth Self-Efficacy Inventory was applied, by self-completion, which consists of 62 items, organized into four domains. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, organized, coded, imported and processed by a statistical package and presented in the form of tables and graphs. The research complied with all ethical standards governed by Resolutions 466/2012, 510/2016 and 564/2017, of the National Health Council. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraíba under opinion No. 5,496,482. **Resultados:** predominaram gestantes com faixa etária de 18 a 35 anos, autodeclaradas negras/pardas, ensino médio completo, em relação conjugal estável, renda familiar de menos que um salário mínimo, que não planejaram a gestação, eram primíparas, tinham preferência pelo parto via vaginal e, no mínimo, seis consultas de pré-natal. Os principais resultados da I fase do estudo indicaram a percepção de autoeficácia das gestantes é similar para o período ativo do trabalho de parto e para o período expulsivo. A maior parte das gestantes pontuou acima da mediana, apresentando uma boa percepção de autoeficácia. Os resultados obtidos a partir das análises fatoriais exploratória e confirmatória evidenciaram uma proposta de estrutura para a versão reduzida da CBSEI, em consonância ao contexto pesquisado. A estrutura é proposta é composta por 32 itens. **Conclusões:** a avaliação das propriedades psicométricas demonstrou que o CBSEI sustentou as características da versão original, demonstrando a força dos resultados e a sua habilidade de medir satisfatoriamente a autoeficácia de gestantes frente à experiência de parto. Assim, confirmam a hipótese de que a versão brasileira do Childbirth Self-Efficacy Inventory® apresenta estrutura interna e é confiável para mensuração da autoeficácia da gestante frente à experiência de parto em diferentes contextos da região Nordeste. Por fim, o estudo disponibiliza aos pesquisadores, profissionais de saúde e gestores locais informações relevantes para subsidiar a proposição de estratégias educativas mais assertivas em direção ao aumento da autoeficácia das gestantes em lidar com o parto, assim como o CBSEI na sua forma reduzida para ser testado em amostras maiores e mais diversificadas, em diferentes regiões do Brasil, de modo a garantir que o instrumento consegue mensurar de forma segura a autoeficácia.

Descriptors: Nursing; Self-efficacy; Childbirth; Validation study; Psychometry.

RESUMEN

FILGUEIRAS, T. F. Evidencia psicométrica de la versión corta del Inventario de Autoeficacia en el Parto. 138 págs. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2024.

Introduction: the evaluation of perceptions/experiences, through the use of validated instruments, is essential to know how pregnant women see themselves in the face of vaginal delivery, based on the observation that they have minimal acceptance and/or do not believe in their ability to experience natural childbirth. In this context, the use of the Childbirth Self-Efficacy Inventory, an instrument validated and applied in several countries, with a version recently translated and validated for the Brazilian context, capable of measuring the confidence of pregnant women in their ability to deal with childbirth.

Objective: to verify evidence of validity of the Brazilian version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory in pregnant women in a municipality in Paraíba. In this sense, the thesis is defended that the Brazilian version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory® has an internal structure and is reliable for measuring the pregnant woman's self-efficacy regarding the childbirth experience in different contexts of the Northeast region.

Methodological path: methodological study, of a quantitative nature, carried out with 310 pregnant women in prenatal care, users of Primary Health Care Units in the municipality of Paraíba. The study was carried out in two phases, step 1 was the application of the instrument to assess the self-efficacy of pregnant women in dealing with the childbirth experience and in phase 2, the exploratory and confirmatory factor analysis to propose the reduced version of the instrument. The participants were approached in the waiting rooms of prenatal care at health units. The Childbirth Self-Efficacy Inventory was applied, by self-completion, which consists of 62 items, organized into four domains. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, organized, coded, imported and processed by a statistical package and presented in the form of tables and graphs. The research complied with all ethical standards governed by Resolutions 466/2012, 510/2016 and 564/2017, of the National Health Council.

Results: there was a predominance of pregnant women with an age range of 18 to 35 years, self-declared black/brown, medium-complete child, stable marital relationship, family income of less than a minimum wage, who did not plan a pregnancy, were primiparous, had a preference for vaginal delivery and, at least, six prenatal consultations. The main results of the I phase of the study indicate the perception of self-efficacy of pregnant women and is similar for the active period of labor and for the expulsive period. Most of the pregnant women scored above the median, presenting a good perception of self-efficacy. The results obtained from the exploratory and confirmatory factorial analyzes will show a proposed structure for the reduced version of the CBSEI, in line with the researched context. The structure is proposed and composed of 32 items. **Conclusions:** the evaluation of the psychometric properties showed that the CBSEI supported the characteristics of the original version, forcibly demonstrating two results and its ability to satisfactorily measure the self-efficacy of pregnant women against the childbirth experience. Likewise, we confirm the hypothesis that the Brazilian version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory® has an internal structure and is reliable for measuring the self-efficacy of pregnant women in the face of childbirth experience in different contexts of the Northeast region. Finally, the study provides researchers, health professionals and local managers with relevant information to subsidize the proposal of more assertive educational strategies in the direction of increasing the self-efficacy of pregnant women in coping with childbirth, as well as the CBSEI in its reduced form to be tested in larger samples. and more diversified, in different regions of Brazil, in order to guarantee that the instrument manages to safely measure self-efficacy.

Descriptores: Enfermería; autoeficacia; Parto; Estudio de validación; Psicometría.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos (PRISMA). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Figura 2 - Gráfico comparativo para escolha do número de fatores para o CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Figura 3 - Diagrama de caminhos da estrutura fatorial do CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Figura 4 - Gráficos de distribuição para os fatores 1 e 2 do CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Autoeficácia de mulheres paraibanas na fase ativa do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 2 - Autoeficácia de mulheres paraibanas no período expulsivo do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 3 - Comparação de médias a partir de *Test-t* e medianas a partir *Mann-Whitney* sobre a medida de autoeficácia de mulheres paraibanas na fase ativa e no período expulsivo do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 4 - Comparação de médias a partir de *Test-t* e medianas a partir *Mann-Whitney* sobre a medida de autoeficácia de mulheres paraibanas na fase ativa e no período expulsivo do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 5 - Comparação entre dos itens das fases ativa com o período expulsivo, com a finalidade de verificar as diferenças de média entre os itens do CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 6 - Medida de Adequação Amostral por item. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 7 - Análise Fatorial Exploratória e cargas fatoriais da CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 8 - Confiabilidade dos fatores. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 9 - Cargas fatoriais da Análise Fatorial Confirmatória do instrumento com 3 fatores. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 10 - Indicadores de ajuste da Análise Fatorial Confirmatória para validação do instrumento. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 11 - Cargas fatoriais da terceira tentativa de Análise Fatorial Confirmatória do instrumento com 2 fatores. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 12 - Indicadores de ajuste da AFC para validação do instrumento com 2 fatores. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 13 - Distribuições e medidas de tendência central dos fatores 1 e 2 do CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Tabela 14 - Testes não-paramétricos para comparação de grupos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da pergunta de pesquisa de acordo com a estratégia PCC. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo que utilizaram a versão da *Childbirth Selfefcacy Inventory* nas pesquisas em saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Quadro 3 - Proposta de versão reduzida do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* desenvolvida no contexto do nordeste brasileiro. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AERA	<i>American Educational Research Association</i>
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AGFI	<i>Adjusted Goodness-of-Fit Index</i>
AL-OU	Expectativa de Resultado na fase ativa do Trabalho de Parto
AL-SE	Expectativa de Autoeficácia na fase ativa do Trabalho de Parto
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APA	<i>American Psychological Association</i>
CASPe	<i>Programa de Habilidades em Lectura Crítica Español, Critical Appraisal Skills Programme Español</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CBSEI	<i>Childbirth Self-Efficacy Inventory</i>
CFA	Análise Fatorial Confirmatória
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CPN	Casa de Partos Normais
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DS	Distrito Sanitário de Saúde
DWLS	<i>Diagonal Weighted Least Squares</i>
EE	Expectativa de Eficácia
EO	Enfermeira Obstetra
EUA	Estados Unidos da América
GFI	<i>Godness-of-Fit Index</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ISOPOR	Sociedade Internacional de Farmacologia e Pesquisa
JBÍ	<i>The Joanna Briggs Institute</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
Lilacs	<i>Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde</i>
Medline	<i>National Library of Medicine's</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MSSS	Escala de Apoio Social à Maternidade
MS	Ministério da Saúde
MSA	<i>Measure of Sampling Adequacy</i>

ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OE	Expectativa de Resultado
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCC	População, conceito e contexto
PIVIC	Programa de Iniciação Científica do Programa Institucional Voluntário
POMS	Perfil dos Estados de Humor
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
PROBEX	Programa de Bolsas de Extensão
PSF	Programa de Saúde da Família
Pubmed	<i>US National Library of Medicine</i>
RN	Recém-nascido
RMSEA	<i>Root-Mean-Square Error of Approximation</i>
Scielo	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SOC	Questionário de Senso de Coerência
SS-OU	Expectativa de Resultado no período expulsivo
SS-SE	Expectativa de Autoeficácia no período expulsivo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
TSC	<i>Teoria Social Cognitivo</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade Saúde da Família
W-DEQ	Questionário de Expectativa/Experiência de Parto de Wijma
WOS	<i>Web Of Science</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	26
	2.1 Objetivo Geral	27
	2.2 Objetivos Específicos	27
3	HIPOTESES	28
	3.1 Hipotese nula	29
	3.2 Hipotese alternativa	29
4	REVISÃO DA LITERATURA	30
4.1	O papel da enfermagem no trabalho de parto e parto	31
	4.1.1 Pré-natal e o cuidado prestado durante o evento do parto	31
	4.1.2 O atual papel da enfermagem obstétrica	33
	4.1.3 Programas e projetos exitosos: <i>nursing now</i> e parto adequado	35
	4.1.4 Partos domiciliares como alternativa para o parto exitosos: estatísticas no Brasil e no mundo	37
4.2	Artigo 1- Evidências da Autoeficácia materna na assistência e acompanhamento pré-natal: <i>scoping review</i>	40
5	REFERENCIAL TEÓRICO	58
5.1	<i>Teoria da Autoeficácia</i>	59
6	PERCURSO METODOLÓGICO	65
6.1	Tipo de estudo	66
6.2	<i>Fases de Desenvolvimento do Estudo</i>	66
	6.2.1 FASE I- <i>Aplicação da versão brasileira da CBSEI</i>	66
	6.2.2 FASE II- <i>Análise fatorial exploratória e confirmatória para proposta de obtenção da versão reduzida do instrumento</i>	70
6.3	Aspectos éticos	73
7	RESULTADOS	75
	7.1 <i>Resultados da aplicação da versão brasileira do CBSEI</i>	76
	7.2 <i>Evidência de validade do CBSEI baseada na estrutura interna e aplicada ao contexto paraibano</i>	87
8	DISCUSSÃO	93
9	CONCLUSÃO	109
	REFERÊNCIAS	
	ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática teve início ainda no curso de Graduação em Enfermagem (2009-2014) na Universidade Federal de Campina Grande (*campus* Cajazeiras), onde desenvolvi o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Uso de anticoncepcionais hormonais por mulheres cadastradas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde “. Enquanto extensionista do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX) e pesquisadora de Iniciação Científica do Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC). Essa experiência me possibilitou aprofundar os estudos e conhecer melhor os aspectos que envolvem a saúde da mulher. Durante as aulas, estágios e participações em pesquisas, tornou-se ainda maior o meu interesse pela assistência à mulher em seus distintos ciclos de vida.

Após a conclusão da Graduação, ainda em 2014, obtive aprovação no Processo Seletivo para a Residência em Obstetrícia, pela Escola de Saúde Pública do Ceará. No ano de 2015, iniciei essa nova jornada de conhecimentos no Hospital Dr. César Cals, na cidade de Fortaleza – Ceará, onde, durante dois anos, pude experienciar e aprimorar minha vivência com o público de mulheres. Finalizei esse percurso com o trabalho intitulado “Elaboração e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem à gestante no controle do diabetes”, sob a orientação da prof.a Dra. Régia Cristina Moura Barbosa Castro.

Ao término da Residência, continuei minha trajetória acadêmica e profissional como preceptora da prática de saúde da mulher na Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza, Ceará, com os alunos do quinto período de Enfermagem de uma faculdade privada. Nesse ínterim, pude aperfeiçoar minha atuação na assistência às mulheres atendidas em uma Unidade de Básica de Saúde, nas consultas de pré-natal e puerpério.

Vislumbrando expandir minha experiência como pesquisadora e possibilitar uma maior aproximação com a docência, me submeti e obtive êxito no Processo Seletivo para o Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pela Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa – Paraíba.

Durante o curso do Mestrado (2017-2019), enquanto realizava a coleta de dados pelo Grupo de Pesquisa Doenças Crônicas, pude conhecer de perto a realidade das mulheres que buscavam o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde e perceber como era evidente o déficit de conhecimento acerca da gestação, do parto e puerpério. Nessa etapa, sob a orientação da prof.a Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira, desenvolvi a dissertação intitulada “Comunicação persuasiva como estratégia para influenciar a intenção de uso do preservativo entre mulheres”.

Concomitante a aprovação no Mestrado, também obtive sucesso em um Processo Seletivo para Professor Assistente de uma instituição de Ensino Superior da rede privada, também em João Pessoa-PB. Nessa instituição, por cinco anos, deparei-me com oportunidades

de expandir e aperfeiçoar minha experiência docente e vivenciar os diversos contextos de assistência à mulher, ministrando as disciplinas de Saúde da Mulher/Obstetrícia e como preceptora de Estágio Supervisionado no campo da maternidade e alojamento conjunto.

Ainda nesse período, por meio de concurso, fui aprovada e convocada para assumir o cargo de Enfermeira Obstetra do Município de Natal – Rio Grande do Norte. Esse trabalho tem me propiciado uma experiência riquíssima de aprendizado, crescimento e renovação: a cada plantão, diante de cada mulher que recepciono no serviço de atuação e a cada parto que renasço.

Também nesse tempo, vivenciei um momento indiscutivelmente enriquecedor, em minha vida profissional e pessoal, enquanto parteira de equipe de parto domiciliar, Floreser (primeira equipe de parto domiciliar da Paraíba). Assistir às mulheres, nessa modalidade de assistência, foi um grande desafio e, além disso, um campo contínuo de aprendizado teórico e prático, visto que desenvolvi o trabalho com um público de mulheres com conhecimento e em busca de uma assistência qualificada e humanizada, baseada nas melhores evidências científicas.

Frente a todas essas vivências, emergiu, em mim, um desejo de melhorar a experiência de parto de mulheres que não têm a oportunidade de participar de atividades que apoiem a sua autonomia e ampliem o conhecimento acerca dos seus direitos legalmente constituídos, culminando em um exercício de parto positivo. A partir desse interesse, me determinei a fazer algo que pudesse contribuir diretamente para modificar positivamente essa realidade e alcançar o objetivo proposto.

A aprovação e o início do Curso do Doutorado, em 2019, impulsionaram minha inquietação em promover uma assistência de boa qualidade às mulheres e aprofundar-me ainda mais nessa temática, especificamente na atenção voltada ao preparo ao parto e nascimento. Assim, no Doutorado, interessei-me em desenvolver uma pesquisa que abordassem aspectos que pudessem identificar, previamente, as fragilidades no repasse e na busca de informações relacionadas a esse contexto. Esses momentos de pesquisa e aprendizado foram e estão oportunos para construção e sedimentação do meu conhecimento.

Considerando toda a trajetória acadêmica e profissional anteriormente descrita, bem como o meu interesse de pesquisa, essa tese, ao mesmo tempo em que pretende envolver o leitor e o pesquisador na temática discutida, convida a todos os interessados a buscar um saber e um fazer cada vez melhor e mais significativo em relação à assistência e saúde da mulher.

Essa Tese está estruturada em oito divisões, que consideram os tópicos a seguir: Introdução; Objetivos; Justificativa; Referencial Teórico; Materiais e Método; Resultados; Discussão e Conclusão. Nessas divisões, ancoram-se os aspectos imprescindíveis para

contextualizar a temática, determinar o problema, atestar a falta do conhecimento a ser suprida, listar a hipótese e os objetivos, esmiuçar os aspectos metodológicos que ampararam o direcionamento do estudo, detalhar as etapas para alcance dos dados, apresentar os resultados obtidos e discuti-los com base na literatura e principais evidências científicas relacionada a temática e trazer as conclusões ao término dessa investigação.

1.INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

O parto é um acontecimento fisiológico e natural que concebe o nascimento de um bebê, desperta o instinto maternal e alicerça uma família. Mesmo sendo citado como uma das maiores experiências, esse também é um momento cheio de expectativas e receios, principalmente pela insegurança e medo de parir (Alves, 2022; Till; Everetts; Haas, 2015).

Nas últimas décadas, o medo e a insegurança sobre o processo de parir têm estado ligados as experiências e crenças das mulheres relacionadas com desfechos maternos desfavoráveis – principalmente no puerpério e, conseqüentemente, resultando na elevação das taxas de cesarianas. Outros fatores também têm corroborado para o aumento nas taxas dos partos cirúrgicos, como, por exemplo, a crença que a via de parto mais segura é a cesariana, com a centralização da assistência no profissional médico (Nakano; Bonan; Teixeira, 2017).

Nessa perspectiva, a cirurgia obstétrica foi instituída com o objetivo de salvar vidas e para o avanço da assistência ao parto, realizada apenas quando há uma indicação absoluta para sua efetivação, dentre elas a desproporção cefálio-pélvica e apresentação prévia da placenta, entre outras. Porém, este método tem sido utilizado de forma rotineira e excessiva, resultando no crescente percentual de comprometimento psicológico, comportamental e clínico das mulheres, submetidas ao procedimento de forma desnecessária, além do alto custo resultante para os serviços de saúde. Além disso, propicia a institucionalização do parto e o uso de práticas obstétricas de forma corriqueira e sem indicações, que acabam culminando no aumento das taxas de cesarianas (BRASIL, 2017).

Contrários a essa configuração de assistência ao parto, existem coletivos que lutam pelo resgate do modelo humanizado, pela abolição das práticas intervencionistas, incentivando a utilização das boas práticas em saúde, orientadas pelas evidências científicas. As recomendações da Organização Mundial em Saúde (OMS) referem-se as práticas que respeitam a autonomia das mulheres, a prestação do cuidado de forma padronizada e assistência humanizada com o mínimo de intervenções possíveis (WHO, 2018).

Partindo desse pressuposto, o novo modelo de assistência obstétrica avigora a importância da promoção do parto vaginal, sem intervenções desnecessárias, de forma humanizada, haja vista seus incontáveis benefícios para a mãe e para a criança, quando comparado com o procedimento cirúrgico sem indicação obstétrica (Silva; Santos; Passos, 2022). Desde 2015, almeja-se o alcance da taxa mínima de cesáreas, como uma das metas dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM), atualmente denominados como *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (ODS), assim como é preconizado pela OMS, entre 10% e

15% de todos os partos, com o objetivo de redução da mortalidade materna e infantil (WHO, 2018).

Altas taxas de cesáreas são identificadas no Brasil e o alcance desses percentuais de realização são ainda maiores que na Europa e nos Estados Unidos, quando, em 2019, o índice de cesariana chegou a 56,34% e, em contraponto, a 43,66% dos partos via vaginal (Ferreira *et al.*, 2021). Por conseguinte, conforme estudo realizado por Silva *et al.*, (2019) e Jacob *et al.*, (2022), a assistência ao parto e nascimento é efetuada predominantemente com intervenções, como a realização da episiotomia, amniotomia precoce, a utilização irracional da ocitocina sintética para acelerar o processo de parto, manobra de Kristeller, lavagem intestinal (enema) e a tricotomia.

Entretanto, é válido ressaltar que as condutas anteriormente citadas são desnecessárias e causam danos à mulher, podendo ser caracterizadas como violência obstétrica, em razão da falta de justificativa para a sua realização; inclusive, da sua junção com iatrogenias, como, por exemplo, a depressão pós-parto, as hemorragias, a hipóxia neonatal e a distorcia no parto (Costa *et al.*, 2022).

Sobre isso, um estudo multicêntrico realizado no Brasil apresentou, em seus resultados, que aproximadamente 52% dos partos entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede privada eram cirúrgicos e, caso considerasse apenas a rede privada, esse percentual era de 88%, e em maiores percentuais estavam as cesarianas sem indicação obstétrica (BRASIL, 2017; FIOCRUZ, 2015). Na Paraíba, verificou-se que, entre os anos 2010 e 2020, a partir dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que 368.454 eram partos cirúrgicos, e 275.324 partos vaginais, percentuais condizentes aos achados na média nacional (DATASUS, 2020).

Altas taxas de cesáreas e a qualidade da assistência obstétrica prestada têm correlação direta com a morbimortalidade materna e neonatal. Anualmente, em torno de um milhão de gestantes, são indicadas para o parto cirúrgico sem recomendação obstétrica, estando expostas a altos riscos de morbimortalidade. Quando analisado o parto via vaginal, pode-se identificar carências na prestação do cuidado obstétrico que afetam o progresso da redução dos percentuais de morbimortalidade materna (Leite *et al.*, 2020; Coelho *et al.*, 2021; Morgueti *et al.*, 2022; Simões *et al.*, 2022).

No inquérito nacional realizado a partir do estudo “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, houve a sugestão para que fosse ajustado o modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil,

uma vez que os desfechos estavam correlacionados com a assistência obstétrica prestada (Leal; Gama, 2014; Vale *et al.*, 2015).

Dentre essas ações e estratégias propostas, visando as modificações nos modelos de prestação de cuidados às mulheres e qualificação do profissional, estão o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), difundido em 2000, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, lançado em 2004, e a Rede Cegonha, publicada em 2011, pelo Governo Federal; todos esses programas com dois objetivos em comum: o progresso na qualidade do acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto e encorajamento do parto por via vaginal (BRASIL, 2002; BRASIL 2011).

No ano de 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement*, lançaram o projeto Parto Adequado, com o intuito de reduzir as altas taxas de cesarianas sem indicação obstétrica. Mesmo que, primeiramente, o projeto não englobasse todas as unidades do país, apenas as de referência, esse se expandiu rapidamente entre os serviços, contando com cerca de cento e cinquenta (150) hospitais. Em 2017, o MS instituiu o Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, o projeto *Apice-On*, que tem como meta qualificar o conhecimento clínico e a gestão do cuidar a respeito do abortamento, parto e nascimento, baseando-se em um modelo cujo alicerce seja a humanização do cuidado, segurança e garantia dos direitos, fundamentado em evidências científicas (Leal, 2018).

Com a implementação desse novo modelo de assistência, espera-se que haja um fortalecimento e adesão de ações direcionadas à diminuição de resultados desfavoráveis maternos e infantis, assim como a consolidação da assistência qualificada, que propicie o protagonismo e empoderamento da mulher e que enxergue o parto e nascimento como um acontecimento fisiológico e familiar (Monguilhott *et al.*, 2018). Apesar disso, atualmente ainda se vive em um modelo obstétrico que evoca os pontos negativos da assistência, trazendo principalmente as práticas que induzem as mulheres a querer e optar por uma cesariana.

Para uma real implementação dessas estratégias de melhoramento da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, é necessária a efetiva participação dos profissionais de saúde que as assistem, em especial médicos e enfermeiros, agregando – aos seus processos de trabalho – práticas baseadas nas evidências científicas, como forma de garantir práticas adequadas e seguras. De acordo com a OMS e outros órgãos ministeriais, o enfermeiro tem competência e habilidade para acompanhar seguramente gestantes durante todo o percurso de acompanhamento pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério de risco habitual. Esse

pressuposto é evidenciado em estudos que apontam que o seu desempenho na prestação desse cuidado resulta em experiências mais satisfatórias, maior quantitativo de parto vaginal, redução das intervenções obstétricas, diminuição das taxas de morbimortalidade materna, entre outros benefícios (Pontes *et al.*, 2022).

Sobre a verificação das experiências, por meio da utilização de instrumentos validados, é imprescindível destacar como essas gestantes se veem diante do parto vaginal, a partir da observação de que elas possuem uma aceitação mínima e/ou não acreditam em sua capacidade de parir via vaginal. Desse modo, ações e estratégias devem ser utilizadas no acompanhamento das consultas de pré-natal, com o objetivo de promover informações acerca desse contexto e, conseqüentemente, ter, como resultado, o empoderamento e autoeficácia de gestantes com o parto (BRASIL, 2016).

Em relação à promoção da saúde na área de enfermagem obstétrica, essa transcorre pelo empoderamento da mulher e das suas parcerias no trabalho de parto e parto, com a ampliação de um pensamento crítico para a exigência de seus direitos e efetivação de escolhas cientes e informadas (Bruggemann *et al.*, 2014). Nesse sentido, é imperiosa a utilização de instrumentos para a coleta e verificação de dados, com o intuito de constatar e aferir a percepção de gestantes quanto às suas vulnerabilidades e potencialidades em vivenciar o trabalho de parto e parto.

Compreende-se que uma das práticas empregadas em todo mundo na procura por progressos na área da saúde é o uso de escalas guiadas para mensuração dos distintos aspectos pertinentes aos determinantes das condições de saúde (Echevarría-Guanilo; Gonçalves; Romanoski, 2019). Entretanto, os principais instrumentos utilizados são de procedência estrangeira, sendo necessária a tradução e adaptação transcultural, assim como a validação dessas ferramentas. Nesse contexto, é importante destacar que o instrumento utilizado durante essa pesquisa já foi validado e aplicado em outros países, o *Childbirth Self-Efficacy Inventory* (CBSEI), e a sua versão foi traduzida e validada recentemente para sua utilização no Brasil.

O instrumento construído nos Estados Unidos da América (EUA), por Nancy Lowe, em 1993, validado e confiável para verificação da autoeficácia de gestantes no parto, foi desenvolvido a partir de estudo com puérperas, a respeito da sua vivência. É composto por sessenta e dois (62) itens, com quatro (4) domínio-(Lowe, 1993).

Aborda dois tipos de expectativas para o parto, a de autoeficácia e a de resultado. A expectativa de autoeficácia refere-se à confiança que determinado comportamento induzirá a um determinado resultado, como por exemplo no item do CBSEI “vou conseguir relaxar durante o trabalho de parto”. A expectativa de resultado é a crença da mulher em executar

determinado comportamento com sucesso em uma situação específica, como por exemplo, “relaxar durante o trabalho de parto diminui as dores durante as contrações” (Bandura, 1987; 2004).

O instrumento propõe ainda quatro fatores básicos como influenciadores da autoeficácia no trabalho de parto: - experiência anterior de trabalho de parto, especialmente quando a experiência anterior for de um parto vaginal; - aprendizagem vicariante a partir de experiências de outros indivíduos; - persuasão verbal de profissionais ou de outros indivíduos de confiança da mulher; - estresse e ansiedade (Lowe, 1993).

O CBSEI foi baseado na teoria da autoeficácia de Albert Bandura (1987), e salienta que a autoeficácia no trabalho de parto é um importante registro das capacidades de enfrentamento das gestantes durante o trabalho de parto e parto e o seu contentamento para com ele. Por não ser um atributo e sim um estado, a autoeficácia pode se modificar de acordo com motivos relativos e contextuais, descrita como a aptidão que a pessoa tem de concretizar com êxito um comportamento em uma ocasião distinta da vida. A autoeficácia retrata percepções pessoais a respeito de comportamentos que influenciam os desfechos (Lowe, 1993).

O CBSEI é um instrumento completo e abrangente, com formato de resposta com dez (10) itens. As respostas com maiores desfechos são os extremos, e isso pode refletir nas respostas obtidas. Desse modo, recomendam-se estudos que analisem a validade e confiabilidade do instrumento na sua versão reduzida (Bernardo, 2020).

Além da utilização dos EUA, quando foi construído, validado e aplicado, o CBSEI foi empregado em diversos países e contextos, como Austrália (Drummond; Rickwood, 1997), Irlanda do Norte (Sinclair; O’boyle, 1999), China (Ip; Chan; Chein, 2005; 2007), Irã (Khorsandi *et al.*, 2008; 2013), Espanha (Cunqueiro; Comeche; Docampo, 2009), Tailândia (Tanglakmankhong; Perrin, Lowe, 2011), Jordânia (Abujilban; Sinclair; Kernohan, 2012), Grécia (Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015); Suécia (Carlsson; Ziegert; Nissen, 2015), Alemanha (Schmidt *et al.*, 2016), Portugal (Prata *et al.*, 2016) e Brasil (Bernardo, 2020).

Na Irlanda do Norte, foi aplicado para avaliar a confiança de gestantes em lidar com o trabalho de parto e auxiliar no sucesso das intervenções de enfermagem em outro cenário distinto socioculturalmente do americano, assim como descrever a confiabilidade interna nesse novo cenário. Estudo piloto foi conduzido pelas pesquisadoras irlandesas previamente com a participação de doze (12) gestantes, seis (6) dessas estavam em acompanhamento do pré-natal e seis (6) no período puerperal, e o resultado indicou a necessidade de adequação de alguns termos da CBSEI (Sinclair; O’Boyle, 1999).

A aplicação do instrumento na Irlanda do Norte confirma a solidez da ferramenta e oferece algum respaldo à sua validade aparente, sugerindo que ela pode ser utilizada para avaliar a capacidade das mulheres em lidar com o trabalho de parto e parto. Especialmente porque possibilita identificar as gestantes que podem necessitar de apoio adicional durante o processo de parturição (Sinclair; O'Boyle, 1999 *apud* Bernardo, 2020).

A abordagem sugerida para mulheres grávidas com baixa autoeficácia para o trabalho de parto e parto parece ser multifacetada, integrando intervenções que visam fortalecer sua confiança e habilidades de enfrentamento para lidar com a dor do parto. Oferecer cuidado integral durante o pré-natal e o parto pode ajudar as mulheres a se sentirem mais apoiadas e confiantes durante todo o processo. Isso pode envolver uma abordagem holística que considera não apenas as necessidades físicas, mas também as emocionais e psicológicas das mulheres grávidas (Byrne *et al.*, 2014; Rahimparvar *et al.*, 2012; Sun *et al.*, 2010).

Nesse contexto, os resultados obtidos com a utilização da CBSEI possibilitam a equipe intensificar o fornecimento de informações e apoio com o intuito de melhoria das experiências de parto. Destaca-se ainda que ao ser observada a baixa autoeficácia, as condutas mencionadas anteriormente poderão contribuir para a redução das altas taxas de partos cirúrgicos, considerando o uso da CBSEI validada e aplicada em diversos países e a sua versão recentemente traduzida e validada para o contexto brasileiro (Bernardo, 2022).

Portanto, reitera-se a assertiva de que a utilização da CBSEI pode auxiliar a enfermagem, em especial, as enfermeiras obstetras e outros profissionais da saúde que prestam assistência à gestante em trabalho de parto na identificação da baixa autoeficácia em relação ao parto vaginal (Bernardo, 2022).

Diante dos relevantes resultados oriundos da aplicação do CBSEI, optou-se por sua utilização para avaliação da autoeficácia no trabalho de parto em gestantes em acompanhamento pré-natal no contexto paraibano, permitindo testar e ampliar a visibilidade da aplicação do instrumento em um novo cenário da região nordeste do Brasil.

Considera-se, pois, que os resultados da pesquisa têm o potencial de serem altamente significativos e impactantes. Ao entender melhor as necessidades das gestantes em relação à sua autoeficácia no trabalho de parto, os profissionais de saúde podem adaptar seus serviços e intervenções para melhor atender. Isso pode resultar em uma experiência mais positiva para as gestantes, ajudando-as a se sentirem preparadas e confiantes durante o parto. Além disso, auxiliarão também para aumentar o conhecimento científico sobre a temática, favorecendo o desenvolvimento de outros estudos no contexto local. Assim, a presente pesquisa defende a tese de que a versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*® apresenta estrutura

interna e boa confiabilidade para mensuração da autoeficácia da gestante frente à experiência de parto em diferentes contextos da região Nordeste.

2.OBJETIVOS

2.OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar as evidências de validade do processo de resposta e da estrutura interna da versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* em mulheres gestantes de um município paraibano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a autoeficácia de gestantes em lidar com uma experiência de parto a partir da aplicação da versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*;
- Verificar a evidência de validade do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* baseada na estrutura na sua interna e aplicada ao contexto paraibano;
- Propor uma versão reduzida do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* para o contexto brasileiro, baseada nas evidências de validade da sua estrutura interna.

3.HIPÓTESES

3.HIPÓTESES

3.1 Hipótese nula (H0): A versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*® não é confiável para mensuração da autoeficácia da gestante frente à experiência de parto no contexto paraibano.

3.2 Hipótese alternativa (H1): A versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*® apresenta estrutura interna e é confiável para mensuração da autoeficácia da gestante frente à experiência de parto no contexto paraibano.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

4.1.1 Pré-natal e o cuidado prestado durante o evento do parto

O pré-natal teve sua origem no início do século XX, no cenário de saúde mundial e foi introduzido no Brasil entre 1920 e 1930. Inicialmente, seu foco estava centrado na saúde da mulher, com o objetivo de reduzir os riscos e complicações associados à gestação, sem considerar plenamente a saúde conjunta da gestante e do feto. À medida que as taxas de mortalidade materna começaram a reduzir, surgiu uma maior preocupação com o bem-estar fetal. Dessa forma, com os avanços tecnológicos e sociais subsequentes, o pré-natal evoluiu e consolidou-se, assumindo a forma assistencialista que conhecemos na contemporaneidade (Pace *et al.*, 2022).

Atualmente, o pré-natal é um componente essencial da atenção à saúde materna e fetal, compreendendo o conjunto de cuidados médicos e de enfermagem prestados à gestante durante o percurso gestacional. É uma fase crucial para a promoção da saúde da gestante e do feto, para prevenção de complicações e garantia de um parto seguro (BRASIL, 2012).

Dentre os objetivos propostos no acompanhamento do pré-natal assegura-se o desenvolvimento da gravidez, possibilitando o nascimento de um recém-nascido saudável, sem repercussão para a saúde da mulher, até mesmo buscando informar e discutir sobre temáticas direcionadas aos aspectos psicossociais e ações educativas e preventivas em saúde (BRASIL, 2012).

Goemaes *et al.* (2016) ressaltam que neste contexto histórico, a enfermagem desempenhou um papel constante no acompanhamento e avaliação das gestantes. As enfermeiras desempenharam funções relevantes na assistência ao parto e receberam várias denominações ao longo do tempo, incluindo parteira, obstetriz e enfermeira obstetra. Esse envolvimento contínuo da enfermagem demonstra a importância da profissão na promoção da saúde materna e fetal, contribuindo para o desenvolvimento e aprimoramento das práticas de pré-natal.

Durante o acompanhamento nas consultas de pré-natal, o enfermeiro exerce função pilar, atuando em diversas frentes para assegurar o bem-estar do binômio mãe-bebê. Primeiramente, desempenha a função de avaliação da saúde da gestante no início da gravidez. Isso envolve a coleta de histórico clínico e obstétrico, a realização de exame físico e a solicitação de exames laboratoriais e de imagem, de acordo com as diretrizes clínicas e

protocolos estabelecidos pelas recomendações ministeriais. Ainda, fundamenta suas condutas em uma abordagem baseada em evidências, permitindo identificar fatores de risco e condições médicas preexistentes que podem afetar a gestação, buscando continuamente um planejamento adequado do pré-natal (BRASIL,2016; Mekhoa *et al.*, 2022).

O enfermeiro, respaldado pela Lei n. 7.498/86 que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, possui embasamento legal para desempenhar um papel integral no acompanhamento do pré-natal de gestantes de risco habitual. Este profissional detém habilidades e competências que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de complicações e estímulo ao autocuidado e a capacidade de proporcionar um acolhimento adequado às gestantes (BRASIL,1986).

Além das intervenções clínicas, ao longo do pré-natal, o enfermeiro desempenha um papel central na educação em saúde. Isso inclui orientações sobre uma alimentação saudável, atividade física adequada, cuidados com a higiene pessoal e monitoramento de sinais e sintomas de risco para complicações. As principais evidências disponíveis sustentam a importância dessas intervenções educacionais na prevenção de complicações gestacionais e no empoderamento da gestante para tomar decisões informadas sobre sua saúde e a do bebê (Mekhoa *et al.*, 2022).

Outras atribuições são desempenhas pelo enfermeiro no transcorrer do acompanhamento do pré-natal, dentre essas, o monitoramento e o desenvolvimento fetal, a aferição dos sinais vitais e monitoramento, o ganho de peso e outros parâmetros clínicos. Com base em evidências, toma decisões sobre a necessidade de encaminhar a gestante para consulta médica especializada ou realizar intervenções específicas, como a administração de vacinas ou a prescrição de suplementos vitamínicos (Pace *et al.*, 2022).

Assim, o enfermeiro desempenha um papel essencial na promoção da nutrição materna, e são considerados fundamentais nos serviços de atenção materno e fetal. Portanto, é crucial que tenha conhecimentos adequados sobre a promoção da nutrição materna para poderem prestar orientações assertivas às mulheres durante a gravidez, dentro da sua área de atuação (Saronga *et al.*, 2020).

Estudo transversal realizado por Hudon *et al.* (2022) evidencia que o pré-natal é um período crítico na atenção à saúde materna e fetal, e o enfermeiro desempenha um papel multifacetado e essencial nesse processo. Seu envolvimento na avaliação, educação e acompanhamento da gestante contribui para a promoção da saúde e a prevenção de complicações, assegurando uma gravidez saudável e um parto seguro.

O papel do enfermeiro durante o trabalho de parto é de suma importância para garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido. Evidências científicas respaldam a relevância das ações desempenhadas por esses profissionais nesse momento crucial. Estudo de coorte realizado por Souter *et al.* (2019), com objetivo de comparar as práticas de parto de enfermeiras e os desfechos do parto em mulheres com no ambiente hospitalar, identificou que os cuidados obstétricos durante o trabalho de parto foram associados à diminuição da necessidade de intervenção, dos partos vaginais instrumentados e das cesarianas e, em mulheres múltiparas, um risco aumentado de distocia de ombro.

Em primeiro lugar, o enfermeiro é responsável pela avaliação contínua da mãe e do feto por meio da monitorização dos sinais vitais e da interpretação dos traçados cardiotocográficos. Este monitoramento revela-se de substancial importância, haja vista que o acompanhamento frequente dos batimentos cardíacos fetais e das contrações uterinas é fundamental para identificar qualquer sinal de sofrimento fetal, permitindo intervenções imediatas e a redução de complicações neonatais (Mercier *et al.*, 2018).

No tocante ao suporte emocional, estudos demonstram que o apoio constante do enfermeiro durante o trabalho de parto pode reduzir a ansiedade, o estresse e o medo da parturiente, o que, por sua vez, está associado a taxas mais baixas de intervenções desnecessárias e a uma experiência de parto positiva (Devane *et al.*, 2019; Vedam *et al.*, 2022).

Por fim, o enfermeiro atua na oferta de informações, orientações e escuta da parturiente e a sua parceria, fornecendo subsídios que auxiliem na identificação das diferentes fases do trabalho de parto, técnicas de respiração, posições confortáveis e cuidados com o recém-nascido. Essa orientação baseada em evidências ajuda a empoderar a parturiente, contribuindo para um parto mais informado e seguro e revela o papel multifacetado e fundamental do enfermeiro durante o trabalho de parto, com ações que compreendem desde a monitorização e administração de medicamentos até o suporte emocional e educacional, tudo com o objetivo de garantir uma experiência segura e positiva para a parturiente e o recém-nascido.

4.1.2 O atual papel da enfermagem obstétrica

A enfermagem obstétrica, ao longo de sua história, desempenhou um papel fundamental na assistência ao parto e na promoção da saúde materna e neonatal. A origem da enfermagem obstétrica remonta às tradicionais parteiras, mulheres experientes na arte do parto e nascimento. Essas desempenharam um papel central nas comunidades, oferecendo cuidados às gestantes durante séculos. No entanto, a transição para a enfermagem obstétrica moderna foi marcada por avanços tecnológicos e uma mudança no papel desses profissionais (Ivaljug *et al.*, 2022).

As parteiras atuavam no cuidado às gestantes e no auxílio aos partos. Suas práticas eram baseadas em conhecimentos tradicionais transmitidos de geração em geração, e estavam como a única opção disponível para as mulheres durante o parto e desempenhavam funções que iam desde a descoberta da gestação até o parto. A abordagem empírica das parteiras, embora valiosa, carecia de fundamentação científica, o que levou a uma necessidade de reformulação das práticas obstétrica no início do século XX (Perriman *et al.*, 2018).

Para Kortekaas *et al.* (2019), com o avanço da medicina e da tecnologia no século XX, a enfermagem obstétrica passou por uma transformação significativa. A introdução de equipamentos de monitoramento fetal, anestesia epidural e intervenções médicas mais sofisticadas alterou o cenário do parto. Essa transição trouxe à tona questões sobre a autonomia da enfermeira obstetra e seu papel na tomada de decisões clínicas.

Hoje, a enfermagem obstétrica é uma especialidade reconhecida, que combina uma abordagem holística do cuidado com os avanços tecnológicos. Os Enfermeiros Obstetras desempenham um papel essencial na assistência pré-natal, no acompanhamento do trabalho de parto, no parto e nos cuidados pós-parto. A promoção de práticas baseadas em evidências e o empoderamento da gestante para tomar decisões informadas são princípios fundamentais dessa profissão. O futuro da enfermagem obstétrica inclui um foco crescente na humanização do parto, na redução de intervenções desnecessárias e na promoção do parto seguro e respeitoso (Renfrew *et al.*, 2020).

Segundo a OMS, a presença e o papel dos enfermeiros obstetras são de extrema importância em todas as fases do ciclo reprodutivo e em diversos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Suas responsabilidades vão além do acompanhamento durante o parto, pois desempenham um papel crucial na prestação de cuidados pré-natais, incluindo exames de rotina, monitoramento da saúde materna e fetal, aconselhamento sobre nutrição e estilo de vida saudável durante a gravidez, além de educação sobre os processos do parto e preparação para a maternidade (OMS, 2021). Dados apresentados pela Associação Brasileira de Enfermagem fornecem uma visão abrangente do estado da enfermagem obstétrica no Brasil e destacam a importância desses profissionais na prestação de cuidados maternos e neonatais (Oliveira *et al.*, 2021).

A pandemia de Covid-19 trouxe à luz diversos desafios que exigem superação por parte dos sistemas de saúde. Estes incluem perturbações nos serviços de saúde obstétricos e de saúde sexual, a necessidade de garantir a disponibilidade de força de trabalho e a busca por um desempenho mais eficiente, com um enfoque específico na equipe de obstetrícia e o relatório identifica uma escassez dessa força de trabalho em nível global. Nesse contexto, torna-se

imperativo implementar ações para fortalecer essa área, considerando as consequências da pandemia, sobretudo para uma força de trabalho predominantemente composta por mulheres – 88% da equipe de Enfermagem no Brasil (Oliveira *et al.*, 2021).

Desta forma, a enfermagem obstétrica percorreu um longo caminho desde as práticas das parteiras até o modelo atual que vivenciamos baseado nas principais evidências científicas e tecnologicamente avançado. O papel das enfermeiras obstetras continua a ser essencial na assistência à gestante e ao recém-nascido, e o desafio atual é encontrar o equilíbrio entre a tecnologia e a humanização do parto, garantindo a continuidade de uma profissão que tem um impacto significativo na saúde materna e neonatal.

4.1.3 Programas e projetos exitosos: *nursing now* e parto adequado

Em todo o mundo, exemplos da prática de enfermagem ilustram os variados e diversos aspectos dos papéis e responsabilidades profissionais que os enfermeiros detêm. Em partes remotas do mundo, um enfermeiro pode ser o primeiro e único profissional de saúde a quem as pessoas recorrem para as suas necessidades de cuidados de saúde, o que promove uma enorme criatividade e inovação na prestação de cuidados. Esse enfermeiro geralmente também faz parte da comunidade local e compartilha os pontos fortes e os desafios culturais (Scanlon *et al.*, 2023).

Neste contexto, a atuação da enfermagem obstétrica é fundamental para a melhoria dos resultados no cuidado durante o parto e nascimento. Assim, diversos programas e projetos têm sido desenvolvidos nacionalmente e internacionalmente, com o objetivo de aprimorar a prática da enfermagem obstétrica. Dois movimentos notáveis são o "*Nursing Now*" de alcance global e o "Parto Adequado", uma iniciativa liderada pelo MS no Brasil.

O movimento *Nursing Now*, representa uma iniciativa global significativa, elevando o perfil e o estatuto da enfermagem em todo o mundo. Executado em colaboração com a OMS e o *International Nursing Council*, o *Nursing Now* reforça a importância vital da enfermagem na promoção da saúde e na prestação de cuidados em todo o mundo. Isso envolve aumentar a conscientização sobre o papel fundamental dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde e promover seu engajamento em níveis mais elevados de tomada de decisões em políticas de saúde. No contexto da enfermagem obstétrica, o "*Nursing Now*" tem promovido a visibilidade e a valorização das enfermeiras obstetras, incentivando a formação avançada e o engajamento ativo nas práticas baseadas em evidências (Swartz *et al.*, 2019).

A campanha concentrou-se em cinco áreas principais, representando um esforço coordenado para fortalecer a atuação de enfermeiros e parteiras e maximizar seu impacto na

saúde global. O relatório *Triple Impact* foi fundamental para embasar a campanha *Nursing Now*, fornecendo evidências claras dos múltiplos benefícios de capacitar os profissionais que estão diretamente inseridos na assistência materno infantil. Capacitar os enfermeiros e parteiras leva a uma melhoria significativa na prestação de cuidados de saúde em todo o mundo. Esses profissionais desempenham um papel vital na promoção da saúde, prevenção de doenças, prestação de cuidados curativos e reabilitação, contribuindo assim para melhoria dos indicadores de saúde em nível global (Benton *et al.*, 2020).

Ressalta-se, portanto, o aspecto oportuno de tais objetivos. Segundo a *International Nursig Council*, enfermeiros e parteiras ainda constituem a maior porcentagem de profissionais de saúde em todo o mundo. No entanto, um déficit global de 9 milhões de enfermeiros é previsto até 2030 (Mason *et al.*, 2021). Para Anthony *et al.* (2019), a campanha embasou seu potencial em desenvolvimento efetivo na prática de enfermagem e na saúde como um todo, somos sabedores que os enfermeiros partilham a capacidade de identificar necessidades de saúde individuais e populacionais, implementar medidas preventivas e de promoção da saúde e mobilizar recursos para responder às necessidades de saúde individuais, familiares e comunitárias.

Já o "Movimento Parto Adequado" é uma iniciativa lançada pelo MS em parceria com diversas entidades de saúde e sociedade civil. Seu objetivo principal é reduzir a incidência de cesarianas sem indicação real e promover o parto vaginal e humanizado. Nesse contexto, as enfermeiras obstetras desempenham um papel crucial como defensoras do parto natural e como facilitadoras de um cuidado centrado na gestante. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020), o "Movimento Parto Adequado" é uma iniciativa que visa reorganizar a atenção à saúde materna e neonatal, promovendo as melhores práticas baseadas em evidências científicas em benefício da saúde de mulheres e bebês. Este movimento foi desenvolvido a partir de um acordo de cooperação técnica entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do MS.

Desde 2016, o "Movimento Parto Adequado" tem realizado campanhas anuais para conscientizar mulheres e familiares sobre os riscos das cesáreas desnecessárias. Cesáreas desnecessárias podem acarretar complicações tanto para a mãe quanto para o bebê, e promover o parto vaginal quando seguro e possível é uma das metas do movimento. É notável que, desde o início do Movimento Parto Adequado, mais de 20 mil cesáreas agendadas sem indicação clínica foram evitadas. Isso mostra o impacto positivo da iniciativa na promoção de práticas baseadas em evidências e na redução de procedimentos desnecessários, contribuindo para uma

melhor saúde materna e neonatal. Essa iniciativa é um exemplo importante de colaboração entre diferentes instituições e setores da saúde para promover cuidados de qualidade e seguros para as mulheres e bebês durante o parto e o período perinatal (ANS, 2020).

É válido ressaltar que o projeto foi organizado em três etapas distintas, na fase 1: a fase piloto, que transcorreu entre os anos de 2015 a 2016, envolveu a participação de trinta e cinco hospitais e dezenove operadoras de planos de saúde. Nesse período, foram realizados testes iniciais, cujo propósito era avaliar a viabilidade do projeto; na fase 2: a etapa de disseminação, que se estendeu de 2017 a 2021. Durante os anos de 2017 a 2020, cento e oito hospitais e sessenta operadoras de planos de saúde participaram ativamente. Essa fase tem como principal objetivo ampliar a intervenção, abrangendo uma variedade de prestadores e operadoras em todo o país, resultando na prevenção de 20 mil cesarianas desnecessárias até o momento (ANS, 2020).

Já na fase 3, que visa promover a disseminação em larga escala das estratégias de aprimoramento da qualidade dos cuidados durante o parto e nascimento, podendo abranger todo o conjunto de maternidades e operadoras do território nacional (ANS, 2020).

Um estudo de métodos mistos realizado por Barbosa *et al.* (2021) identificou que o "Movimento Parto Adequado" no Brasil tem se concentrado na promoção de práticas baseadas em evidências e no respeito às escolhas da gestante. As enfermeiras obstetras desempenham um papel decisivo na implementação de protocolos de parto adequado, fornecendo assistência centrada na mulher e na família, promovendo o parto humanizado e colaborando ativamente na redução das taxas de cesariana sem indicação clínica.

Para Grinspun *et al.* (2022), embora esses programas e projetos tenham trazido avanços significativos na enfermagem obstétrica, ainda existem desafios a serem superados. Entre eles, a necessidade de mais investimentos em educação continuada, o combate à resistência à mudança em relação às práticas tradicionais de parto e a garantia de que a enfermagem obstétrica seja plenamente reconhecida e valorizada como parte integrante do sistema de saúde.

Os programas e projetos exitosos, como o "*Nursing Now*" e o "Movimento Parto Adequado", auxiliam na promoção da enfermagem obstétrica e na melhoria dos resultados de saúde materna e neonatal. Essas iniciativas destacam a importância da valorização das enfermeiras obstetras, da promoção de práticas baseadas em evidências e do respeito às escolhas das gestantes. Continuar a investir e fortalecer esses programas é fundamental para garantir um futuro promissor para a enfermagem obstétrica e, conseqüentemente, para a saúde das gestantes e recém-nascidos em todo o mundo.

4.1.4 Partos domiciliares como alternativa para o parto exitoso: estatísticas no Brasil e no mundo

Em muitas partes do mundo, as mulheres não têm outra escolha senão dar à luz os seus filhos nas suas casas, com o apoio apenas dos recursos disponíveis. Em um contexto muitas vezes escassamente provido, a escolha de planejar o parto em um hospital ou em centro de parto equiparavelmente equipado, ou, alternativamente, ter o acompanhamento do parto no domicílio, parece uma indulgência. Quando as opções médicas dos pacientes estiverem disponíveis, devem ser oferecidas informações adequadas sobre os riscos, benefícios e implicações razoavelmente previsíveis de cada opção, fornecidas por profissionais qualificados para fornecer tais informações (Coburn *et al.*, 2021).

O acompanhamento de partos domiciliares tem ganhado destaque em muitos países, impulsionado por uma busca por experiências positivas, com assistência humanizada e menos intervencionista. Segundo a OMS, estima-se que aproximadamente 2% dos partos em todo o mundo ocorram em domicílio. Países como Holanda e Canadá têm uma tradição mais estabelecida de partos em casa, com taxas de 20% e 3%, respectivamente. Essas estatísticas refletem uma crescente aceitação e regulamentação dos partos domiciliares em muitas nações (Watterberg *et al.*, 2021).

A base de dados de natalidade do *Center of Disease Control* confirma que, embora outros partos domiciliares planejados assistidos por parteiras tivessem maiores taxas de mortalidade neonatal do que os assistidos por enfermeiras obstétricas, essas diferenças não foram estatisticamente significativas. Uma análise seriada realizada por Grünebaum *et al.* (2020) evidenciou que o tipo de parteira que assiste ao parto domiciliar também possui diferencial significativo na diminuição do risco absoluto e relativo de mortalidade neonatal do parto.

Estudos apontam que o parto hospitalar pode predispor a riscos de infecções de origem hospitalar; intervenções médicas excessivas e indesejadas, partos cirúrgicos desnecessários; e o estresse provocado pela solidão devido às limitações ou proibições de presença de companheiros e familiares. Além disso, afirma-se que as decisões sobre os riscos para os recém-nascidos e/ou mães devem ser tomadas pelas mulheres, como aspectos do seu direito humano à autodeterminação e da sua responsabilidade parental, e não por legisladores, reguladores governamentais ou profissionais médicos (Anderson *et al.*, 2021; Rodriguez-Garrido *et al.*, 2020).

No Brasil, os partos domiciliares têm uma representatividade mais modesta, com cerca de 0,3% dos partos ocorrendo no domicílio. No entanto, essa prática tem obtido um aumento gradual nos últimos anos, em especial, no transcorrer do período da pandemia, à medida que as mulheres buscam alternativas ao modelo hospitalar tradicional. É importante notar que a regulamentação e a aceitação dos partos domiciliares no Brasil ainda enfrentam desafios, com diferenças significativas entre as regiões do país (BRASIL, 2016).

Um aspecto importante na análise dos partos domiciliares é a avaliação de sua segurança e dos resultados para a mãe e o bebê. Estudos indicam que, em gestações de risco habitual, os partos domiciliares são geralmente seguros, com taxas de complicações comparáveis às dos partos hospitalares. No entanto, é importante ressaltar que a seleção criteriosa das gestantes elegíveis para parto domiciliar, bem como a presença de profissionais qualificados, são fundamentais para garantir a segurança (Olsen *et al.*, 2023).

Desta forma, os partos domiciliares emergem como uma alternativa viável para mulheres de risco habitual, oferecendo uma experiência de parto humanizada, com menos intervenções e menos medicalizada. Embora as estatísticas mostrem uma prevalência maior em alguns países em comparação com outros, a tendência global aponta para um interesse crescente nessa modalidade de parto (Thies- Lagergren *et al.*, 2021). No Brasil, a regulamentação e a aceitação ainda estão em desenvolvimento, e a segurança é um aspecto que requer atenção contínua. Portanto, a análise dessas estatísticas no Brasil e no mundo fornece *insights* importantes para orientar políticas de saúde e decisões individuais sobre o local de parto.

4.2 Artigo 1 – Publicado na Revista Enfermagem Atual In Derme. ISSN 2447-2034. on-line. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1809>

EVIDÊNCIAS DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA ASSISTÊNCIA E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: SCOPING REVIEW

EVIDENCE OF MATERNAL SELF-EFFICIENCY IN PRENATAL CARE AND FOLLOW-UP: SCOPING REVIEW

EVIDENCIA DE AUTOEFICIENCIA MATERNA EN EL CUIDADO PRENATAL Y SEGUIMIENTO: REVISIÓN DE ALCANCE

RESUMO

Objetivo: mapear evidências de autoeficácia materna obtidas por meio do *Childbirth Self efficacy Inventory* durante a assistência e acompanhamento pré-natal. **Métodos:** revisão de escopo, com estratégia de busca usando os termos “Pregnancy”, “Self-efficacy”, “Prenatal care”, nas bases de dados *Medline*, *Scopus*, *Pubmed*, *Web of Science*, *Lilacs*, *Cinahl* e na biblioteca *Scielo*. Os critérios de elegibilidade foram: estudos primários, texto completo, nos diferentes idiomas. Utilizou-se para a análise crítica dos delineamentos experimentais, revisões e qualitativas, os critérios do *Critical Appraisal Skills Programme* e os *checklists do Joanna Briggs Institute*. Compuseram a amostra final 14 artigos, por atender a questão e os objetivos da pesquisa. **Resultados:** notou-se na literatura publicações sobre a temática de 2007 a 2020, e em relação as características metodológicas foram encontradas estudos descritivos, ensaios clínicos randomizados controlados e ensaios clínicos sem randomização. **Considerações finais:** as principais evidências mostram que a autoeficácia no parto é um conceito importante no que se refere a preparação para o trabalho de parto e parto, e é uma avaliação benéfica das crenças das mulheres grávidas em sua capacidade de conduzir o parto.

Palavras-chave: Enfermagem; Autoeficácia; Pesquisa Quantitativa; *Childbirth Selfefficacy Inventory*.

SUMMARY

Objective: to map evidence of maternal self-efficacy obtained through the *Childbirth Self efficacy Inventory* during prenatal care and follow-up. **Methods:** scope review, with a search strategy using the terms "Pregnancy", "Self-efficacy", "Prenatal care", in *Medline*, *Scopus*, *Pubmed*, *Web of Science*, *Lilacs*, *Cinahl* databases and in the *Scielo* library. The eligibility criteria were primary studies, full text, in different languages. For the critical analysis of the experimental designs, reviews and qualitative, the criteria of the *Critical Appraisal Skills Program* and the *checklists of the Joanna Briggs Institute* were used. The final sample consisted of 14 articles, as they met the question and objectives of the research. **Results:** it was noted in the literature publications on the subject from 2007 to 2020, and in relation to the methodological characteristics, descriptive studies, randomized controlled clinical trials and clinical trials without randomization were found. **Final considerations:** the main evidence shows that self-efficacy in childbirth is an important concept with regard to preparation for labor and delivery and is a beneficial assessment of pregnant women's beliefs in their ability to manage childbirth.

Keywords: Nursing; Self-efficacy; Quantitative research; *Childbirth Self-efficacy Inventory*.

RESUMEN

Objetivo: mapear las evidencias de autoeficacia materna obtenidas a través del Inventario de Autoeficacia en el Parto durante el control y seguimiento del prenatal. **Métodos:** revisión de alcance, con estrategia de búsqueda utilizando los términos "Embarazo", "Autoeficacia", "Cuidado prenatal", en las bases de datos Medline, Scopus, Pubmed, Web of Science, Lilacs, Cinahl y en la biblioteca Scielo. Los criterios de elegibilidad fueron: estudios primarios, texto completo, en diferentes idiomas. Para el análisis crítico de los diseños experimentales, revisiones y cualitativo, se utilizaron los criterios del Critical Appraisal Skills Program y las listas de cotejo del Instituto Joanna Briggs. La muestra final estuvo conformada por 14 artículos, ya que cumplieron con la pregunta y objetivos de la investigación. **Resultados:** Se notó en la literatura publicaciones sobre el tema del 2007 al 2020, y en relación a las características metodológicas se encontraron estudios descriptivos, ensayos clínicos controlados aleatorizados y ensayos clínicos sin aleatorización. **Consideraciones finales:** La principal evidencia muestra que la autoeficacia en el parto es un concepto importante con respecto a la preparación para el trabajo de parto y el parto, y es una evaluación beneficiosa de las creencias de las mujeres embarazadas sobre su capacidad para manejar el parto.

Palabras clave: Enfermería; autoeficacia; Investigación cuantitativa; Inventario de Autoeficacia en el Parto.

INTRODUÇÃO

As formas de nascer proporcionam expressivas comparações quando confrontadas entre distintas realidades no mundo. No ocidente, o parto é cercado de tecnologias e a medicalização⁽¹⁾. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto vaginal deve ocorrer de forma fisiológica, entre 37 e 42 semanas, com recém-nascido (RN) em posição cefálica, permanecendo, no nascimento, mãe e bebê em condições adequadas⁽²⁾.

Recomenda-se que a informação seja uma ação prioritária para as mulheres com a finalidade de que essas possam decidir as melhores opções para a sua saúde e para os seus filhos, porquanto, apesar de mulheres e profissionais decidam de forma antecipada a via de parto⁽³⁾, esse acontecimento não pode ser visto como uma simples escolha, por preferência, já que o parto cirúrgico não é um “bem de consumo”. No entanto, isso não é vivenciado na prática de saúde, e a cada vez mais, a via de parto em especial a cesariana é escolhida previamente, apesar das recomendações das autoridades de saúde acerca da temática.

Na área da saúde, a Teoria da Autoeficácia vem sendo aplicada em diversos contextos, na obstetrícia especificamente, está sendo direcionado estudos que avaliam a experiências de parto e a concretização e materialização de uma experiência positiva de parto. A teoria foi elaborada por Albert Bandura, em 1987. Esta define autoeficácia como a capacidade que a pessoa tem de concretizar com sucesso determinado comportamento, em um certo momento da vida, e resulta de crenças pessoais sobre comportamentos que influenciam os efeitos resultantes⁽⁴⁾.

A teoria é baseada em componentes emocionais, comportamentais e cognitivos que se interligam. Dessa forma, entende-se que as crenças de autoeficácia são importantes para a forma como o indivíduo se motiva, pensa e percebe para o modo como as pessoas se percebem, pensam e se motivam o que, por sua vez, afeta suas escolhas e comportamentos⁽⁴⁾.

Resultado de pesquisa demonstra que a compreensão de mulheres em relação à autoeficácia pode auxiliar e abordar a maternidade de modo mais assertivo, favorecer a diminuição das intervenções com indicação obstétrica, assim como, sensibilizar para a diminuição de intervenções desnecessárias ao longo do trabalho de parto e parto e contribuir na saúde mental da mulher ao longo do puerpério⁽⁵⁾.

Estudo realizado com mulheres grávidas da Nova Zelândia, em um programa de preparação para o parto com o uso do *Childbirth Selfefcacy Inventory* (CBSEI), constatou que a autoeficácia no parto para as mulheres que receberam intervenção foi maior em comparação as grávidas do grupo controle, que não receberam nenhum tipo de intervenção educativa durante o acompanhamento do pré-natal. Os resultados ressaltavam a importância do pré-natal e da realização de ações de caráter educativo durante esse acompanhamento, para aumentar a autoeficácia no parto⁽⁶⁾.

O CBSEI é uma ferramenta útil para avaliar a autoeficácia materna durante a assistência e acompanhamento pré-natal? Nessa direção, delineou-se como objetivo mapear evidências de autoeficácia materna obtidas por meio do *Childbirth Selfefcacy Inventory* durante a assistência e acompanhamento pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de estudo do tipo revisão de escopo, utilizada para dimensionar evidências de estudos, mapear a literatura disponível em um determinado campo e apontar lacunas na literatura científica. Na área das ciências da saúde, emprega rigor e transparência na sua execução e, apresenta uma visão descritiva das pesquisas revisadas, sem avaliá-los criticamente ou abreviar evidências das diversas investigações⁽⁷⁾.

Para elaboração deste estudo norteou-se pelo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) Checklist, e foram percorridas as cinco etapas sequenciais propostas pelo *The Joanna Briggs Institute* (JBI): (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes, após busca na literatura usando as bibliotecas e base de dados de significância científica; (3) seleção de

estudos/artigos para revisão; (4) extração e mapeamento dos dados; e (5) coleta, resumo e síntese dos resultados⁽⁸⁾.

Para guiar a primeira etapa da revisão, referente a construção da pergunta de pesquisa, alguns elementos necessitaram estar delimitados. Por esta razão, utilizou-se para sua construção o acrônimo PCC: população; conceito e contexto⁷, descritos, para esta pesquisa no Quadro 1, que resultou na questão norteadora descrita previamente.

Quadro 1 - Componentes da pergunta de pesquisa de acordo com a estratégia PCC. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2023

ANAGRAMA	DESCRIÇÃO	COMPONENTE DA PERGUNTA
P	População	Mulheres gestantes
C	Conceito	Evidências de autoeficácia a partir do uso do CBSEI
C	Contexto	Assistência/acompanhamento ao pré-natal

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A Prática Baseada em Evidência (PBE) reitera que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, no ensino ou na pesquisa, sejam compreendidos e a seguir organizados, utilizando-se desta estratégia⁽⁹⁾.

Previamente a definição dos descritores de busca, foi realizado um levantamento dos principais termos utilizados para este fim nos estudos primários, para então iniciar a estratégia a partir dos termos presentes no *Medical Subject Headings* (MESH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Pregnancy”, “Self-Efficacy”, “Prenatal care”, conectados com o operador booleano AND e OR.

A busca ocorreu nas bases de dados *National Library of Medicine's (Medline)*, *US National Library of Medicine (Pubmed)*, *Web of Science (WOS)*, *Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (Lilacs)* e na *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, nos meses de janeiro e fevereiro de 2023. Esta foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, a fim de garantir coerência na busca e reduzir o risco de viés na localização dos artigos.

Os critérios de inclusão foram estudos disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, estudos primários, sem restrições no que concerne a idioma e ano de publicação. Foram excluídas publicações duplicadas, revisões integrativas e sistemáticas, anais de eventos científicos e editoriais.

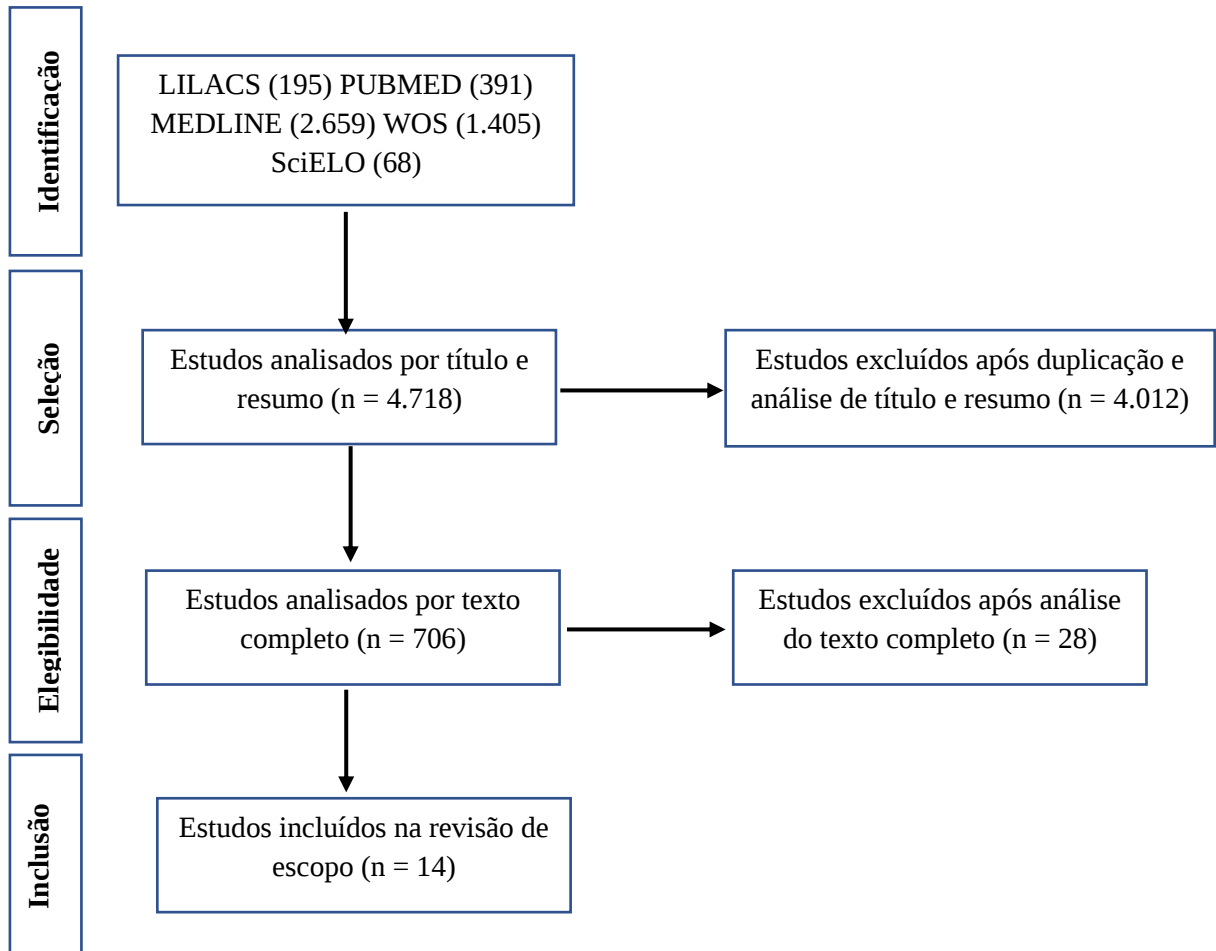
Foi organizado um banco a fim de organizar os estudos encontrados nas bases ou

biblioteca, com leitura inicial dos títulos e resumos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, procedeu-se a leitura integral dos artigos selecionados. Utilizou-se ainda um formulário construído pelos pesquisadores, que contemplou os seguintes itens: títulos dos artigos, periódico, bases de dados/biblioteca, tipo de estudo/nível de evidência, país, ano de publicação e principais resultados.

A fim de elevar o rigor e a qualidade da revisão, optou-se por utilizar o instrumento para leitura crítica de estudos disponibilizado pelo *Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español, Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)*. O instrumento guia a permanência ou não do estudo durante a avaliação desde que responda a questionamentos sobre a validade dos resultados, a descrição destes e, por fim, a aplicabilidade ao seu meio. É necessária obter pontuação mínima de oito para que o estudo se mantenha entre os elegidos para a revisão⁽¹⁰⁾.

Os artigos selecionados foram classificados em relação ao nível de evidência de acordo com o sistema de classificação composto por sete níveis: Nível I – evidências oriundas de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; Nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – estudos de coorte e de caso controle bem delineados; Nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas⁽¹¹⁾. O corpus final contemplou 14 estudos conforme Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos (PRISMA). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2023



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

RESULTADOS

Encontraram-se inicialmente 4.718 artigos a partir das buscas nas bases de dados e bibliotecas. Destes, 1.030 estavam duplicados e 2.982 foram excluídos após a leitura dos títulos e resumos. Dois revisores passaram a leitura de 28 artigos na íntegra e destes, 14 compuseram o corpus final.

As publicações sobre a temática se situaram entre os anos de 2007 e 2020, com maiores frequência para Suécia (n=3), Estados Unidos (n=2) e China (n=2). Em relação às características metodológicas, foram encontrados estudos descritivos (n=7), ensaios clínicos randomizados controlados (n=5) e ensaios clínicos sem randomização (n=2).

No que concerna ao quantitativo de estudos nas bases de dados e biblioteca, na Medline foi possível recuperar quatro, na Pubmed quatro, na WOS cinco e um artigo na SciELO, todos no idioma inglês.

No Quadro 2 são descritas as características dos estudos que compuseram o corpus da revisão de escopo, que constam: nome do autor, ano, país, idioma, tipo do estudo, nível de evidência, objetivos e desfechos encontrados.

Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo que utilizaram a versão da *Childbirth Selfefcacy Inventory* nas pesquisas em saúde. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2023

Nº	AUTOR /ANO	PAÍS	IDIOMA	TIPO DO ESTUDO/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA	OBJETIVO	DESFECHOS ENCONTRADOS
1	Zhao Y, Wu J, Yang H, Yin X, Li D, Qiu L, Sun N, Gong Y. (2020)	China	Inglês	Transversal/ VI	Avaliar a autoeficácia no parto e seus fatores de influência entre mulheres grávidas chinesas.	Constatou-se que as mulheres chinesas têm baixa autoeficácia no parto, especialmente em gestantes com maior idade, maior IMC e pior autoavaliação do estado de saúde. As mulheres que praticavam exercícios com frequência e tiveram educação pré-natal apresentaram maior autoeficácia no parto. Recomenda-se dar atenção especial voltada às gestantes, obesas ou com pior saúde.
2	Soh YX, Razak NKBA, Cheng LJ, Lau Y (2020)	Ásia	Inglês	Transversal Exploratório/ VI	Examinar as relações entre os fatores sociodemográficos e obstétricos, medo do parto, bem-estar psicossocial e autoeficácia no parto.	O aumento da autoeficácia pode aumentar a capacidade de enfrentamento e reduzir o medo do parto e, assim, promover o parto via vaginal. Intervenções futuras podem ser estimuladas para aumentar a autoeficácia entre mulheres grávidas e devem ser adaptadas por idade, etnia e paridade.
3	Toohill J, Fenwick J, Gamble	Austrália	Inglês	Experimental/ Randomizado/ II	Testar uma intervenção de psicoeducação pré-natal por parteiras para reduzir o medo	O medo do parto pode ser modificado. Deve-se auxiliar as mulheres com estratégias para que possam reformular suas

	J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL (2014)				do parto nas mulheres.	percepções sobre a sua capacidade de parir. A provisão de apoio educacional e emocional tem o potencial de reduzir intervenções desnecessárias, assim como favorecer que a mulher tenha uma experiência de parto positiva.
4	Ip WY, Tang CS, Goggins WB (2009)	China	Inglês	Experimental/ Randomizado/ II	Testar a eficácia de uma intervenção educacional de aumento de eficácia para promover a autoeficácia das mulheres para o parto.	A intervenção educacional baseada na teoria da autoeficácia de Bandura é eficaz na promoção da autoeficácia da gestante para o parto e na redução da percepção de dor e ansiedade nas duas primeiras fases do trabalho de parto. Recomenda-se ampliá-la e integrá-la às intervenções educativas para promover a capacidade de enfrentamento das mulheres durante o parto.
5	Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC (2011)	Taiwan/ Taipé	Inglês	Ensaio Clínico controlado randomizado/ II	Examinar a eficácia de um programa de exercícios durante o parto, medindo a autoeficácia no parto.	A implementação do programa de exercícios com bola para o parto, como ferramenta adjuvante para melhorar a autoeficácia, evidenciou maior confiança após a preparação pré-natal e mostrou-se fortemente relacionada à diminuição da percepção da dor e do uso de medicamentos/analgesia durante o trabalho de parto.
6	Serçekuy P, Baykale H (2015)	Turquia	Inglês	Quase experimental/ III	Examinar os efeitos da educação pré-natal sobre o medo do parto, a autoeficácia materna e o apego materno e paterno.	A educação pré-natal reduz o medo do parto e aumenta a autoeficácia materna relacionada ao parto. No entanto, a educação pré-natal não tem efeito sobre o apego parental.
7	Howarth AM, Swainy NR (2018)	Nova Zelândia	Inglês	Ensaio Clínico Randomizado Controlado/ II	Explorar os potenciais benefícios da preparação para o parto baseado em habilidades na autoeficácia do parto.	O programa de preparação para o parto autodirigido baseado em habilidades foi capaz de aumentar a autoeficácia do parto. Recomenda-se o incentivo a participação das mulheres em programas baseados em

						habilidades para ajudar experiência de parto.
8	Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H (2020)	Malawi	Inglês	Quase-experimental/ II	Avaliar a eficácia da preparação para o parto integrada ao acompanhante durante o final da gravidez.	O C-ICP mostrou-se como intervenção promissora para reduzir o medo do parto, aumentando a autoeficácia do parto e o apoio materno. Recomenda-se a inclusão de C-ICP durante o final da gravidez em ambientes com recursos limitados.
9	Rahmawati, VY, Rachmawati, IN, Budiati T (2019)	Indonésia	Inglês	Transversal/ VI	Identificar a correlação entre a autoeficácia no parto e a expectativa de parto de mães adolescentes.	Demonstra que a maioria das mães tem baixa expectativa de parto. Existe uma relação significativa entre a autoeficácia no parto e a expectativa do parto em mães. Como seguimento, são necessárias mais pesquisas na forma de intervenções que podem ser feitas para melhorar a autoeficácia para enfrentar o parto.
10	Vitek K, Ward M (2018)	Estados Unidos	Inglês	Experimental/ III	Avaliar se a exposição de imagens de partos em <i>reality shows</i> afetam o medo do parto e a autoeficácia das mulheres.	Este estudo e os anteriores demonstram a importância da educação baseada em fatos para as mulheres sobre esses eventos de mudança de vida. As percepções e atitudes das mulheres em relação a se tornarem mães são moldadas antes mesmo de pensarem em engravidar, tornando-se crucial que elas entendam o que podem esperar e como podem aliviar suas preocupações. Com esse conhecimento, as futuras mães podem ter experiências de parto mais seguras e gratificantes.
11	Salomonsson B, Gullberg M T, Alehagen S; Wijma K (2013)	Suécia	Inglês	Transversal/ VI	Explorar como a expectativa de eficácia e o medo do parto estão relacionados às características sociodemográficas, problemas mentais e preferência por uma cesariana.	Menor expectativa de eficácia foi associada a maior medo severo de parto (FOC), enquanto a preferência por uma cesariana não foi. A melhora da autoeficácia pode fazer parte do cuidado de mulheres com FOC durante a gravidez; no entanto, não seria suficiente para mulheres

						com medo do parto que desejam fazer uma cesariana
12	Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S (2013)	Suécia	Inglês	Qualitativo/VI	Aplicar e testar o conceito de autoeficácia no parto e as expectativas do próximo nascimento no contexto de medo severo do parto.	Os domínios de autoeficácia no parto foram aprofundados e ampliados. É importante identificar as crenças de gestantes para ajudá-las a encontrar comportamentos de enfrentamento adequados antes do início do trabalho de parto. Esses comportamentos devem ser apoiados por profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto. O apoio na forma de persuasão verbal proveniente dos subdomínios da autoeficácia no parto deve ser adicionado.
13	Ziegert K (2015)	Suécia	Inglês	Transversal/VI	Examinar como as crenças de autoeficácia no parto de mulheres se relacionam com os aspectos de bem-estar durante o terceiro trimestre de gravidez.	A autoeficácia no parto é uma dimensão positiva que interage com outros aspetos e contribui para o bem-estar durante a gravidez e, por isso, atua como uma mais valia no contexto do parto.
14	Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J (2007)	Estados Unidos	Inglês	Longitudinal/Descritivo/VI	Descrever níveis de ansiedade e autoeficácia para o parto em nulíparas durante o final do terceiro trimestre	As características pré-natais influenciam os resultados intrapartos. O ambiente de trabalho, em casa e no hospital, é reconhecido como um componente importante da experiência do parto.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Quanto a área profissional em que emergiram os estudos, 11 foram da enfermagem, dois da medicina e um da psicologia. Já em relação ao nível de evidência, cinco estudos apresentaram nível II, dois estudos nível III e sete encontravam-se no nível de evidência VI.

DISCUSSÃO

Programa de preparação para o parto com mulheres grávidas da Nova Zelândia constatou que a autoeficácia no parto para as mães que receberam intervenção foi maior em comparação às gestantes do grupo controle, que não receberam nenhum tipo de intervenção

educativa durante o período gestacional. Os dados obtidos indicaram a importância do pré-natal e da realização de intervenções durante esse acompanhamento para aumentar a autoeficácia no parto⁽⁶⁾.

A falha encontrada no repasse das informações dos profissionais de saúde e na oferta de preparo adequado e no apoio psicossocial faz com que gestantes vulneráveis, como as primigestas, recorram a informações alternativas e socioculturalmente tradicionais sobre o parto. Considera-se que informações tradicionais sobre o parto nem sempre são úteis e, as vezes, fornecem informações alarmantes, resultando em mais medo do parto entre mulheres grávidas vulneráveis⁽¹²⁾.

As mulheres podem receber informações conflitantes sobre gravidez e parto que podem comprometer sua confiança em dar à luz⁽¹³⁾. A capacidade de as mulheres suportarem o estresse de dar à luz durante o trabalho de parto é exacerbada não apenas pela falta de conhecimento sobre a finalização do processo gestacional, mas também pela falta de informação prevalente entre os acompanhamentos sobre a gravidez e o parto⁽¹⁴⁾.

Achados de estudo realizados em Lilongwe, Malawi, também indicaram que mulheres grávidas que participaram de intervenções de preparação para o parto e prontidão para complicações, apresentaram níveis mais altos de autoeficácia do que aquelas que receberam cuidados de rotina durante as consultas de pré-natal⁽¹⁴⁾. Estes resultados reafirmam que um apoio socioculturalmente relevante tem efeitos positivos no desenvolvimento da autoeficácia em gestantes⁽¹⁵⁾. Uma das razões apontadas é que as instruções no pré-natal detalhadas passo a passo ajudarão as mulheres a se familiarizarem com o processo de parto. Salienta-se que a participação do acompanhante neste processo pode auxiliar as gestantes a aceitarem e consolidarem as informações sobre o parto e a ter percepções positivas sobre o fenômeno da gravidez⁽¹⁴⁾.

Muitos países em desenvolvimento adotam a estratégia de preparação para o parto e dessa forma buscam reduzir complicações durante o acompanhamento. Os acompanhantes são apontados como um elemento primordial de apoio materno, permitindo que as mulheres grávidas deem à luz e tenham assim uma experiência de parto positiva, com redução das intervenções desnecessárias e, conseqüentemente, diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal⁽¹⁶⁾.

A participação da gestante e de seu acompanhante na preparação para o parto não apenas proporcionará autoeficácia do parto, mas também resultará na oferta de um acompanhamento do pré-natal de qualidade, mesmo em ambientes com recursos limitados. Além disso, o

empoderamento dos acompanhantes em relação às informações a respeito do parto pode ter um impacto positivo de longo prazo no apoio social materno⁽¹⁶⁾.

Esses achados refletem a importância de fornecer às mulheres grávidas um suporte sociocultural individualizado durante o acompanhamento do pré-natal para, conseqüentemente, aperfeiçoar a preparação para o parto. Os resultados foram consistentes com revisão de escopo para identificar os processos e resultados da prestação de cuidados pré-natais que são importantes para a saúde das gestantes. Foi recomendado que em novas pesquisas sejam considerados período maior para o acompanhamento e avaliação do impacto da preparação para o parto para gestações futuras⁽¹⁷⁾.

Mulheres grávidas com altos níveis de autoeficácia no parto tendem a internalizar, comandar e executar tarefas específicas que são comuns, desenvolvidas durante o acompanhamento da gestação, durante o parto⁽¹⁸⁾. Quanto maior a autoeficácia maior a probabilidade que a mulher tem de ter uma experiência de parto positiva, sendo necessária preparação qualificada durante o percurso do acompanhamento do pré-natal. Diante disso, a ansiedade antes do nascimento é considerada como um preditor da autoeficácia no parto. Quanto mais confiante e crédula (ou tranquila) no processo de trabalho de parto e parto, maior a probabilidade dos efeitos positivos⁽⁶⁾.

Em estudo de intervenção realizado na Turquia com grupos de casais com o objetivo de aumentar a autoeficácia no parto, utilizou um treinamento de quase dezesseis horas como ferramenta para alcance do objetivo esperado, que seria uma experiência positiva de parto. A intervenção foi capaz de melhorar significativamente a autoeficácia no parto em comparação ao grupo controle⁽¹⁹⁾. Foi feito comparativo dos resultados com outro estudo de intervenção que utilizava uma cartilha e um treinamento de habilidade no formato online que também resultou em efeitos positivos na autoeficácia no parto⁽²⁰⁾.

Para as mulheres nulíparas o trabalho de parto iminente é uma situação nova, sem experiências pessoais prévias, o que pode causar dúvidas sobre a própria capacidade de lidar com o trabalho de parto e nascimento e comprometer as habilidades durante o processo. As mulheres que acreditam possuir habilidades adequadas para lidar com o trabalho de parto se sentirão no controle e terão uma resposta de estresse reduzida, sendo pertinente salientar que a autoeficácia das mulheres durante a gravidez poderá ser comprometida quando expostas a situações que trazem alterações no humor, ansiedade e medo do parto⁽²¹⁾.

Estudo multicêntrico realizado na China com uma amostra de 1.796 mulheres, em que 60% destas eram nulíparas, revelou que gestantes com maior idade, maior Índice de Massa Corporal (IMC) e pior autoavaliação do estado geral de saúde apresentaram menor autoeficácia

no parto. Em contrapartida, aquelas mulheres que praticavam exercícios com frequência e tiveram assistência e orientação adequada durante o pré-natal, apresentaram escores melhores⁽²²⁾.

O medo do parto tem sido descrito como um sentimento muito negativo e os estudos apontam consistentemente que baixos níveis de autoeficácia no parto foram associados a altos níveis de medo do parto nos Estados Unidos da América, Austrália, Suécia e China⁽²³⁾.

Em Singapura foi realizado um estudo com 205 mulheres com o objetivo de examinar as relações entre fatores sociodemográficos e obstétricos, medo do parto, bem-estar psicossocial e autoeficácia no parto, usando uma abordagem de modelagem de equações estruturais. Os resultados destacaram que a multiparidade, cesariana anterior, bem-estar psicológico e medo do parto foram pontos centrais no que se refere a autoeficácia, reiterando-se que para aumentá-la faz-se necessário melhorar o atendimento as nulíparas e reduzir o medo do parto e, assim, promover o parto via vaginal⁽²³⁾.

Em estudo sueco com 406 mulheres no terceiro trimestre de gestação foi realizada a análise da correlação entre a CBSEI – versão sueca, e outras quatro escalas, o Questionário de Expectativa/Experiência de Parto de Wijma (W-DEQ), Questionário de Senso de Coerência (SOC), Perfil dos Estados de Humor (POMS) e Escala de Apoio Social à Maternidade (MSSS). A relação mais forte com a autoeficácia do parto foi obtida com o Questionário de expectativa/experiência de parto de Wijma, medindo o medo do parto, em que aquelas com baixa autoeficácia no parto relataram mais medo do parto do que aquelas com alta autoeficácia. Além disso, foi observada fraca correlação entre a POMS e suas subescalas, que medem as dimensões negativas do humor no tocante a tensão, fadiga, confusão, depressão e raiva. Observou-se que a questão que mais influenciou para este contexto foi a percepção das mulheres sobre o suporte social disponível durante a gravidez⁽²¹⁾.

Os simbolismos e as representações sobre o parto diferem sobretudo sob o prisma cultural. Os meios de comunicação e as mídias exercem grande influência nesta construção. Em estudo realizado nos EUA com a finalidade de responder como a exposição a representações específicas de gravidez e parto em *reality shows* afeta o medo do parto e a autoeficácia, observou-se que o parto medicalizado tende a dominar a mídia e está influenciando as mulheres na medida em que constroem ou (re)constroem crenças de que o parto é assustador, que o parto medicalizado é normal e seguro e que as parturientes precisam ser “salvas” pelo alívio da dor ou por uma cesariana de rotina. Essas crenças manifestaram com maior medo do nascimento e menor autoeficácia⁽²⁴⁾.

Outro estudo sueco que buscou observar os níveis de autoeficácia relacionado ao medo severo do parto, destacou que é imperativo identificar as mulheres grávidas com medo severo, bem como explorar suas crenças de eficácia para ajudá-las a encontrar comportamentos de enfrentamento adequados antes do início do trabalho de parto e, além disso, esses comportamentos devem ser apoiados por profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto. O mesmo estudo revela que o apoio na forma de persuasão verbal proveniente dos subdomínios da autoeficácia no parto deve ser adicionado⁽²⁵⁾.

A eficiência da estratégia de persuasão depende da forma como o receptor da mensagem processa a informação recebida. Apesar das características do receptor serem importantes, a forma como a mensagem é processada é um ponto chave a ser considerado nessa relação. Algumas das características essenciais encontram-se na capacidade de engajar e motivar os sujeitos para produzir uma mudança de comportamento que seja sustentável e continuada, bem como utilizar um meio de comunicação que seja compatível com a mensagem e o público-alvo, além de analisar também questões mais amplas, como se essa mensagem se adapta à cultura em que o público está inserido⁽²⁶⁾.

Estudo australiano que buscou testar uma intervenção de psicoeducação pré-natal por parteiras para reduzir o medo do parto nas mulheres, distribuiu para uma amostra de 170 mulheres um livreto com orientações sobre a decisão e as opções de parto, bem como realizou aconselhamento por telefone na 24ª e 34ª semana. O grupo controle recebeu os cuidados rotineiros das maternidades públicas. Os resultados evidenciaram diferenças significativas entre os grupos nos escores pós-intervenção para medo do parto ($p < 0,001$) e autoeficácia no parto ($p = 0,002$). O conflito decisório e os sintomas depressivos reduziram, mas não foram significativos. Assim, o estudo concluiu que a psicoeducação por parteiras treinadas foi eficaz na redução dos altos níveis de medo do parto e no aumento da autoeficácia em mulheres grávidas⁽²⁷⁾.

Melhorar o bem-estar emocional pré-natal pode ter implicações positivas mais amplas nos cuidados sociais e de maternidade para experiências ideais de parto. Estudo californiano com 35 nulíparas, entre 18 e 40 anos de idade e com mais de 38 semanas de gestação, revelou que a ansiedade pré-natal foi significativamente relacionada à autoeficácia para o tipo de parto, dor do parto, número de horas em trabalho de parto em casa e admissão de acordo com a dilatação cervical. O estudo ainda destacou o quanto o ambiente, seja ele o de trabalho, casa ou hospitalar, tem relação direta nas questões inerentes a autoeficácia no parto⁽²⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais evidências mostram que a autoeficácia no parto é um conceito importante no que se refere a preparação para o trabalho de parto e parto e constitui-se avaliação benéfica das crenças das mulheres grávidas em sua capacidade de conduzir o parto.

A aplicação da CBSEI pode contribuir como um importante parâmetro para a adoção de estratégias frente a seus resultados e assim corroborar para o alcance de muitos desfechos positivos, como redução do medo e da dor, prevenção de complicações e intervenções desnecessárias, além de permitir que as gestantes tenham controle por meio de sua capacidade de usar habilidades adequadas e desenvolvidas às suas próprias necessidades individuais, o que, por conseguinte, as encoraja a se sentirem seguras e preparadas para conduzirem o seu próprio trabalho de parto e nascimento.

Como limitação do estudo, tem-se o fato de não terem sido acessados estudos em bases não gratuitas. Destaca-se também que apesar da escala ter sido criada na década de 90, a produção com evidências acerca de sua aplicabilidade é tímida, sobretudo em países da América Latina. Emerge a necessidade de novas pesquisas, especialmente experiências resultantes de estudos de intervenção com a utilização da escala, que possam ser realizados com o intuito de melhorar a autoeficácia para o enfrentamento do parto, com foco principal na redução do medo.

REFERÊNCIAS

- 1-Souza EL, Carvalho ALC, Pereira BF, Souza BG, Souza GR, Ardisson GMC, Almeida MJGG. Factor influencing the mode of delivery in Brazil. Rev Med (São Paulo) [Internet]. 2022 [Citado 2023 Mar 30];101(5):2-172947. Available from: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/172947/185973>
- 2- World Health Organization, 2022. Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, Geneva. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- 3-Ministério da Saúde, 2017. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- 4-Bandura A. Human agency in social cognitive theory. Am Psychol. Washington [Internet]. 1989[Citado 2023 Mar 30]; 44(9):1175–1184. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1990-01275-001>
- 5-Bernardo EBR. Tradução, adaptação transcultural e validação do *Childbirth Self-efficacy Inventory* para uso no Brasil. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza,

2020 [Citado 2023 Mar 20]. Disponível em:

https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/55560/3/2020_tese_ebrbernardo.pdf

6- Howarth AM, Swain NR. Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery*. 2019[Citado 2023 Mar 30]; 70:100-105. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613818303747?via%3Dihub>

7-Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. 2020 [Citado 2023 Mar 14]. Chapter 11: Scoping reviews. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

8-Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, Mcinerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBIEvidence Implementation* [Internet]. 2015[Citado 2023 Mar 14]. 13(3): 141-46. Available from:

https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2015/09000/Guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx

9- Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLG. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [Citado 2022 mar 22];18(1):12-14. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

10- Juan BC por CASPe. *Lectura crítica de la evidencia clínica*. Barcelona: Elsevier; 2015

11-Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Searching for the evidence strategies to help you conduct a successful search. *Am J Nurs* [Internet]. 2010 [Citado 2022 Mar 22];110(5):41-47. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20520115>

12-Rwakarema M, Premji SS, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflinghe L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2015 [Citado 2022 Mar 22]. 15. Available from:

<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0225-y>

13-Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, Bhattacharya S. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: A qualitative study. *BJOG*. 2007 [Citado 2022 Mar 22]114(1):86-93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17233863/>

14- Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 [Citado 2022 Mar 17];20(1):48. Available from:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2717-5>

- 15- Azimi M; Fahami F; Mohamadirizi S. The Relationship between Perceived Social Support in the First Pregnancy and Fear of Childbirth. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018 [Citado 2022 Mar 22].23:235-239. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5954647/>
- 16-Hailu D, Berhe H. Knowledge about Obstetric Danger Signs and Associated Factors among Mothers in Tsegedie District, Tigray Region, Ethiopia 2013: Community Based Cross-Sectional Study. *PLoS One* [Internet]. 2014 [Citado 2022 Mar 17]; 9(2): e83459. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3916287/pdf/pone.0083459.pdf>
- 17-Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG.* 2016 [Citado 2022 Mar 17];123(4):529-39. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13819>
- 18-Schwartz L; Toohill J; Creedy DK; Baird K; Gamble J; Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women . *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015[Citado 2022 Mar 17]. 15:29. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0465-8>
- 19-Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* [Internet]. 2016 [Citado 2022 Mar 17];34:166-172. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613815003228?via%3Dihub>
- 20- Abbasi P, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M. Comparing the effect of e-learning and educational booklet on the childbirth self-efficacy: a randomized controlled clinical trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2018[Citado 2022 Mar 12];31(5):644-650. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2017.1293031?journalCode=ijmf20>
- 21-Carlsson IM, Ziegert K. The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery* [Internet]. 2015 [Citado 2022 Mar 12];31(10):1000-1007. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613815001539?via%3Dihub>
- 22-Zhao Y, Wu J, Yang H, Yin X, Li D, Qiu L, Sun N, Gong Y. Factors associated with childbirth self-efficacy: a multicenter cross-sectional study in China. *Midwifery* [Internet]. 2021[Citado 2022 Mar 12];93:102883. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613820302552?via%3Dihub>
- 23- SohYX, Razak NKBA, Cheng LJ, Lau Y. Determinants of childbirth self-efficacy among multi-ethnic pregnant women in Singapore: A structural equation modelling approach, *Midwifery* [Internet]. 2020 [Citado 2022 Mar 12];87:102716. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613820300899?via%3Dihub>

- 24-Vitek K, Ward LM. Risky, Dramatic, and Unrealistic: Reality Television Portrayals of Pregnancy and Childbirth and their Effects on Women's Fear and Self- Efficacy. *Health Communication* [Internet]. 2018[Citado 2022 Mar 08];1532- 7027. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10410236.2018.1481708?journalCode=hhth20>
- 25- Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2013[Citado 2022 Mar 08];42(2):191-202. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884-2175\(15\)31268-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884-2175(15)31268-5)
- 26-Santos ILS, Pimentel CE, Alves TP. Persuasion applications for health campaign optimization: a review. *Psicol Estud* [Internet]. 2022 [Citado 2022 Mar 08];27: e48621. Available from: <https://www.scielo.br/j/pe/a/4tvDrGz6ncPM64vVGRdGfGG/>
- 27-Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Ryding EL. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* [Internet]. 2014[Citado 2022 Mar 08];41(4):384-94. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12136>
- 28-Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitization labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [Internet]. 2007 [Citado 2022 Mar 08]; 36(5):410-8. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884-2175\(15\)33683-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884-2175(15)33683-2)

5.REFERENCIAL TEÓRICO

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo aborda-se a Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura, um conceito psicológico que desempenha um papel fundamental na compreensão do comportamento humano, incluindo o comportamento durante o trabalho de parto e no período expulsivo. Aqui estão alguns pontos-chave sobre essa teoria e sua relação com o contexto da maternidade.

5.1 Teoria da Autoeficácia

A Teoria da Autoeficácia, elaborada por Albert Bandura, um renomado psicólogo canadense que alcançou reconhecimento internacional em sua área nos Estados Unidos, surgiu e evoluiu ao longo de sua notável carreira. Durante seus estudos acadêmicos, Bandura conduziu diversas pesquisas que exploraram os processos mentais, utilizando metodologias práticas e experimentais, sistemáticas e passíveis de replicação (Azzi, 2021).

Em colaboração com Richard Walters, seu orientador de doutorado na Universidade de Stanford, Bandura expandiu o entendimento que então destacava a importância do contexto social no funcionamento humano, propondo, no início da década de 1960, a Teoria da Aprendizagem Social. Em décadas subsequentes, suas pesquisas levaram Bandura a identificar uma lacuna nas teorias existentes, levando à concepção de sua própria teoria, denominada Autoeficácia (Bandura; Azzi; Polydoro, 2008).

Bandura aprofundou o embasamento teórico da autoeficácia ao publicar o artigo "*Autoeficácia: em direção a uma teoria unificadora de mudança comportamental*", demonstrando a capacidade preditiva das alterações comportamentais resultantes de vários tratamentos relacionados ao medo e, especialmente, à evitação. É crucial compreender que a construção desse conteúdo foi fundamental para esclarecer o papel da autoeficácia no contexto teórico da aprendizagem social. Essa abordagem reforça, acima de tudo, que as percepções individuais sobre si mesmos podem ser transformadas ao longo da vida, tornando-se instrumentos na busca de metas e, principalmente, desempenhando um papel crucial no controle do ambiente em que vivem (Bandura, 1977; Galanaki *et al.*, 2022; Pimenta, 2022; Bezerra, 2020).

Após perceber a abrangência da teoria e sua aplicabilidade, que anteriormente era centrada na aprendizagem observacional, décadas mais tarde, Bandura a reformulou para distanciá-la da teoria de aprendizagem. Ele destacou consistentemente e enfatizou o papel cognitivo das pessoas na construção de suas próprias realidades. Ele destacou a importância da

autorregulação, da interpretação de informações e da execução de comportamentos. Em 1986, no lançamento da obra "Social foundations of thought and action: a social cognitive theory (Fundamentos sociais do pensamento e da ação: uma teoria social cognitiva)", Bandura deu uma nova denominação à sua teoria, chamando-a de Teoria Social Cognitiva (TSC), que ampliou o escopo da versão original para abranger uma variedade de campos além da educação, incluindo psicologia clínica, organizacional e da saúde (Azzi, 2021; Bandura, 1986).

Com base na TSC, o funcionamento humano é fundamentado na natureza recíproca das relações estabelecidas diariamente, em que pensamento e ação resultam de uma inter-relação dinâmica entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. Portanto, percebe-se que esse referencial estabelece que cada indivíduo é um agente de sua própria realidade, podendo modificá-la por meio de suas ações e intervir de maneira proativa em seu desenvolvimento pessoal (Bandura, 1986; Pimenta, 2022; Bezerra, 2020).

A visão da agência humana, como proposta por Albert Bandura na Teoria Social Cognitiva, sugere que as ações intencionais de cada indivíduo são reguladas por uma série de mecanismos que incluem, entre outros, características físicas, atributos pessoais, crenças, capacidades de autorregulação e estruturas sociais (Azzi, 2021; Bandura, 1986; Bandura; Azzi; Polydoro, 2008; Pimenta, 2022; Bezerra, 2020). A crença pessoal desempenha um papel central entre esses mecanismos, especialmente em uma sociedade globalizada, enfrentando desafios diários cada vez mais complexos. Isso requer habilidade individual para realizar julgamentos precisos sobre suas capacidades, prever adequadamente os resultados de diferentes eventos, revisar oportunidades e barreiras socioestruturais, além de regular o comportamento de acordo com o ambiente e/ou a situação (Bandura, 1982; 1986; 2005; Bezerra, 2020).

As crenças pessoais são essenciais para a agência humana, pois a motivação para agir e perseverar diante de adversidades decorre da confiança pessoal em alcançar resultados desejáveis, evitando consequências negativas e enfrentando frustrações ao longo do processo (Azzi, 2021; Bandura, 1986; 1997; Galanaki *et al.* 2022; Bezerra, 2020). Bandura define as crenças de autoeficácia como "julgamentos das pessoas em suas capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar certos tipos de desempenho" (Bandura, 1986, p. 391). Conclui-se, assim, que a autoeficácia impulsiona o indivíduo de um estado de inércia para agir em relação ao que é almejado, moldando o curso de vida e influenciando diretamente e indiretamente o que o sujeito se tornará (Azzi, 2021; Bandura, 1986; 1997; 2005; Taheri; Falavarjani, 2019; Bezerra, 2020).

Desde os primórdios, há uma busca natural do indivíduo em relação ao seu contexto de vida, quando as pessoas possuíam conhecimento limitado sobre o mundo e atribuíam a seres

sobrenaturais a responsabilidade pela manutenção da vida e dos fenômenos atmosféricos. Com base nisso, eram comuns a realização de rituais e a criação de códigos de conduta para agradar as divindades, visando alcançar pedidos, modificar questões adversas em seu destino e obter proteção das divindades (Azzi, 2021; Bandura, 1997; 2005).

À medida que a capacidade de prever eventos e exercer controle sobre eles se desenvolveu, as mudanças nas crenças pessoais ocorreram, permitindo que o conhecimento e a sociedade evoluíssem para um ponto em que as pessoas têm domínio sobre suas ações (Linge *et al.*, 2021). Com a autoeficácia, os indivíduos passaram a desempenhar papéis cada vez mais ativos, conseguindo transformar seu próprio destino e ampliar a compreensão dos elementos que levam à realização de seus objetivos (Bandura, 2005; Bandura; Azzi; Polydoro, 2008; Taheri; Falavarjani, 2019).

Em 1997, Bandura apresentou sua nova obra, o livro "Autoeficácia: o exercício do controle," que abordava a teoria da autoeficácia e sua aplicabilidade em diversas áreas da atividade humana. Essa teoria destaca que os estados afetivos e os níveis de motivação fundamentam-se mais nas crenças individuais do que no que é explicitamente correto. Assim, a autoeficácia varia de acordo com a percepção de cada indivíduo, influenciando a utilização das habilidades e do conhecimento que possuem (Bandura, 1986; 1997; Bandura; Azzi; Polydoro, 2008; Linge *et al.*, 2021).

A compreensão da eficácia abrange todos os aspectos da vida, influenciando o estímulo para realizar funções, a escolha de desafios e a persistência diante de obstáculos. Os níveis de satisfação, as relações pessoais, interpessoais, a vulnerabilidade e outros aspectos relacionados ao fracasso moldam a abordagem às situações conflitantes e a forma de interpretar e conduzir o pensamento e o comportamento diante de qualquer situação (Ali *et al.*, 2020; Azzi, 2021; Bandura, 1986; 1997).

Portanto, é evidente que a autoeficácia vai além do aspecto interno de cada indivíduo, abrangendo todo o seu universo e a maneira como ele controla suas ações, especialmente em relação aos benefícios resultantes (Bandura, 1997; 2005). A formação da autoeficácia, que é a crença em sua própria capacidade de realizar com sucesso uma tarefa específica ou lidar com uma situação particular, é influenciada pela interpretação de informações provenientes de quatro fontes básicas, conforme proposto por Albert Bandura (1997): experiência de domínio, experiência vicária, persuasão social e estados somáticos e emocionais.

A experiência de domínio é amplamente considerada a fonte mais robusta de autoeficácia. Isso ocorre porque a autoavaliação baseada em experiências passadas fornece uma base sólida para a crença na própria capacidade de lidar com desafios futuros. Quando uma

pessoa tem sucesso em uma tarefa ou alcança metas específicas repetidamente, ela tende a desenvolver uma autoeficácia mais forte nessa área. A interpretação individual dos resultados de diversas situações influencia a confiança na capacidade de realizar atividades subsequentes, de acordo com suas crenças. Assim, uma ação bem-sucedida aumenta a autoeficácia, enquanto o fracasso a diminui automaticamente (Ali *et al.*, 2020; Bandura, 1997).

Para superar obstáculos e fracassos, é necessário um elevado senso de autoeficácia, especialmente ao enfrentar desafios persistentes. As dificuldades e situações adversas durante as ações são cruciais para o progresso pessoal, destacando a relação entre sucesso e persistência. Além disso, os obstáculos proporcionam oportunidades de aprendizado, transformando-se em ferramentas que impulsionam as ações necessárias para alcançar resultados desejados, aprimorando as habilidades de controle diante de eventos adversos (Azzi, 2021; Bandura, 1982; 1997; 2005).

Vários fatores influenciam a compreensão cognitiva das informações e sua interpretação prática, impactando diretamente na capacidade de avaliação das situações. Indivíduos com baixa autoeficácia tendem a menosprezar suas realizações e duvidar de sua capacidade de superar obstáculos e realizar ações, mesmo após terem sucesso em atividades complexas que demandam esforço considerável (Bandura, 1982; 1997).

A experiência vicária, considerada a fonte mais fraca de informações, desempenha um papel no desenvolvimento das crenças de autoeficácia, especialmente na observação de outros que possuem atributos semelhantes. Em situações em que há modelos com características semelhantes, surge a potencialização e o desenvolvimento do sentimento inato de competitividade, característico de todo ser humano. Essa dinâmica ocorre porque as pessoas fazem comparações com outros indivíduos semelhantes em situações específicas, como no trabalho, nos relacionamentos, em competições, entre outros. Quando o indivíduo exibe características idênticas, há uma maior probabilidade do desenvolvimento de crenças de autoeficácia em suas próprias competências. A ideia central desse contexto é que a confiança é reforçada quando alguém consegue executar uma tarefa com sucesso, sugerindo que outros também poderiam alcançar o mesmo (Bandura, 1997).

É fundamental ressaltar que as experiências anteriores desempenham um papel crucial na formação das crenças de autoeficácia, através das vivências individuais passadas, possibilitando a modelação e a oportunidade de adquirir conhecimento pela observação de outros indivíduos bem-sucedidos (Cao *et al.*, 2022).

A aprendizagem vicariante revela sua força ao possibilitar a observação de semelhantes, tornando-se um modelo diagnóstico da própria capacidade. Ao testemunhar outros

desempenharem atividades desafiadoras, o observador desenvolve expectativas de sua própria capacidade, fortalecendo a crença na autoeficácia. Em resumo, a observação de modelos com atributos semelhantes orienta o observador sobre suas próprias habilidades para alcançar sucesso nos resultados (Bandura, 1977; 1997).

A influência da aprendizagem vicariante é significativamente reduzida quando o observador percebe atributos dos modelos que diferem dos seus, pois a similaridade torna o modelo observado mais influente. O modelo molda as crenças do indivíduo, afetando o rumo e a direção que ele escolhe tomar (Prata *et al.*, 2016).

Entretanto, a eficácia das formas de observação de modelos que representam experiências bem-sucedidas é temporária, deixando de fortalecer as crenças de autoeficácia se não houver comprovações reais de êxito. Portanto, a aprendizagem vicariante é uma influência relativa, podendo ser anulada por experiências reais de fracasso (Tan *et al.*, 2021).

No que diz respeito à persuasão social, ela desempenha um papel crucial no reforço das crenças preexistentes. Quando uma pessoa significativa para alguém expressa confiança na capacidade de superar desafios e alcançar sucesso, há maior probabilidade de mobilizar esforços e persistência, mesmo em face de dúvidas. Contudo, é importante compreender que as crenças podem enfraquecer diante de avaliações negativas, gerando incertezas que limitam a possibilidade de sucesso desejado (Bandura, 1986; 1997).

Quando avaliações positivas estão dentro de limites realistas no contexto de vida do indivíduo, as crenças pessoais são fortalecidas, impulsionando o desenvolvimento de competências e incentivando esforços máximos para alcançar o êxito (Ali *et al.*, 2020; Bandura, 1997).

Os estados somáticos e emocionais relacionados a comportamentos como depressão, angústia, medo e bem-estar exercem influência significativa na percepção da autoeficácia. A reação emocional diante de uma tarefa específica contribui para a previsão de fracasso ou sucesso, pois a performance de um indivíduo pode impactar suas condições psicológicas e fisiológicas. Pensamentos negativos e medo reduzem a percepção da eficácia das ações, desencadeando estresse e agitação, dificultando habilidades e fortalecendo a crença na incompetência (Bandura, 1997; 2005; Bandura; Azzi; Polydoro, 2008; Pimenta, 2022; Bezerra, 2020).

Indivíduos deprimidos e com baixa autoeficácia tendem a diminuir sua eficácia, independentemente da tarefa a ser realizada. No entanto, todos têm a capacidade de alterar pensamentos e sentimentos, elevando suas crenças de autoeficácia e influenciando ativamente seu estado emocional e fisiológico. Assim, para aprimorar a percepção de autoeficácia, é

necessário minimizar o desgaste emocional, aliviando a ansiedade e melhorando o bem-estar físico e mental (Salvetti; Pimenta, 2007; Bernardo, 2020).

As formas que estruturam as crenças de autoeficácia não refletem necessariamente a avaliação objetiva da competência, pois um indivíduo pode possuir alta capacidade para realizar o que deseja, mas exibir baixa autoeficácia. Além disso, a interpretação dos resultados e as regras utilizadas para qualificá-los variam para cada indivíduo (Bandura, 1982; 1986; 1997).

Ao longo de décadas, estudos sobre a autoeficácia abrangem diversas disciplinas, como política, esporte, educação, negócios, entre outras (Bandura; Azzi; Polydoro, 2008). Intervenções inovadoras são desenvolvidas para mensurar eficientemente a autoeficácia, no intuito de favorecer melhores condições de vida e saúde para a população (Tan *et al.*, 2021; Mendhi *et al.*, 2020; Rasbach; Jenkins; Laffel, 2015).

6.PERCURSO METODOLÓGICO

6. PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudo

Estudo psicométrico com o objetivo de analisar evidências de validade da versão brasileira da CBSEI no contexto paraibano. A psicometria, entendida como ciência da mensuração, utiliza técnicas estatísticas para análise de dados e avaliação de instrumentos, como também para “construir, adaptar e/ou analisar evidência de validade e confiabilidade de instrumentos que apoiem a prática científica e profissional do enfermeiro” (Ferretti-Rebustini, 2023, p.1).

O estudo foi desenvolvido em duas fases, a saber:

- Fase I – Aplicação da versão brasileira da CBSEI: realizada para verificar a evidência de validade da CBSEI no contexto paraibano e avaliar a autoeficácia de gestantes em lidar com uma experiência de parto a partir da aplicação da versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*;

- Fase II – Análise fatorial exploratória e confirmatória para propor uma versão reduzida do instrumento: conduzida para verificar a evidência de validade do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* baseada na estrutura na sua interna e aplicada ao contexto paraibano, e para propor uma versão reduzida do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* para o contexto brasileiro, baseada nas evidências de validade da sua estrutura interna.

Cada fase do estudo e os distintos métodos de análise de dados aplicados nesse estudo estão detalhados no item 6.2.

6.2 Fases de Desenvolvimento do Estudo

6.2.1 FASE I - Aplicação da versão brasileira da CBSEI

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de João Pessoa – Paraíba, que acompanharam gestantes que estavam no terceiro trimestre de gravidez. A escolha pelas instituições supracitadas se justifica pelo fato de se tratar de unidades que recebem, rotineiramente, um número elevado de gestantes para o acompanhamento das consultas de pré-natal.

Em relação ao ambiente geográfico, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, no momento da coleta (2022), a rede de Atenção Primária da cidade era distribuída em cinco Distritos Sanitários (DS) e noventa e duas (92) equipes, sendo vinte e um (21) no DS I, dezessete (17) no DS II, dezoito (18) no DS III, dezoito (18) no DS IV e dezoito (18) no DS V. Os DS foram distribuídos dessa forma com o intuito de estruturar a rede de atenção e cuidado do Sistema e assegurar à população o acesso aos serviços básicos. Cada um dos DS é de responsabilidade de uma unidade de saúde, com base territorial. Assim, essa organização possibilita a identificação e orientação de problemas observados quanto à uma população e a um espaço, além da caracterização do impacto das ações ali desenvolvidas (Oliveira, 2006).

Os DS estão subdivididos pelos bairros da cidade de João Pessoa pelas USF. Essas unidades executam atividades na área dos Cuidados de Saúde Primários, priorizando a prevenção de agravos e doenças e a promoção da saúde, além disso também atuam na vigilância e auxílio no tratamento das doenças crônicas e agudas.

Foram utilizadas 30% do total das USF por DS, dentre as unidades que foram campo da pesquisa, no DS I a USF Cruz das Armas (Cruz das Armas I); USF Jardim Planalto I e II; USF Jardim Saúde (Jardim Veneza I e II); USF Matinha; USF Nova Conquista (Alto do Mateus II, III, IV e V); No DS II USF Cuiá; USF Geisel II/ Radialista USF Mudança de Vida (Mudança de Vida I, II, III e IV); USF João Paulo II; USF Maria de Nazaré. No DS III USF José Américo II; USF Mangabeira VII; USF Timbó II; USF Complexo Verdes Mares (Cidade Verde I, II e III); USF Aldeia SOS; USF Bancários; USF Cidade Verde (Cidade Verde IV, V, VI). No DS IV USF Varadouro I e II; USF Cordão Encarnado I; USF Mandacaru VIII; USF Tambiá; USF Viver Bem (Padre Zé I, II, III e 13 de maio). No DS V USF Altiplano I; USF Bessa; USF Castelo Branco I e III; USF Penha; USF Santa Clara; USF São José (São José I, II, III e IV); USF TORRE II.

A organização do Sistema de Atenção Básica dessa cidade, que resulta no atendimento de baixa complexidade, é composto pelas UBS, que são encarregadas pelo atendimento e tratamento de caráter curativo, como também pelas USF, as quais atuam na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Quanto à população, foi composta por gestantes com idade gestacional a partir de vinte e oito (28) semanas gestacionais, que estavam vivenciando o terceiro trimestre de gravidez. Nesse período, durante o acompanhamento de pré-natal, as informações necessárias sobre o período de trabalho de parto, parto e puerpério já tinham sido garantidas às gestantes.

A amostra foi formada obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: usuárias dos serviços que apresentavam idade a partir de 18 anos; alfabetizadas; idade gestacional maior ou

igual a 28 semanas, independente da paridade e que buscavam os serviços de saúde referidos para acompanhamento de pré-natal, em risco habitual. Não integraram o estudo gestantes que não tinham atingido o terceiro trimestre gestacional e/ou não se encontravam em acompanhamento de pré-natal em serviços ambulatoriais e UBS.

Importante ressaltar que os percentuais de gestantes em acompanhamento pré-natal se modificam constantemente com a triagem e diagnósticos de risco, sendo, portanto, dados flutuantes. Porém, esta pesquisa buscou um tamanho amostral seguindo critérios utilizados em estudo desenvolvido por Sapnas e Zeller (2002), que recomenda que a amostra seja composta por, no mínimo, cinco (5) participantes por item. Dessa forma, na composição do CBSEI formada por 62 itens foi definida amostra de 310 participantes.

Para efetivação da Fase I da pesquisa foi utilizado o instrumento CBSEI, traduzido, adaptado (transcultural) e validado para uso no Brasil (Bernardo, 2020). A autorização prévia dos autores da versão brasileira adaptada transculturalmente do CBSEI foi obtida (ANEXO A), versão essa que é recomendada e necessária, consentiu aos quesitos éticos que conduzem todo e qualquer estudo.

A autora principal da versão em português da CBSEI (Bernardo, 2020) autorizou antecipada e formalmente a licença para utilização da versão, por meio de *WhatsApp*®, e a seguinte liberação ocorreu por correio eletrônico, para dar sequência a etapa de proposição da versão reduzida em português da CBSEI.

Inicialmente, na composição do instrumento utilizado, coletaram-se dados para a caracterização do perfil sociodemográfico, clínicos e obstétricos das gestantes participantes do estudo, contendo as seguintes variáveis: nome; idade; endereço; telefone; estado conjugal; raça; escolaridade; renda familiar; profissão; religião; intercorrências na gestação atual; número de consultas pré-natais; participação em curso de gestantes; orientações para o trabalho de parto, parto e puerpério (conhecimento das gestantes com relação aos sinais de alerta e de trabalho de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor e orientação sobre aleitamento materno); via de parto de preferência; confiança para lidar com o trabalho de parto e o parto em si; gestações, partos e abortamentos; via de parto anterior; planejamento da gestação; analgesia; duração do período de parto, entre outros aspectos.

O instrumento validado e traduzido no Brasil permaneceu com a mesma quantidade de itens da sua versão original, 62 com quatro (4) domínios (Anexo C): AL-OU: Expectativa de Resultado na fase ativa do trabalho de parto (15 itens, do item 1 ao 15); AL-SE: Expectativa de Autoeficácia na fase ativa do trabalho de parto (15 itens, do item 16 ao 30); SS-OU: Expectativa de Resultado no período expulsivo (16 itens, do item 31 ao 46) e SS-SE: Expectativa de

Autoeficácia no período expulsivo (16 itens, do item 47 ao 62). Os itens apresentam-se em escala do tipo *likert* de dez pontos, em que os valores de resposta para todas as quatro escalas variam de 1 a 10, com os extremos “nada útil” / “nada certa” e “muito útil” / “muito certa” (Bernardo, 2020). Os valores das pontuações mais altas designam um maior grau de autoeficácia para lidar com o parto (Lowe, 1993).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2022, pela pesquisadora principal do estudo e uma enfermeira, que recebeu treinamento prévio para padronizar a aplicação dos instrumentos. As gestantes foram selecionadas por conveniência entre as gestantes que estavam na sala de espera para a consulta de pré-natal, nos turnos da manhã e/ou tarde. Foi essencial a garantia de que todas as mulheres grávidas que atendiam aos critérios de inclusão fossem abordadas de maneira ética e informada sobre o estudo ao qual estavam sendo convidadas a participar. Foi explanado o propósito e relevância do estudo, destacado as suas contribuições para a melhoria do cuidado prestado durante o trabalho de parto e parto, bem como a saúde materna e neonatal de forma geral.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), iniciou-se o autopreenchimento do instrumento em salas disponibilizadas pelos serviços, proporcionando ambiência favorável ao seu desenvolvimento. O tempo de resposta ao instrumento teve a duração de aproximadamente vinte minutos. Após a coleta, os dados foram codificados e digitados para a construção de um banco de dados no *Microsoft Office Excel 2010* e posteriormente, agrupados e tratados em programa estatístico. A análise teve como foco a avaliação da capacidade de as gestantes lidarem com o trabalho de parto, após elas terem realizado o preenchimento do instrumento/questionário fornecido pela pesquisadora e as correlações das variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas com a expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia das gestantes.

Nessa fase foi aplicada a estatística descritiva (frequência absoluta, relativa e desvio-padrão, mediana, média, e quartis, IQR, range, mínimo e máximo).

Na sequência, considerando a validade da estrutura interna de estudo realizado na Tailândia utilizando a versão do CBSEI tailandês com gestantes, no qual demonstrou a necessidade de desenvolver uma versão curta do instrumento por evidenciar entre os achados que não existe diferenciação entre o período ativo e o período expulsivo do trabalho de parto.

Nesse estudo, considerando a necessidade de produzir uma versão curta e analisando que alguns estudos reportam o entendimento que as gestantes entendem e reconhecem o processo do trabalho de parto e parto como único e contínuo, sem diferenciação entre as fases, acreditando assim como um único momento, e a referência seria o nascimento da criança.

(Tanglakmankhong; Nancy; Perrin; Lowe, 2010) decidiu-se comparar se as gestantes paraibanas compreendem esse processo conforme outros contextos socioculturais. Desse modo, realizou-se testes t pareados para determinar se as mulheres diferenciavam o trabalho ativo da segunda etapa o período expulsivo do CBSEI, foi adotado como nível de significância o que é estabelecido em $p < 0,05$.

6.2.2 FASE II- Análise fatorial exploratória e confirmatória para proposta da versão reduzida do instrumento.

Na análise do instrumento CBSEI foram consideradas as normas apresentadas pela *American Educational Research Association* (AERA), *American Psychological Association* (APA) e *National Council on Measurement in Education* (NCME) (2014), para encontrar evidências de validade. Efetuou-se a avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira reduzida do CBSEI. A consistência interna foi avaliada com a determinação do Ômega de McDonalds, *Lambda de Guutmam* e a correlação item total para cada subescala. A validade de constructo foi obtida através do uso das Análises Fatoriais Exploratória (AFE) e Confirmatória (AFC).

A AFE é uma técnica estatística utilizada para explorar a estrutura subjacente dos dados e identificar padrões de covariância entre variáveis observadas. Uma das principais vantagens da AFE é que não é necessário pré-determinar o número de fatores ou as relações entre os fatores e as variáveis observadas. Isso permite uma exploração mais flexível da estrutura dos dados e pode ajudar a reduzir a dimensionalidade dos dados ao identificar fatores latentes que explicam as inter-relações entre as variáveis observadas (Matos; Rodrigues, 2019).

Por outro lado, a AFC é utilizada para testar hipóteses específicas sobre a estrutura subjacente dos dados, com base em pesquisas anteriores ou teorias existentes. Nesse caso, é necessário pré-determinar um modelo hipotético que descreva a relação entre as variáveis observadas e os fatores subjacentes. A AFC busca confirmar ou refutar essa estrutura hipotética por meio de técnicas estatísticas (Matos; Rodrigues, 2019).

É comum que, após realizar uma AFE e identificar os fatores latentes, seja conduzida uma AFC para testar se o modelo fatorial identificado na AFE é consistente com os dados observados. Como mencionado, a AFC pode confirmar a estrutura interna subjacente ao conjunto de variáveis identificadas na AFE.

O método utilizado foi a análise em paralelo oblíqua com rotação oblíqua oblímin, e foi adotado como critério mínimo das cargas fatoriais e comunalidades $\geq 0,30$. Isso indica que

apenas as cargas fatoriais e comunalidades acima desse valor foram consideradas significantes na análise. Esse é um procedimento comum na AFE para identificar os fatores mais importantes e significativos.

Na análise em paralelo utiliza-se o mesmo método de extração aplicado na matriz original. Os autovalores resultantes dessa matriz aleatória são comparados aos autovalores da matriz original. Os autovalores que excedem os autovalores gerados pela matriz aleatória são considerados significativos e, portanto, os fatores correspondentes são retidos. A utilização desse novo método é recomendada, visto que, os critérios para retenção fatorial de Kaiser (autovalor > 1) e o gráfico *scree* tendem a superestimar o número de fatores. Por outro lado, estudos demonstram a melhor eficácia da análise paralela na retenção de fatores, em especialmente para dados ordinais. No entanto, é importante lembrar nenhum método é perfeito em todas as situações. Por isso, é recomendável comparar os resultados obtidos por diferentes métodos e avaliar a consistência e interpretabilidade dos fatores retidos.

Em seguida, empregou-se a técnica para o cálculo das cargas fatoriais, conhecida como extração de fatores. O estimador utilizado foi Mínimos Quadrados Ponderados Diagonalmente (DWLS). O estimador DWLS tem demonstrado maior robustez em situações de violações da normalidade multivariada e quando as variáveis são ordinais. Além disso, o estimador DWLS demonstrou melhores resultados em pequenas amostras. Portanto, recomenda-se que utilize o estimador DWLS sempre que possível.

As análises de dados, considerando todas as etapas, foram realizadas utilizando-se os *softwares* JASP e JAMOV e seguiram a seguinte ordem, AFE e AFC para validação de construto do instrumento. Inicialmente, para realizar a AFE, foram conduzidas análises estatísticas relacionadas à adequação da amostra. A primeira medida de adequação avaliada é a Medida de Adequação Amostral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Essa medida é utilizada para verificar se a amostra é adequada para o instrumento como um todo e para cada item individualmente, por meio da chamada *Measure of Sampling Adequacy* (MSA). Os resultados da MSA podem ser observados na matriz anti-imagem.

No que se refere aos valores apropriados para a análise do KMO, é necessário que o instrumento apresente um resultado mínimo de 0,70, enquanto para o MSA, o valor mínimo exigido é de 0,50 para cada item, conforme estabelecido por Hair *et al.* (2009). Em 1974, Kaiser categorizou os resultados do KMO como maravilhosos (0,90), meritórios (0,80), medianos (0,70), modestos (0,60) ou miseráveis (0,50), sendo considerado inaceitável prosseguir com a análise quando o resultado é inferior a 0,50. Além do KMO, fez-se necessário também verificar a hipótese nula de que a matriz de covariâncias é igual a uma matriz identidade, o que é avaliado

pelo Teste de Esfericidade de *Bartlett*. Quando a matriz de covariâncias é igual à matriz identidade, isso indica que não há correlação entre os itens, o que é indesejável para a realização de uma AFE. Portanto, o objetivo é rejeitar a hipótese nula, o que é alcançado com um resultado significativo no teste de hipóteses, onde o p-valor é igual ou inferior a 0,05 (Bartlett, 1954).

A parcimônia é o princípio norteador da AFE, buscando sempre a melhor solução com a menor quantidade de dados. Na interpretação dos resultados da AFE, é importante observar alguns índices e valores, neste caso a comunalidade (h^2) é um valor que indica a relação entre os itens, podendo variar de zero (0) a um (1), não havendo um ponto de corte específico para este valor. O Autovalores é utilizado para definir o número de fatores, sendo que todos os valores próprios superiores a 1 devem ser considerados como fatores (Damásio, 2013).

Considerando esses aspectos, foram excluídos os fatores compostos por menos de três itens, itens com problemas de saturação (que saturavam em mais de uma dimensão), com baixa comunalidade (inferior a 0,30), colineares ou com dupla negativa e inversão de respostas.

Na Análise Fatorial Confirmatória prefere-se por aferir os seguintes quesitos: a) cargas fatoriais; b) confiabilidade composta dos constructos; c) validade convergente; d) validade discriminante; e) unidimensionalidade (Malhotra, 2012). No que se refere às cargas fatoriais, observa-se os valores delas (superiores a 0,5) e se os itens de cada variável latente demonstram *loadings* significativas a 0,01. Em relação à confiabilidade composta dos constructos, essa é uma apreciação que concebe a quantidade total da variância do escore verdadeiro no que diz respeito à variância do escore total (Malhotra, 2012), sendo valores superiores a 0,70 aceitáveis para estudos confirmatórios (Hair Jr. *et al.*, 2005). A carga fatorial dos itens nos fatores também deve ser analisada, buscando verificar quais itens estão alocados em quais fatores. O valor ideal para a carga fatorial é maior ou igual a 0,30 (Hair *et al.*, 2009).

O objetivo AFC é comprovar a estrutura fatorial considerando-se as regressões geradas entre os itens e os fatores propostos. É necessário considerar alguns indicadores de ajuste como os de Byrne (2010) e Tabachnick e Fidell (2013). O χ^2 (qui-quadrado) ou o teste de qui-quadrado (χ^2) é uma medida de probabilidade que avalia se um modelo teórico está adequado aos dados observados. É desejável obter um valor baixo nesse teste. No entanto, é pouco frequente encontrar sua aplicação na literatura. Em vez disso, é mais comum utilizar o χ^2 dividido pelo grau de liberdade ($\chi^2/g.l.$) como uma referência. Nesse caso, considera-se que um valor máximo de 3 indica que o modelo teórico está bem ajustado aos dados.

A utilização da análise fatorial confirmatória (AFC) e a avaliação dos índices de ajuste são práticas comuns para verificar a adequação de um modelo proposto aos dados observados. Aqui estão alguns dos principais índices de ajuste comumente usados no AFC: Chi-quadrado

(χ^2): O teste de qui-quadrado avalia a discrepância entre os dados observados e os dados reproduzidos pelo modelo. Um valor de p alto (geralmente $p > 0,05$) indica que não há diferenças significativas entre os dados observados e os dados reproduzidos pelo modelo, destacando um bom ajuste.

O *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker-Lewis Index* (TLI) são indicadores utilizados para realizar a comparação entre o modelo estimado e o modelo nulo. Os valores de ajuste devem ser próximos a 1, sendo indicado escores superiores a 0,90 para afirmar que o modelo pretendido teoricamente representa da melhor forma o construto. Já o *Goodness-of-Fit Index* (GFI) e o *Adjusted Goodness-of-Fit Index* (AGFI) são indicadores referentes ao R^2 em regressão múltipla, indicando a proporção da variância-covariância explicada pelo modelo a partir dos dados, esperando-se também valores superiores a 0,90 (Tabachnick; Fidell, 2013; Costa *et al.*, 2020).

Do *Root-Mean-Square Error of Approximation* (RMSEA) esperam-se valores inferiores a 0,05, sendo que para amostras maiores aceita-se valor 0,08. O RMSEA conta com um intervalo de confiança de 90% (IC90%), considerado um bom indicador com relação a altos valores, pois clarifica quando não há um bom ajuste do modelo. Foi aplicado ainda o *standardized root mean square residual* (SRMR), que consiste na média padronizada dos resíduos nas discrepâncias entre a matriz observada e o modelo (Costa *et al.*, 2020).

6.3 Aspectos éticos

A execução desta pesquisa atendeu às normas da Lei Nº 9.610/1998, que trata da Legislação sobre os Direitos Autorais (BRASIL, 1998). A autorização para utilização da versão brasileira do CBSEI foi obtida da própria autora da tradução e adaptação transcultural desta ferramenta (ANEXO C) A pesquisa foi realizada obedecendo todas as normas éticas regida pela Resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece normas e diretrizes éticas para proteger os participantes da pesquisa, garantindo sua segurança e bem-estar. Entre as normas do CNS, destaca-se a Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta conformidade estabelece princípios éticos e metodológicos para a realização de pesquisas em saúde, incluindo aqueles que envolvem a coleta de dados diretamente dos participantes ou o uso de informações identificáveis (BRASIL, 2012). Acrescenta-se ainda o respeito aos princípios regulamentadores contidos na Resolução 564/2017, que rege o Código de Ética da Enfermagem.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) após autorização e anuência (ANEXO B) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, sendo aprovado em junho de 2022, sob o parecer N° 5.496.482 (ANEXO C). Vale salientar que houve esclarecimento das gestantes participantes da pesquisa quanto aos objetivos do estudo e que elas poderiam desistir em qualquer etapa do trabalho ou mesmo após a participação. Além disso, foram asseguradas informações quanto ao sigilo da identidade das participantes, que assinaram o TCLE e ficaram com uma cópia deste documento.

7.RESULTADOS

7. RESULTADOS

A pesquisa utilizou diferentes testes estatístico para atingir os objetivos propostos para cada fases de desenvolvimento. Dessa forma, os resultados serão apresentados de modo a ressaltar os achados obtidos nas duas fases operacionais propostas.

7.1 Resultados da aplicação da versão brasileira da CBSEI

Caracterização da amostra

O estudo foi realizado junto a gestantes que se encontravam predominantemente na faixa etária de 18 a 35 anos (n=271; 87,4%), autodeclaradas negras/pardas (n=279; 83,2%), com nível de escolaridade o ensino médio completo (n=122; 36,4%), católicas (n=174; 51,9%), em relação conjugal (n=269; 80,3%), empregadas (n=190; 56,7%) e com renda familiar menor que um salário mínimo (n= 202; 60,3%).

Quanto aos aspectos clínicos e obstétricos, observou-se que a maioria das mulheres não planejaram a gestação (n=166; 49,4%) e eram primíparas (n=182; 54,2%). Dentre as trezentos e dez (310) participantes do estudo, houve predominância das que tinham preferência pelo parto via vaginal (n=222; 66%) e apresentavam registro de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, assim como orientado pelas recomendações ministeriais (n=221; 65,8%).

No que concerne ao conhecimento sobre os sinais de trabalho de parto, aspectos relacionados à preparação para o parto, amamentação e puerpério, assim como métodos não farmacológicos para alívio da dor e a presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto foi identificado que elas detinham informações sobre estes aspectos.

Quanto aos métodos não-farmacológicos de alívio da dor, 62,6% (n=194) das mulheres grávidas relataram conhecer algum tipo de método, entretanto destaca-se que 37,4% (n=116) não conhecia e nunca tinha ouvido falar dos mesmos, o que pode prejudicar o seu uso. Sobre o conhecimento acerca do aleitamento materno, as proporções mostraram que 48,8% (n=164) tinha recebido orientação.

Autoeficácia de mulheres participantes do estudo

Durante a análise da autoeficácia de mulheres foram analisadas mediana, média, desvio-padrão, IQR, range, mínimo e máxima, uma vez que foram averiguadas em diferentes períodos de parto (período de dilatação do trabalho de parto e período expulsivo do parto). De modo geral, os resultados do presente estudo mostraram elevada autoeficácia das mulheres paraibanas

evidente na fase ativa do trabalho de parto para a grande maioria dos itens, com percentuais de mediana e média acima de sete (Tabela 1).

Tabela 1- Autoeficácia de mulheres paraibanas na fase ativa do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

	Itens		Mediana	Media	Desvio Padrão	IQR	Range	Mínimo	Máximo
1	Relaxar meu corpo	AL-OU	9.0	7.290	3.006	6.0	9.0	1.0	10.0
16		AL-SE	8.0	7.148	3.009	6.0	9.0	1.0	10.0
2	Preparar-me para cada contração	AL-OU	8.0	7.761	2.956	6.0	9.0	1.0	10.0
17		AL-SE	8.0	7.268	2.813	6.0	9.0	1.0	10.0
3	Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	AL-OU	9.5	7.761	2.853	6.0	9.0	1.0	10.0
18		AL-SE	9.0	7.826	2.758	5.7	9.0	1.0	10.0
4	Manter-me no controle	AL-OU	9.0	7.513	2.975	6.0	9.0	1.0	10.0
19		AL-SE	8.0	7.245	2.898	6.0	9.0	1.0	10.0
5	Pensar em relaxar	AL-OU	8.0	6.977	3.106	6.0	9.0	1.0	10.0
20		AL-SE	8.0	7.123	2.971	6.0	9.0	1.0	10.0
6	Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	AL-OU	7.0	5.900	3.265	6.0	9.0	1.0	10.0
21		AL-SE	7.0	6.019	3.240	6.0	9.0	1.0	10.0
7	Manter-me calma	AL-OU	9.0	7.706	2.869	6.0	9.0	1.0	10.0
22		AL-SE	8.0	7.226	2.925	6.0	9.0	1.0	10.0
8	Concentrar meu pensamento no bebê	AL-OU	9.0	7.739	2.850	6.0	9.0	1.0	10.0
23		AL-SE	9.0	7.816	2.846	5.75	9.0	1.0	10.0
9	Ficar atenta a cada contração	AL-OU	9.0	7.516	2.874	6.0	9.0	1.0	10.0
24		AL-SE	9.0	7.542	2.836	6.0	9.0	1.0	10.0
10	Pensar positivo	AL-OU	9.0	7.765	2.706	6.0	9.0	1.0	10.0
25		AL-SE	9.0	7.848	2.775	5.7	9.0	1.0	10.0
11	Não pensar na dor	AL-OU	8.0	7.013	3.168	6.0	9.0	1.0	10.0
26		AL-SE	8.0	6.581	3.225	6.0	9.0	1.0	10.0
12	Dizer a mim mesma que sou capaz	AL-OU	5.55	5.539	3.485	7.0	9.0	1.0	10.0
27		AL-SE	9.0	7.768	2.798	6.0	9.0	1.0	10.0
13	Pensar nos outros membros da minha família	AL-OU	8.0	7.116	2.974	6.0	9.0	1.0	10.0
28		AL-SE	6.0	5.494	3.335	6.75	9.0	1.0	10.0
14	Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	AL-OU	9.0	7.584	2.854	6.0	9.0	1.0	10.0
29		AL-SE	9.0	7.487	2.858	6.0	9.0	1.0	10.0
15	Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	AL-OU	9.0	8.003	2.467	5.0	8.0	2.0	10.0
30		AL-SE							

*AL-OU- Expectativa de Resultado na fase ativa do Trabalho de Parto

*AL-SE- Expectativa de Autoeficácia na fase ativa do Trabalho de Parto

Fonte: dados da pesquisa, 2023

De modo semelhante, na fase expulsiva do parto foi observada elevada autoeficácia das mulheres, com média e mediana acima de sete para a maioria dos itens da CBSEI (Tabela 2).

Tabela 2 – Autoeficácia de mulheres paraibanas no período expulsivo do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

	Itens	Domínio	Mediana	Média	Desvio Padrão	IQR	Range	Mínimo	Máximo
31	Relaxar meu corpo	SS-OU	8.0	6.700	3.316	6.0	9.0	1.0	10.0
47		SS-SE	8.0	7.223	6.522	6.0	9.0	1.0	10.0
32	Preparar-me para cada contração	SS-OU	9.0	7.645	2.832	6.0	9.0	1.0	10.0
48		SS-SE	8.0	7.432	2.794	6.0	9.0	1.0	10.0
33	Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	SS-OU	10.0	7.971	2.765	5.0	9.0	1.0	10.0
49		SS-SE	9.0	7.790	2.692	5.0	9.0	1.0	10.0
34	Manter-me no controle	SS-OU	9.0	7.742	2.814	5.750	9.0	1.0	10.0
50		SS-SE	9.0	7.542	2.842	6.000	9.0	1.0	10.0
35	Pensar em relaxar	SS-OU	8.0	6.832	3.205	6.0	9.0	1.0	10.0
51		SS-SE	8.0	6.923	3.131	6.0	9.0	1.0	10.0
36	Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	SS-OU	6.5	5.903	3.375	6.0	9.0	1.0	10.0
52		SS-SE	7.0	6.010	3.291	6.0	9.0	1.0	10.0
37	Manter-me calma	SS-OU	9.0	7.735	2.780	5.0	9.0	1.0	10.0
53		SS-SE	9.0	7.581	2.812	5.0	9.0	1.0	10.0
38	Concentrar meu pensamento no bebê	SS-OU	10.0	8.039	2.718	4.0	9.0	1.0	10.0
54		SS-SE	9.0	7.939	2.657	5.0	9.0	1.0	10.0
39	Ficar atenta a cada contração	SS-OU	9.0	7.781	2.789	5.0	9.0	1.0	10.0
55		SS-SE	9.0	7.739	2.681	5.0	9.0	1.0	10.0
40	Pensar positivo	SS-OU	10.0	7.968	2.803	5.0	9.0	1.0	10.0
56		SS-SE	9.0	7.913	2.674	4.0	9.0	1.0	10.0
41	Não pensar na dor	SS-OU	8.0	7.226	3.041	6.0	9.0	1.0	10.0
57		SS-SE	8.0	7.200	3.104	6.0	9.0	1.0	10.0
42	Dizer a mim mesma que sou capaz	SS-OU	10.0	7.958	2.803	5.0	9.0	1.0	10.0
58		SS-SE	9.0	7.806	2.740	4.75	9.0	1.0	10.0
43	Pensar nos outros membros da minha família	SS-OU	5.0	5.277	3.414	8.0	9.0	1.0	10.0
59		SS-SE	7.0	6.000	3.330	6.0	9.0	1.0	10.0
44	Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	SS-OU	9.0	7.574	2.906	6.0	9.0	1.0	10.0
60		SS-SE	9.0	7.352	2.948	6.0	9.0	1.0	10.0
45	Focar na pessoa que está	SS-OU	9.0	7.403	3.004	6.0	9.0	1.0	10.0

61	me ajudando no parto	SS-SE	9.0	7.671	2.790	4.0	9.0	1.0	10.0
46	Escutar o incentivo da	SS-OU	9.0	7.755	2.864	6.0	9.0	1.0	10.0
62	pessoa que está me ajudando	SS-SE	9.0	8.406	1.955	2.0	7.0	1.000	10.000

*SS-OU- Expectativa de Resultado no período expulsivo *SS-SE- Expectativa de Autoeficácia no período expulsivo
Fonte: dados da pesquisa, 2023

A tabela 3 apresenta a comparação das médias e medianas entre os domínios, expectativa de resultados e de autoeficácia, nas fases ativa e expulsiva do trabalho de parto (Tabela 3).

Tabela 3- Comparação de médias e medianas entre a expectativa de resultado e de autoeficácia de mulheres gestantes paraibanas na fase ativa e no período expulsivo do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Perfil das mulheres	Comparação das médias* entre SS-OU e SS-SE em cada perfil			Comparação das medianas** entre SS-OU e SS-SE em cada perfil		
	SS-OU	SS-SE	p valor	SS-OU	SS-SE	p valor
Fase Ativa	7.27 ± 0.18	7.17 ± 0.18	0.658	7.51 / 0.49	7.25 / 0.49	0.38
Período Expulsivo	7.34 ± 0.198	7.40 ± 0.16	0.403	7.69 / 0.63	7.56 / 0.42	0.30

* *Teste-t* ** *Mann-Whitney* **Fonte:** dados da pesquisa, 2023

A partir da análise de comparações de médias e/ou medianas, percebeu-se que os valores de autoeficácia, independente das fases de trabalho de parto, não são estatisticamente diferentes (fase ativa e período expulsivo), conforme observado na Tabela 4.

Tabela 4- Comparação de médias a partir de *Test-t* e medianas a partir *Mann-Whitney* sobre a expectativa de resultado da autoeficácia de mulheres gestantes paraibanas na fase ativa com o período expulsivo do trabalho de parto. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Perfil das mulheres	Média / DP	p valor	Mediana / Variância	p valor
Fase Ativa	7.22 ± 0.12	0.2057	7.48 / 0.47	0.21
Período Expulsivo	7.37 ± 0.12		7.61 / 0.51	

Fonte: dados da pesquisa, 2023

Em virtude de não ser constatada diferença significativas nas comparações de médias e/ou medianas entre a fase ativa e período expulsivo, a análise considerou apenas o período expulsivo do trabalho de parto devido ao maior número de itens associados a essa fase, o que proporcionou uma base de dados mais robusta e representativa.

A extensão do conjunto de itens disponíveis para análise no período expulsivo permite uma avaliação mais detalhada da autoeficácia das mulheres paraibanas participantes do estudo nesse estágio crítico do processo de parto. Além disso, a escolha de focar no período expulsivo pode revelar informações específicas e detalhadas sobre as percepções das mulheres em relação a esse momento-chave da experiência obstétrica, enriquecendo a compreensão das práticas e dos fatores relacionados a ele. Portanto, a decisão de priorizar o período expulsivo para análise é respaldada pela consideração de sua riqueza de dados e relevância na assistência ao parto (Tabela 5).

Tabela 5 -Comparação entre dos itens das fases ativa com o período expulsivo, com a finalidade de verificar as diferenças de média entre os itens do CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Fase Ativa		Período Expulsivo	T	df	P	Cohen's d	SE Cohen's d	95% CI for Cohen's d	
								Lower	Upper
Q1	-	Q31	3.831	309	< .001	0.218	0.049	0.105	0.330
Q2	-	Q32	-2.989	309	0.003	-0.170	0.043	-0.282	-0.058
Q3	-	Q33	-2.057	309	0.041	-0.117	0.036	-0.228	-0.005
Q4	-	Q34	-2.061	309	0.040	-0.117	0.038	-0.229	-0.005
Q5	-	Q35	0.973	309	0.331	0.055	0.047	-0.056	0.167
Q6	-	Q36	0.604	309	0.547	0.034	0.043	-0.077	0.146
Q7	-	Q37	-0.272	309	0.786	-0.015	0.038	-0.127	0.096
Q8	-	Q38	-2.935	309	0.004	-0.167	0.037	-0.279	-0.054
Q9	-	Q39	-2.583	309	0.010	-0.147	0.036	-0.259	-0.035
Q10	-	Q40	0.314	309	0.754	0.018	0.062	-0.094	0.129
Q11	-	Q41	-1.592	309	0.112	-0.090	0.043	-0.202	0.021
Q12	-	Q42	-12.738	309	< .001	-0.723	0.067	-0.848	-0.598
Q13	-	Q43	9.169	309	< .001	0.521	0.067	0.402	0.639
Q14	-	Q44	0.078	309	0.938	0.004	0.043	-0.107	0.116
Q15	-	Q46	2.489	309	0.013	0.141	0.037	0.029	0.253
Q16	-	Q47	-0.202	309	0.840	-0.011	0.070	-0.123	0.100
Q17	-	Q48	-1.505	309	0.133	-0.085	0.039	-0.197	0.026
Q18	-	Q49	0.373	309	0.709	0.021	0.035	-0.090	0.133
Q19	-	Q50	-2.936	309	0.004	-0.167	0.035	-0.279	-0.055
Q20	-	Q51	1.308	309	0.192	0.074	0.050	-0.037	0.186
Q21	-	Q52	0.063	309	0.950	0.004	0.047	-0.108	0.115
Q22	-	Q53	-3.229	309	0.001	-0.183	0.039	-0.295	-0.071
Q23	-	Q54	-1.209	309	0.228	-0.069	0.037	-0.180	0.043
Q24	-	Q55	-1.935	309	0.054	-0.110	0.037	-0.221	0.002
Q25	-	Q56	-0.791	309	0.429	-0.045	0.030	-0.156	0.066
Q26	-	Q57	-4.422	309	< .001	-0.251	0.045	-0.364	-0.138
Q27	-	Q58	-0.391	309	0.696	-0.022	0.036	-0.134	0.089

Tabela 5 -Comparação entre dos itens das fases ativa com o período expulsivo, com a finalidade de verificar as diferenças de média entre os itens do CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Fase Ativa		Período Expulsivo	T	df	P	Cohen's d	SE Cohen's d	95% CI for Cohen's d	
								Lower	Upper
Q28	-	Q59	-3.248	309	0.001	-0.184	0.047	-0.297	-0.072
Q29	-	Q60	0.986	309	0.325	0.056	0.047	-0.055	0.167
Q30	-	Q62	-6.384	309	< .001	-0.363	0.048	-0.477	-0.247

Note. Student's t-test. Fonte: dados da pesquisa, 2023

Concluídas as análises, a decisão passa a se concentrar na AFE e AFC pelo fato de que essas dimensões da escala são particularmente relevantes para o contexto do período expulsivo do trabalho de parto, onde as parturientes podem enfrentar desafios específicos que diferem da fase ativa. A análise mais detalhada desses dois domínios permite uma compreensão mais aprofundada das percepções e da autoeficácia das mulheres nessa etapa crítica do parto. Além disso, ao considerar que a escala como um todo não apresenta diferenças estatisticamente significativas, focar na AFE e AFC pode fornecer *insights* valiosos para a prática clínica, direcionando intervenções específicas para melhorar a autoeficácia das parturientes durante o período expulsivo, mesmo quando a avaliação global da escala não demonstra variações marcantes.

7.2 Evidência de validade do Childbirth Self-Efficacy Inventory baseada na estrutura interna e aplicada ao contexto paraibano

Inicialmente, foi realizado o teste de Kayser-Meyer-Olkin (KMO), que gerou uma medida de adequação amostral e para esta amostra o resultado foi satisfatório (KMO=0,953). Outro teste realizado foi o Teste de Esfericidade de *Bartlett*, que verificou a adequação da matriz de correlações/covariâncias, cujo resultado também foi satisfatório, com p-valor igual ou inferior a 0,05 [$\chi^2(15186)$, df 496, p-valor<0,001].

Para verificar a adequação dos itens KMO utilizou-se a MAS, que é atribuída para cada item, cujos resultados podem ser vistos na Tabela 6. Salienta-se que para considerar um item adequado é preciso que este item apresente MAS igual ou superior a 0,50, fato que é observado para todos os itens do instrumento, que apresentaram medida de adequação amostral igual ou superior a 0,88, ou seja, não é indicado que nenhum item seja excluído do instrumento para as análises posteriores.

Tabela 6- Medida de Adequação Amostral por item. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Itens	MAS
<i>Overall</i>	0.953
31 Relaxar meu corpo	0.902
32 Preparar-me para cada contração	0.955
33 Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	0.957
34 Manter-me no controle	0.961
35 Pensar em relaxar	0.911
36 Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	0.929
37 Manter-me calma	0.971
38 Concentrar meu pensamento no bebê	0.972
39 Ficar atenta a cada contração	0.973
40 Pensar positivo	0.974
41 Não pensar na dor	0.949
42 Dizer a mim mesma que sou capaz	0.956
43 Pensar nos outros membros da família	0.888
44 Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	0.978
45 Focar na pessoa que está me ajudando no parto	0.942
46 Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	0.960
47 Relaxar meu corpo	0.905
48 Preparar-me para cada contração	0.961
49 Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	0.971
50 Manter-me no controle	0.942
51 Pensar em relaxar	0.957
52 Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	0.921
53 Manter-me calma	0.963
54 Concentrar meu pensamento no bebê	0.959
55 Ficar atenta a cada contração	0.962
56 Pensar positivo	0.974
57 Não pensar na dor	0.933
58 Dizer a mim mesma que sou capaz	0.953
59 Pensar nos outros membros da minha família	0.888
60 Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	0.936
61 Focar na pessoa que está me ajudando no parto	0.957
62 Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	0.977

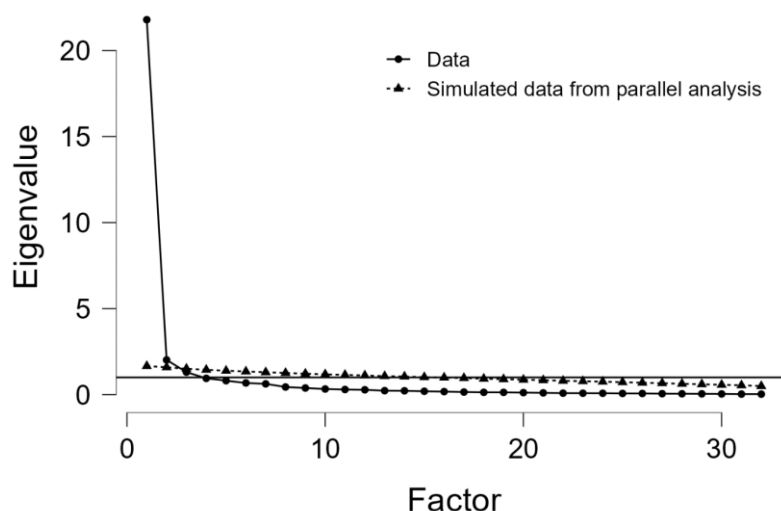
Fonte: dados da pesquisa, 2023

Foi realizada uma AFE no *Software JASP* para aferir a unidimensionalidade do instrumento e as cargas fatoriais dos itens. Inicialmente foram realizados testes para verificar a aplicabilidade da AFE, utilizando-se para esta o método de AFE Policórica, DWLS – Mínimos Quadrados Ponderados.

Na realização da AFE pelo método DWLS, inicialmente foi gerado um gráfico, que pode ser visto na Figura 2, para decisão sobre o número de fatores a partir da comparação entre os critérios de *Kaiser*, baseado no número de *Eigenvalues* (Valores próprios) iguais ou superiores a 1,0.

No presente estudo, pela observação do gráfico *scree plot*, a linha reta inicia sua formação a partir do número 2, sendo verificados acima deste ponto somente dois fatores que elucidaram a maior variância da medida do CBSEI, como é exibido na figura 2.

Figura 2- Autovalores dos 32 itens do CBSEI, utilizando-se a análise fatorial exploratória em paralelo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024



Fonte: dados da pesquisa, 2023

A AFE foi realizada considerando-se uma estrutura multifatorial, conforme apontado pelos métodos anteriores. O valor de comunalidade para cada um dos itens do CBSEI, que pode ser interpretado como medida que indica a porcentagem da variância de uma variável original explicada pelo número de fatores identificados, é apresentado na Tabela 7.

Constatou-se carga fatorial superior ao recomendado. Entretanto, verificou-se comunalidades inferiores ao desejado nos seguintes itens no fator 1: item 32, item 33, item 34,

item 35, item 37, item 38, item 39, item 40, item 42, item 44, item 46, item 48, item 49, item 50, item 53, item 54, item 55, Item 56, Item 58, Item 61; fator 2: Item 47. Nesse sentido, nota-se que esses itens apresentaram baixos valores de comunalidade, conforme recomendado para a permanência dos itens no instrumento.

Destaca-se que apesar do item 47 apresentar comunalidade superior ao recomendado, apresenta cargas fatoriais superiores a 0,4 em ambos os fatores. No entanto, decidiu-se excluir os itens que apresentaram cargas fatoriais alocadas em dois fatores da matriz rotacional.

Tabela 7- Cargas fatoriais e valores de comunalidade obtidas pela análise fatorial exploratória do CBSEI, utilizando-se a análise fatorial exploratória em paralelo pelo método de extração de resíduos mínimos combinados na rotação oblíqua *oblimin*. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Item	Fator		Uniqueness
	1	2	
54	0.992		0.112
56	0.975		0.117
42	0.959		0.155
38	0.940		0.180
58	0.936		0.195
55	0.934		0.152
32	0.928		0.200
49	0.927		0.169
40	0.925		0.175
33	0.925		0.195
34	0.925		0.188
39	0.905		0.176
53	0.867		0.166
46	0.862		0.196
37	0.853		0.175
50	0.846		0.247
61	0.802		0.254
48	0.791		0.225
62	0.735		0.374
44	0.732		0.242
45	0.645		0.306
60	0.635		0.359
57	0.563		0.383

Tabela 7- Cargas fatorais e valores de comunalidade obtidas pela análise fatorial exploratória do CBSEI, utilizando-se a análise fatorial exploratória em paralelo pelo método de extração de resíduos mínimos combinados na rotação oblíqua *oblimin*. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Item	Fator		Uniqueness
	1	2	
41	0.475		0.355
43		0.860	0.418
52		0.773	0.361
36		0.731	0.372
59		0.680	0.533
35		0.613	0.281
31		0.586	0.367
51		0.537	0.342
47			0.831

Note. 'Minimum residual' extraction method was used in combination with a 'oblimin' rotation

Fonte: dados da pesquisa, 2023

No tocante a correlação entre os fatores, verificou-se matriz de correlação igual a 0,689. Esse valor expressa que poucos são os itens que são altamente correlacionáveis com os fatores a que pertencem e que uma pequena quantidade de itens possui alta comunalidade.

Considerando as recomendações de método proposto por Hair *et al.*, (2010), em seguida serão analisados os índices de *fit* do modelo de mensuração e a validade dos constructos apresentados. Destarte, com base nestas análises e na análise final de resíduos padronizados, será decidido se o modelo de mensuração será mantido ou modificado. Ao ser gerado o modelo FIT verificou-se que os valores de GFI, CFI, TLI, SRMR, RMSEA, AIC, BIC, χ^2 e *p* são inferiores ao recomendado pela literatura (Tabela 8).

Tabela 8- Indicadores de ajuste da Análise Fatorial Confirmatória para validação do instrumento. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

GFI	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC	BIC	χ^2	df	p
					Lower	Upper					
0,45	0.760	0.74	0.06	0.16	0.156	0.165	379588	38205	3816	433	< .001

Fonte: dados da pesquisa, 2023

Mesmo não havendo indicadores de ajuste aceitáveis para a estrutura fatorial exploratória, a confiabilidade por meio do Alfa de *Cronbach* foi superior a 0,90. Assim, como o Ômega de *McDonald* e o Lambda ao quadrado de *Guttman*, que indica fidedignidade do instrumento, conforme apontado na Tabela 9.

Tabela 9- Estatísticas de confiabilidade e o intervalo de confiança do Alfa de *Cronbach*, o Ômega de *McDonald* e o Lambda ao quadrado de *Guttman*. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

%	McDonald's ω	Cronbach's α	Guttman's λ^2
Fator 1	0.978	0.978	0.978
95% CI limite inferior	0.974	0.974	0.963
95% CI limite superior	0.982	0.982	0.988
Fator 2	0.900	0.912	0.915
95% CI limite inferior	0.883	0.896	0.896
95% CI limite superior	0.917	0.927	0.931
CBSEI	0.978	0.978	0.979
95% CI limite inferior	0.974	0.975	0.969
95% CI limite superior	0.981	0.982	0.986

Fonte: dados da pesquisa, 2023

Sendo assim, foi testada uma nova estrutura, retirando-se os itens que apresentavam menor comunalidade variância residual (32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 58, 60, 47, 49, 50, 51, 54, 55, Item 56, 41, 59, 31) e com carga fatorial superior a 0,4 alocada em mais de um fator – o item 48, propondo-se uma versão reduzida do CBSEI para o contexto brasileiro baseada nas evidências de validade da sua estrutura interna.

7.3 Versão reduzida do Childbirth Self-Efficacy Inventory para o contexto brasileiro

Inicialmente, foi realizado o teste de Kayser-Meyer-Olkin (KMO), que gerou uma medida de adequação amostral e para esta amostra o resultado foi satisfatório (KMO=0,867; $\chi^2(477.632)$; $df=35$, $p<0,001$). Outro teste realizado foi o Teste de Esfericidade de *Bartlett*, que verificou a adequação da matriz de correlações/covariâncias, cujo resultado também foi satisfatório, com p-valor igual ou inferior a 0,05 [$\chi^2(2250.735)$, $df 45.000$, $p\text{-valor}<0,001$].

Para verificar a adequação dos itens KMO utilizou-se a MAS, que é atribuída para cada item, cujos resultados podem ser vistos na Tabela 10. Salienta-se que para considerar um item adequado é preciso que os itens apresentem MAS igual ou superior a 0,50, fato que é observado para todos os itens do instrumento, que apresentaram medida de adequação amostral igual ou superior a 0,758, ou seja, não é indicado que nenhum item seja excluído do instrumento para as análises posteriores.

Tabela 10- Medida de Adequação Amostral por item. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

	MAS
<i>Overall MSA</i>	0.867
V31 Relaxar meu corpo	0.917
V36 Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	0.861
V43 Pensar nos outros membros da família	0.787
V51 Pensar em relaxar	0.901
V52 Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair	0.892
V57 Não pensar na dor	0.891
V59 Pensar nos outros membros da família	0.758
V45 Focar na pessoa que está me ajudando no parto	0.899
V60 Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	0.857
V62 Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	0.891

Fonte: dados da pesquisa, 2023

Foi realizada AFE no *Software* JASP para aferir a unidimensionalidade do instrumento e as cargas fatoriais dos itens. Inicialmente foram realizados testes para verificar a aplicabilidade da AFE, utilizando-se para esta o método de AFE Policórica, DWLS – Mínimos Quadrados Ponderados.

Na realização da AFE pelo método DWLS, inicialmente foi gerado um gráfico (Figura 3), para decisão sobre o número de fatores a partir da comparação entre os critérios de *Kaiser*, baseado no número de *Eigenvalues* (Valores próprios) iguais ou superiores a 1,0.

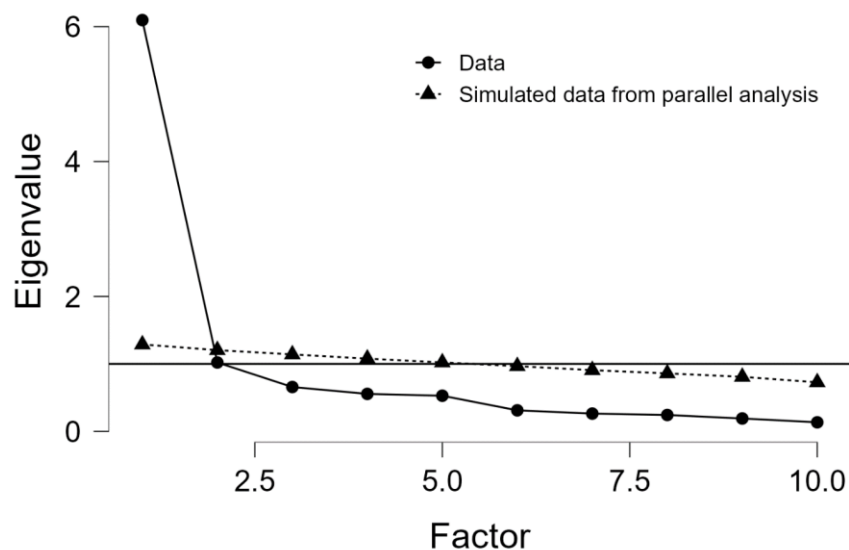
A AFE recomendou por meio dos autovalores iniciais apenas um fator superior a 1, atestando a unidimensionalidade do constructo e negando a tese de dois fatores no CBSEI do

período expulsivo na percepção das gestantes. O fator apresentou autovalor de 5.674, com variância total explicada de 56,7%.

A Variância Total Explicada (VTE) é a soma da variância de cada variável, seu valor determina o quanto o modelo está esclarecendo a variável latente. Segundo estudo desenvolvido por Hair *et al.*, (2009), modelos fatoriais que expliquem apenas entre 30% a 40% da variância comum entre os itens sugerem uma ampla porcentagem de resíduos. Apesar da nova estrutura ter VTE inferior ao valor encontrado no modelo com os trinta e dois itens (32), a unidimensionalidade consegue explicar a variabilidade do constructo.

Assim, no presente estudo, pela observação do gráfico apresentado através do *scree plot*, a linha reta inicia a sua formação muito antes do fator 2,5, sendo constatado que, abaixo deste ponto, somente um único fator é capaz de elucidar a maior variância da medida do CBSEI, como mostra a figura 3.

Figura 3- *Scree plot* de autovalores para os 10 itens da versão reduzida do CBSEI, utilizando-se a análise fatorial exploratória em paralelo. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024



Fonte: dados da pesquisa, 2023

A AFE foi realizada considerando-se uma estrutura unifatorial, conforme apontado pelos métodos anteriores, o valor de comunalidade para cada um dos itens do CBSEI, que pode ser explanado como a porcentagem da variância de uma variável original elucidada pelo número de fatores. Os itens, suas cargas fatoriais e a comunalidade são apresentados na Tabela 11.

Constatou-se que os itens apresentam carga fatorial superior ao recomendado, bem como valores de comunalidade adequados, conforme o recomendado para a permanência dos itens no instrumento.

Tabela 11- Cargas fatoriais e valores de comunalidade de acordo com a rotação oblíqua oblmin. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Itens	Fator 1	Uniqueness
V60 Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	0.809	0.345
V45 Focar na pessoa que está me ajudando no parto	0.808	0.348
V51 Pensar em relaxar	0.799	0.361
V52 Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair	0.769	0.409
V38 Concentrar meu pensamento no bebê	0.758	0.426
V57 Não pensar na dor	0.756	0.428
V36 Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	0.755	0.430
V62 Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	0.734	0.461
V43 Pensar nos outros membros da família	0.672	0.549
V59 Pensar nos outros membros da família	0.656	0.570

Note. Applied rotation method is oblmin.

Fonte: dados da pesquisa, 2023

No tocante à correlação entre os fatores, verificou-se matriz de correlação igual a 1,00. Esse valor expressa que todos os itens são altamente correlacionáveis com os fatores a que pertencem e que a majoritariamente apresentam comunalidade superior ao recomendado. Após as análises acerca da exploração da estrutura do CBSEI, prosseguiu-se com o processo de validação do construto, realizando a AFC.

Foi testado o modelo fatorial para confirmar a estrutura, inicialmente com um modelo unidimensional. Assim, foi possível estimar o modelo com resultados estatísticos significantes em todos os itens que compõem o fator, conforme apresentado na tabela 12.

Tabela 12- Cargas fatoriais estimadas para confirmar o modelo unidimensional da Análise Fatorial Confirmatória. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Fator	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Fator 1	V31	λ11	2.522	0.084	30.169	< .001	2.358	2.686
	V36	λ12	2.575	0.084	30.725	< .001	2.411	2.739
	V38	λ13	2.306	0.081	28.374	< .001	2.147	2.466
	V52	λ14	2.508	0.080	31.206	< .001	2.351	2.666
	V37	λ15	2.558	0.082	31.033	< .001	2.397	2.720

Tabela 12- Cargas fatoriais estimadas para confirmar o modelo unidimensional da Análise Fatorial Confirmatória. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Fator	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
	V42	λ_{16}	2.345	0.081	29.029	< .001	2.187	2.504
	V44	λ_{17}	2.205	0.083	26.686	< .001	2.043	2.367
	V62	λ_{18}	2.425	0.077	31.611	< .001	2.275	2.576
	V45	λ_{19}	2.360	0.077	30.666	< .001	2.209	2.511
	V48	λ_{110}	1.414	0.049	28.892	< .001	1.318	1.510

Fonte: dados da pesquisa, 2023

Considerando as recomendações de método proposto por Hair *et al.*,(2010), em seguida foram analisados os índices de *fit* do modelo de mensuração e a validade dos constructos apresentados. Destarte, com base nestas análises e na análise final de resíduos padronizados, foi decidido se o modelo de mensuração seria mantido ou modificado. Ao ser gerado o modelo FIT, verificou-se que os valores de GFI, CFI, TLI, SRMR, AIC, BIC, χ^2 e *p* atingiram os valores recomendados na literatura utilizando o estimador DWLS.

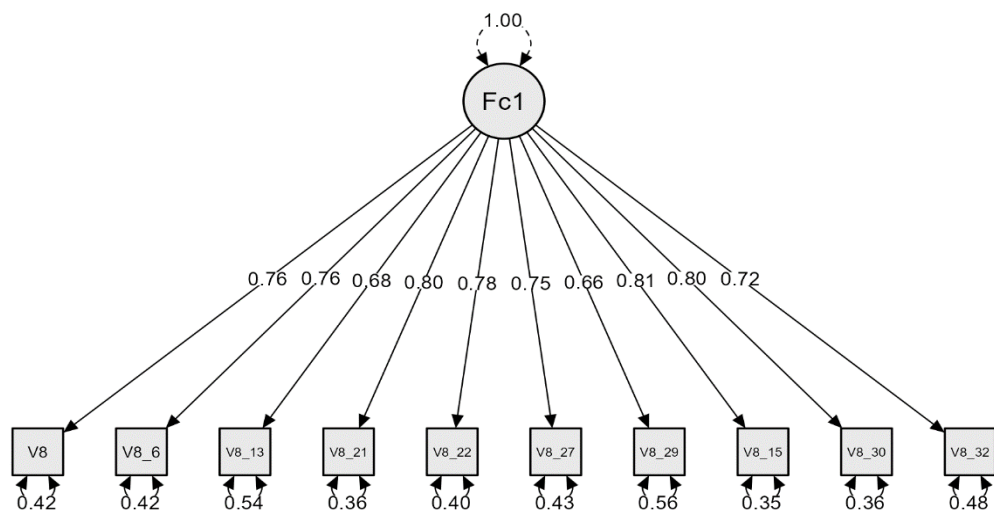
Tabela 13- Indicadores de ajuste da Análise Fatorial Confirmatória para validação do instrumento. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

GFI	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		χ^2	df	P
					Lower	Upper			
0.988	0.986	0.982	0.074	0.080	0.063	0.098	103.98	35	<.001

Fonte: dados da pesquisa, 2023

Como é possível observar na Tabela 13, os indicadores de ajuste estão dentro do preconizado, indicando a confirmação da estrutura do CBSEI, cujo diagrama de caminhos pode ser visto na Figura 4.

Figura 4- Diagrama de caminhos da estrutura fatorial do CBSEI. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024



Fonte: dados da pesquisa, 2023

A partir dos indicadores de ajuste aceitáveis para a estrutura fatorial exploratória identificou-se a confiabilidade por meio do Alfa de *Cronbach*, com resultado igual a 0,925 (IC95%:0.912 – 0,937). Assim, como o Ômega de *McDonald* – 0,926 (IC95%: 0.913 – 0,938) e o Lambda ao quadrado de *Guttman* – 0,928 (IC95%: 0.913 – 0,941), que indica fidedignidade do instrumento (Tabela 14).

Tabela 14 - Estatísticas de confiabilidade e o intervalo de confiança do Alfa de *Cronbach*, o Ômega de *McDonald* e o *Lambda* ao quadrado de *Guttman*, média e desvio padrão do CBSEI reduzida. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2024

Estimativa	McDonal d's ω	Cronbach' s α	Guttman' s λ^2	Mean	sd	Média por item	
Ponto estimado	0.926	0.925	0.928	67.133	24.112	6,713	2,41
95% CI limite inferior	0.913	0.912	0.912	64.444	22.349	6,44	2,23
95% CI limite superior	0.938	0.937	0.943	69.821	26.179	6,98	2,61

Fonte: dados da pesquisa, 2023

Diante dos resultados, a nova estrutura apresentou itens com comunalidade superior ao recomendado, sem carga fatorial inversa e com medidas de análise fatorial exploratória conforme o recomendado. A seguir é apresentada a proposta da versão curta da CBSEI após o processo de análise e que poderá ser testada em diferentes contextos.

Versão Reduzida

Imagine que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dar à luz. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil acha que esse comportamento irá ajudá-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil.

ITENS	Nada útil										Muito Útil
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Relaxar meu corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Pensar nos outros membros da família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Pensar em relaxar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Não pensar na dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Pensar nos outros membros da família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. Focar na pessoa que está me ajudando no parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Fonte: dados da pesquisa, 2023

8.DISCUSSÃO

8.1 Resultados da aplicação da versão brasileira da CBSEI

A validação psicométrica de um instrumento é alcançada a partir da aplicação com o público-alvo. Os estudos psicométricos existentes divergem quanto à recomendação do tamanho amostral para as análises de evidências psicométricas de instrumentos. Sapnas e Zeller (2002) e Rattray e Jones (2007) adotam o mínimo aceitável de cinco indivíduos por item. Pasquali (2010) recomenda que, na fase empírica da pesquisa, a amostra compreenda 100 sujeitos por fator/domínio medido ou cinco a dez sujeitos por item.

Segundo Bernardo (2022), nas pesquisas que validaram o CBSEI, constatou-se grande variabilidade em relação ao tamanho amostral, sendo a média da amostra entre os estudos que realizaram a validação da versão do instrumento de 207 gestantes, com mínimo de 126 no estudo de Sinclair; O'Boyle (1999) e máximo de 525 no pesquisa conduzida por Prata *et al.*, (2016).

Neste estudo, a amostra compreendeu 310 gestantes, atendendo à recomendação de Pasquali (2010) e assemelhando-se aos planos amostrais adotados por Sapnas e Zeller (2002) e Rattray e Jones (2007), ao considerar a participação de cinco gestantes para cada um dos 62 itens do CBSEI. Salienta-se ainda que o tamanho amostral utilizado para o desenvolvimento deste estudo foi superior à média dos demais estudos e, em número de participantes, ficou abaixo apenas do realizado em Portugal e na Suécia, (Prata *et al.*, 2016; Carlsson; Ziegert; Nissen, 2015), com 525 e 406 gestantes, o que evidencia o rigor do estudo, a partir da estruturação do planejamento.

O perfil sociodemográfico das gestantes, com predominância da faixa etária de 18 a 35 anos (n=271; 87,4%), autodeclaradas negras/pardas (n=279; 83,2%), católicas (n=174; 51,9%), em relação conjugal (n=269; 80,3%) e empregadas (n=190; 56,7%), revelou semelhanças aos encontrados em pesquisas que utilizaram o CBSEI em outros contextos culturais, geográficos e temporais (Bernardo, 2020; Gouronti *et al.*, 2015; Carlsson *et al.*, 2014; Tanglakmankhong; Perrin, Lowe, 2011; Cunqueiro; Comeche; Docampo, 2009; Khorsandi *et al.*, 2008).

Ao avaliar o conhecimento das gestantes sobre o parto, o uso de método não farmacológico para alívio da dor foi o mais mencionado, enquanto o aleitamento materno foi citado por menos da metade das participantes. Embora as orientações sobre o aleitamento materno sejam bastante difundidas nas mídias sociais, considera-se como não satisfatório que pouco menos da metade das gestantes tenham recebido estas informações dos profissionais de saúde.

Estudo desenvolvido por Neves *et al.* (2020) evidenciou percentuais superiores ao encontrado neste estudo, em que se avaliou o acompanhamento do pré-natal em todo país, a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), revelando que cerca de 80% das mulheres gestantes receberam orientações sobre alimentação, amamentação e cuidados com o RN.

Pesquisa em UAPS da cidade de Limoeiro do Norte, Ceará, teve como objetivo central analisar o grau de conhecimento de mulheres acerca da amamentação no pré-natal e fortalecer as ações de cunho educativo, após a realização das ações educativas em saúde. Os aspectos avaliados incluíram os cuidados com as mamas, ainda, no período gestacional, vantagens da amamentação para mãe e bebê, particularidades fisiológicas da amamentação, assim como técnicas que auxiliam no sucesso do aleitamento materno. O conhecimento das grávidas aprimorou os resultados anteriormente observados, trazendo impacto na utilização das técnicas para sucesso no aleitamento materno, em especial, na forma exclusiva (Maia; Silva; Moreira; 2019). Iniciativas como esta evidenciam a importância da educação em saúde para o engajamento das mães ao aleitamento materno.

Retomando os aspectos teóricos acerca da autoeficácia, a confiança no processo de parto e no momento do nascimento, também conhecida como autoeficácia no parto, emerge como marcador fundamental da habilidade das mulheres para enfrentar o trabalho de parto, refletindo as crenças pessoais sobre como o comportamento afeta os resultados. Essa autoconfiança é influenciada por experiências passadas das pessoas em lidar com situações similares, pelas observações das experiências de outras pessoas, pela persuasão verbal e pelo nível de excitação emocional e fisiológica (Heidari *et al.*, 2023).

Consideram-se dois aspectos principais que norteiam a autoeficácia: o primeiro refere-se à expectativa de resultado, que está relacionada à confiança de que um comportamento específico acarretará resultado desejado; o segundo engloba a convicção de que a pessoa é capaz de executar com êxito esse comportamento em um contexto específico (Page *et al.*, 2021). Portanto, a autoeficácia está positivamente associada à satisfação geral com a experiência de parto. Em concordância à assertiva, estudo de coorte realizado por Dwiarini *et al.* (2022) evidenciou que mulheres que se sentem capazes de lidar com os desafios do trabalho de parto tendem a relatar experiências mais positivas e menos traumáticas.

No contexto acadêmico, a análise das médias e medianas da autoeficácia das mulheres durante o trabalho de parto é fundamental para compreender a eficácia das estratégias utilizadas por essas parturientes. Ao ponderar o percentil dos resultados do presente estudo, as mulheres paraibanas obtiveram médias superiores à média do estudo de Shakarami *et al.*, (2021), no que

se refere, por exemplo, ao primeiro item "Relaxar meu corpo", com mediana de 8,00, enquanto naquela pesquisa, o mesmo item obteve mediana de 6,24, em escala de um (1) a dez (10).

Dessa forma, entende-se que médias e medianas mais altas sugerem maior autoeficácia, o que pode resultar em benefícios tangíveis no processo de parto, estes podem incluir melhor administração da dor, experiência de parto mais positiva e sensação ampliada de controle sobre o processo. Portanto, altas médias e medianas nessas categorias são indicativas de maior capacidade das parturientes para relaxar os corpos e utilizar técnicas de respiração eficazes, o que pode aprimorar, substancialmente, a experiência de parto (Tilden *et al.*, 2016).

Para os profissionais de enfermagem obstétrica, a compreensão desses resultados é fundamental. A habilidade de as parturientes paraibanas de relaxar os corpos e utilizar a respiração como técnica de enfrentamento, durante as contrações, é de grande importância, pois pode impactar positivamente na experiência de parto, reduzir a tensão muscular, controlar a dor e promover experiência de parto mais confortável. Além disso, médias mais elevadas nessas categorias podem estar correlacionadas com outros resultados benéficos, como maior satisfação geral com a experiência de parto, menor necessidade de intervenções médicas, menor ansiedade, duração mais curta do trabalho de parto e melhores resultados para o bebê, incluindo índices de Apgar mais elevados. Portanto, é imperativo que enfermeiras obstétricas avaliem e apoiem a autoeficácia das parturientes, uma vez que isso pode desempenhar papel crítico na promoção de uma experiência de parto positiva e saudável (Çankaya *et al.*, 2020).

Por meio dos valores de mediana e média, foi possível identificar as áreas em que as mulheres paraibanas se sentem mais autoeficazes durante a fase ativa do trabalho de parto. Neste quesito, destacaram-se os itens "Relaxar meu corpo", "Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto", "Manter-me calma", "Concentrar meu pensamento no bebê", "Ficar atenta a cada contração", "Pensar positivo", "Concentrar-me em passar uma contração de cada vez" e "Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando".

Em relação aos resultados dos dois primeiros itens, observou-se que a capacidade de relaxar o corpo e se preparar para as contrações agem como atenuantes da tensão muscular e da dor. Baljon *et al.*, (2020) identificaram, em ensaio clínico randomizado sobre a eficácia de exercícios respiratórios no parto, que mulheres que se sentem capazes de relaxar e se preparar têm experiência de parto mais positiva. Ainda, evidenciou que técnicas de relaxamento, como a respiração profunda e a visualização, podem reduzir a dor e melhorar a experiência do trabalho de parto.

A relevância do item "Manter-me calma" reside na capacidade de a parturiente manter a calma e o foco durante o trabalho de parto, com ênfase no papel central do bebê como fonte

de motivação. Manter a calma, durante o trabalho, de parto é fundamental para reduzir a ansiedade e o estresse, o que pode beneficiar tanto a mãe quanto o bebê. Evidências mostram que a ansiedade elevada no decorso do trabalho de parto pode estar associada a complicações e desconforto mais intensos (Tan *et al.*, 2021; Stark *et al.*, 2016).

Em contraposição, o aumento dos níveis de estresse pode gerar desequilíbrio na atividade do sistema nervoso autônomo, com predomínio do sistema nervoso simpático, o que pode interferir nas contrações uterinas, tornando o trabalho de parto mais desafiador, mediante a liberação excessiva de catecolaminas que, embora tenham efeitos fisiológicos úteis durante o parto, níveis excessivamente elevados provocam vasoconstrição na irrigação sanguínea do útero, reduzindo o fluxo para o músculo uterino e dificultando as contrações eficazes (Kenkel *et al.*, 2020).

O item “Concentrar meu pensamento no bebê” se relaciona à capacidade de a mulher direcionar pensamentos e atenção para o bebê que está prestes a nascer. Ensaio clínico randomizado indicou que concentrar o pensamento no bebê pode criar foco positivo e motivador durante o trabalho de parto, uma vez que esse fator auxilia a mulher a enfrentar as contrações e as demandas físicas do parto com mentalidade positiva. A concentração no bebê pode fortalecer a ligação emocional entre a mãe e o filho, antes mesmo do nascimento, podendo ter benefícios a longo prazo para o relacionamento mãe-bebê e o desenvolvimento infantil (Wulff *et al.*, 2020).

Acerca do item “Pensar positivo”, ficar atenta a cada contração e manter pensamentos positivos podem ajudar as mulheres a se sentirem mais no controle da situação e confiantes na capacidade de lidar com o trabalho de parto. A esse respeito, estudo revela que o pensamento positivo e a atenção plena estão associados a uma melhor experiência de parto e menor percepção da dor (Akadri *et al.*, 2018).

Ambos os itens “Concentrar-me em passar uma contração de cada vez” e “Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando” apresentaram maiores valores de mediana, evidenciando maior autoeficácia das mulheres nas respectivas áreas. Esses aspectos mostraram-se fundamentais em relação à condução do parto, conforme achados em revisão sistemática realizada por Thomson *et al.* (2019), ao identificarem que a abordagem de enfrentamento por etapas e o apoio de um cuidador são associados a uma melhor experiência de parto.

Em relação à autoeficácia no período expulsivo do trabalho de parto, os resultados evidenciaram que os itens relacionados ao apoio social e à concentração no bebê (itens 38 e 45) apresentaram medianas mais altas. Esses resultados destacam a importância do suporte social e

da conexão emocional com o bebê como fatores que podem aumentar a autoeficácia durante o parto.

Os resultados para o item 38, “Concentrar meus pensamentos no bebê”, indicam que a maioria das mulheres se sente capaz de concentrar pensamentos no bebê durante o trabalho de parto, o que pode sugerir forte desejo de criar foco positivo e motivador para essa experiência. A concentração no bebê pode ajudar a fortalecer a conexão emocional entre a mãe e o filho, antes mesmo do nascimento, o que revela a fundamentalidade dela para o desenvolvimento do vínculo e da ligação afetiva (Alhafez *et al.*, 2020).

Do mesmo modo, estudos mostram que um foco positivo no bebê pode contribuir para criação de ambiente emocionalmente positivo, no decorrer do parto, e, portanto, beneficiar tanto a mãe quanto o bebê. Concentrar-se no bebê pode reduzir a ansiedade relacionada ao trabalho de parto, tornando a experiência menos estressante e aumentando a percepção de controle sobre o processo do parto (Rantala *et al.*, 2022; Thuillier *et al.*, 2018).

Para o item 45, “Focar na pessoa que está ajudando no parto”, os resultados evidenciam que, em geral, as mulheres se sentem capazes de focar na pessoa que está prestando apoio durante o trabalho de parto, o que sugere que elas reconhecem a importância desse suporte emocional e prático, no decurso do processo de parto. Na literatura, identificam-se argumentos de que uma boa comunicação com a pessoa de apoio pode ajudar a mulher a se sentir ouvida e compreendida durante o parto, essencial para uma experiência positiva (Tadokoro *et al.*, 2023).

Relacionada a esse aspecto, se enfatiza a prática da doulagem, que envolve o acompanhamento e o suporte emocional, informacional e físico de uma doula, durante o trabalho de parto e parto, aspecto que tem recebido amplo respaldo de evidências científicas ao longo dos anos. Estudos têm reportado uma série de benefícios associados à presença de uma doula durante o processo de parto. Algumas das principais conclusões incluem a redução do uso de intervenções médicas, como analgesia epidural, cesarianas e fórceps, quando uma doula está presente. Além disso, parturientes que recebem suporte de doulas relatam maior satisfação com a experiência de parto, incluindo sentimentos de empoderamento, controle e segurança (Ramey-Collier *et al.*, 2023; Fernandes *et al.*, 2022).

No contexto específico do suporte emocional oferecido por uma doula, este é um componente fundamental da prática de doulagem. A doula desempenha o papel de fornecer encorajamento e apoio constante à parturiente, auxiliando-a a superar desafios emocionais, como ansiedade, medo e dúvidas, durante o trabalho de parto. Atua como fonte de estímulo e positividade, proporcionando à parturiente ambiente emocionalmente favorável. Esse encorajamento e suporte emocional fornecido pela doula pode contribuir significativamente

para manutenção de um estado mental positivo, durante o trabalho de parto, reduzindo a percepção da dor e contribuindo para experiência de parto globalmente positiva (Thomas *et al.*, 2017).

A análise do desvio padrão e do IQR permitiram identificar os aspectos da autoeficácia que podem exigir maior apoio e orientação, no decurso do trabalho de parto. Desta forma, o presente estudo identificou que os itens com maior variabilidade indicaram as áreas em que as mulheres podem se beneficiar de estratégias específicas de apoio. Assim, estratégias de apoio que visam fortalecer a autoeficácia das mulheres durante o parto, como a presença contínua de uma doula ou a educação sobre técnicas de enfrentamento, podem ser eficazes para melhorar a confiança das mulheres (Stjernholm *et al.*, 2021).

Sobre o desempenho dos enfermeiros no apoio às mulheres durante o parto, estudo apontou que estes não foram considerados peritos em todos os domínios de competência descritos por Benner, apesar de atuarem em maternidades habilitadas pela Rede Cegonha no estado do Ceará. Diante do achado, foi sugerido reforço por meio de treinamento e capacitação profissional, com ênfase no domínio 5, o mais desafiador. Os resultados, também, evidenciaram a importância de considerar a perspectiva das puérperas na avaliação das competências dos enfermeiros, destacando diferenças nas percepções entre as duas populações estudadas (Oliveira, 2020).

Na Tabela 5, averigua-se a apresentação da comparação entre os itens da fase ativa com o período expulsivo, observou-se que as escalas se comportaram da mesma forma, não existindo diferença entre as duas, e como tomada de decisão, manteve-se a utilização da escala referente ao período expulsivo, empregando a que representasse a análise fatorial com a escala maior, composta por 32 itens e maior peso.

Acredita-se que as gestantes da Tailândia, assim como as brasileiras, entendem o processo de parturição como período ininterrupto e improvisam a referência como o momento do nascimento, no segundo período do trabalho de parto. Neste sentido, estudiosos recomendam a versão reduzida do CBSEI somente para o período expulsivo e indicam, ainda, o instrumento como útil para avaliar intervenções que estimulem experiência positiva com o parto (Bernardo, 2022).

7.2 Evidência de validade do Childbirth Self-Efficacy Inventory, baseada na estrutura interna e aplicada ao contexto paraibano

Antes de realizar a AFE, verificou-se a adequação dos itens e do tamanho amostral, observando-se que todos os itens apresentaram valores de MSA acima do preconizado pela

literatura, ou seja, $\geq 0,50$ (Hair *et al.*, 2009). Assim, observou-se na medida de adequação que apenas dois itens se situaram discretamente abaixo de 0,90, os itens 43 e 59 – *Pensar nos outros membros da minha família*, com MAS 0,888 (Tabela 6), o que indica excelente adequação dos itens para dar seguimento a AFE. Nesta análise, observaram-se valores condizentes a estudo realizado no Irã (Shahhosseini *et al.*, 2013), cujas medidas KMO de adequação amostral foram 0,953, e aos resultados observados no processo tradução e adaptação transcultural do CBSEI, no cenário brasileiro, em que os valores do KMO variaram de 0,84 a 0,92 (Bernardo, 2020).

Após a realização destas etapas e conferência dos resultados, efetivou-se, inicialmente, a AFE, utilizando-se do método DWLS (Lordelo *et al.*, 2018), sendo este o adequado para uso com instrumentos cujas escalas são categóricas ou ordinais, como é o caso do CBSEI.

Uma das mais significativas decisões a ser considerada durante a execução de AFE atribui-se ao número de fatores a serem retidos (Artes, 1998; Glorfeld, 1995). Uma extração indevida dificulta a interpretação dos resultados de maneira adequada (Hayton; Allen; Scarpello, 2004). Durante o processo de retenção fatorial em uma AFE, dois problemas principais podem ocorrer em relação ao número de fatores retidos, a maximização de fatores, que ocorre quando um número de fatores maior do que o apropriado é retido na análise. Isso pode levar à superestimação da complexidade do modelo e à identificação de construtos supérfluos, ou a minimização de fatores, que por outro lado, a minimização de fatores ocorre quando um número de fatores menor do que o conveniente é retido na análise (Patil *et al.*, 2008; Franklin *et al.*, 1995; Damásio, 2012).

Isso pode resultar na sub-representação da estrutura latente dos dados e na perda de informações importantes. A minimização de fatores pode levar a um modelo simplificado demais, que não captura adequadamente a complexidade dos dados. Isso pode resultar em uma explicação inadequada da variância observada nos dados e na omissão de construtos importantes. Portanto, é importante encontrar um equilíbrio adequado ao determinar o número de fatores a serem retidos na análise fatorial, considerando tanto a complexidade do modelo quanto a capacidade de explicar adequadamente a variância nos dados. O uso de critérios múltiplos e a interpretação cuidadosa dos resultados são essenciais para evitar esses problemas e obter conclusões robustas a partir da análise fatorial (Patil *et al.*, 2008; Franklin *et al.*, 1995; Damásio, 2012).

Vários procedimentos e critérios de retenção fatorial foram executados, dentre eles, o de *Kaiser-Guttman*, também conhecido como *eigenvalue* maior que um (1), um dos métodos mais comumente utilizados para determinar o número de fatores a serem retidos em uma análise fatorial. Esse critério sugere que se deve reter apenas os fatores cujos autovalores (*eigenvalues*)

são maiores que um (1). No entanto, é importante ressaltar que o critério de *Kaiser-Guttman* não é o único método disponível para determinar o número de fatores a serem retidos. Outros métodos, como o critério de *scree plot*, o teste paralelo de Horn e o critério de interpretabilidade teórica, também são utilizados para auxiliar na interpretação dos resultados da análise fatorial.

Cada método tem suas vantagens e limitações, e é recomendável considerar uma combinação de critérios ao decidir o número de fatores a serem retidos em uma análise fatorial. O critério de *Kaiser-Guttman*, no entanto, é amplamente utilizado e oferece uma abordagem relativamente simples e fácil de entender para determinar o número de fatores (Patil *et al.*, 2008; Damásio, 2012).

Os critérios de *Kaiser* identificaram no gráfico o número de dois fatores. Outro critério observado é o critério de *Cattell*, baseado no ponto do cotovelo do Gráfico de distribuição de variâncias, que indicou também dois fatores. O critério da *Parallel Analysis* (análise paralela), é o critério de Horn (1965), que indica o número de fatores a ser retido a partir de comparação entre o *eigenvalue*, proveniente da análise, e o *eigenvalue*, gerado por bancos de dados aleatórios. Este indicou dois fatores (Tabela 2).

A AFE recomendou, por meio dos autovalores iniciais dois fatores superiores a 1, os fatores iniciais do período expulsivo, conforme a versão original do CBSEI, em que o primeiro fator apresentou autovalor de 18.41, enquanto o segundo fator obteve 4.79, com variância total explicada de 72,5%. Assim, ao observar o *scree plot*, a linha reta começa a se formar a partir do número dois, e acima deste ponto somente dois fatores explicaram a maior variância da medida do CBSEI, como apresentado na Figura 2.

Na Tabela 7, constam a exposição dos itens, cargas fatoriais e comunalidade, sendo evidenciadas cargas fatoriais superiores às recomendações. Contudo, constataram-se comunalidades abaixo do desejado nos itens no fator 1: 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 46, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 59, 62 e no fator 2; o item 35. Ainda, foi retirado o item 32 que, apesar de exibir comunalidade superior ao recomendado, porém estava alocada em dois fatores da matriz rotacional. Neste sentido, excluíram-se 21 itens da escala.

Na sequência, ao observar os dados da Tabela 8, que apresenta os valores dos indicadores de ajuste da AFC para validação do instrumento, a partir da análise dos índices de *fit* do modelo de mensuração e da validade dos constructos apresentados, constatou-se que os valores de GFI, CFI, TLI, SRMR, RMSEA, AIC, BIC, χ^2 e *p* foram inferiores ao recomendado pela literatura (Shi, Maydeu- Olivares; Distefano, 2018; Bollen *et al.*, 2014; Revelle, 2018; Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015).

Ressalta-se que o valor de corte do RMSEA deve ser inferior a 0,08, para que se possa considerar em grandes populações bom ajuste do modelo (Shi, Maydeu- Olivares; Distefano, 2018). O BIC se trata de um modelo de informação por critério bayesiano. Bollen *et al.* (2014) afirmam que um valor de BIC maior que zero suporta o modelo saturado sobre o modelo hipotético, assim, este também se encontra inadequado. Finalmente, o parâmetro TLI, que indica o quão bem o modelo de fator reproduz a matriz de correlação, situou-se abaixo do critério de bom ajuste do modelo, para o qual são indicados valores próximos a um (Revelle, 2018), o que se assemelha com resultados de pesquisa realizada para busca da melhor definição de modelo fatorial, com melhor confiabilidade (Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015).

Entretanto, outros estudos corroboram os presentes achados desta tese, quando evidenciam que o CBSEI, na versão reduzida, apresenta confiabilidade satisfatória (Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015; Ip; Chan; Chein, 2007; Shahhosseini *et al.*, 2013); Tanglakmankhong; Perrin; Lowe, 2011) e ainda com a adequação da estrutura bifatorial (Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015).

Salienta-se que, mesmo não havendo indicadores de ajuste, as cargas fatoriais foram suficientes, assim como o Ômega de *McDonald* e o *Lambda* ao quadrado de *Guttman* (tabela 9), que indicam a fidedignidade do instrumento, com valores superiores a 0,90, bem acima do preconizado. Conclui-se, então, que se trata de um instrumento confiável para uso com as gestantes brasileiras, em razão da alta consistência interna.

Na Tailândia, realizaram-se estudos anteriores à construção da versão reduzida. A partir da análise dos estudos, observou-se que a consistência interna, medida pelo *alfa de Cronbach*, variou de 0,8 a 0,93, confirmando elevada consistência interna nas quatro subescalas. Contudo, as pesquisas prévias apresentaram a lacuna de construir a versão da CBSEI reduzida, por não haver divergência dentre os estágios do trabalho de parto.

Notaram-se divergências entre os pesquisadores em relação à análise da consistência interna de instrumentos. Uns consideraram prática vantajosa por utilizar um instrumento validado e testado com a população-alvo, sendo imprescindível apenas o processo de adaptação ao contexto que será aplicado. Desta forma, otimiza tempo e empenho para obtenção de instrumento confiável e válido para aferir aspectos característicos da população participante do estudo e proporciona a comparação dos resultados entre os grupos populacionais. Porém, outros argumentaram ser um processo desvantajoso, devido aos vieses que poderão acontecer dentre o transcorrer metodológico para adaptação do instrumento, principalmente se não apresentar rigor metodológico nessa etapa (Borsa; Damásio; Bandeira, 2012; Silva, 2019; Bernardo, 2020).

Durante a análise da estrutura interna do instrumento, averiguaram-se comunalidades dos itens, uma vez que os resultados obtidos para carga fatorial, correlação item-total e correlação policórica foram satisfatórios, sendo os itens em questão mantidos. Entretanto, a repetição dos itens nas quatro subescalas do instrumento CBSEI tem sido apontada como desnecessária, desta forma, reduzi-la é uma alternativa recomendada em algumas pesquisas. Nessa direção, Ip *et al.* (2008), Khorsandi *et al.* (2013) e Schmidt *et al.* (2015) destacaram que as gestantes não distinguiram os dois estágios do trabalho de parto, em virtude de percebê-los como processo contínuo e indissociável, e recomendaram a validação da versão reduzida do CBSEI para avaliar a autoeficácia da mulher gestante durante o trabalho de parto.

Anteriormente às etapas supracitadas, realizaram-se diversas tentativas de análises com resultados satisfatórios e com fundamentação teórica. Testaram-se alguns modelos fatoriais para confirmar a estrutura, sendo primeiramente o modelo com três fatores, conforme apontado pela AFE. Essa estrutura de três fatores alocou que o “fator 1” conta com os itens 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30 e 32; o “fator 2” com os itens 48, 50, 51, 53, 57, 58, 60, 61 e 62; e o “fator 3” tem os itens 12, 21, 28, 36, 43 e 59. Ao testar esta estrutura, verificou-se que ela apresentava variâncias negativas, não sendo, portanto, possível estimar o modelo.

Nova análise foi realizada, admitindo estrutura com dois fatores, contando com os mesmos itens apontados anteriormente, mas com alguns acréscimos. Assim, avaliou-se nova estrutura, retirando-se os itens que apresentavam maior variância residual e entendendo-se o segundo fator como fator de segunda ordem e relacionado ao fator um, obtendo-se indicadores de adequação da estrutura bifatorial para o CBSEI. Esta estrutura é composta pelos itens do “fator 1”: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 25, 27, 32, 33, 38, 39, 40, 42, e do “fator 2”: os itens 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, totalizando 32 itens. Observou-se nesta nova análise que os itens do fator um (1) também tinham, na composição, itens da escala dois (2). Diante disto, por não se encontrar explicação teórica, testou-se nova análise. Deste modo, decidiu-se considerar os testes de diferença de média para propor versão reduzida do CBSEI.

Evidências semelhantes foram identificadas, convergindo para estudo desenvolvido na China, ao concluir que as mulheres não conseguiam distinguir os estágios de parto (Ip *et al.*, 2005), e com mulheres tailandesas, na qual foi recomendada em pesquisas adicionais a redução da CBSEI em formato curto para abordar apenas o segundo estágio do trabalho de parto (período expulsivo), justificando que as mulheres não conseguiam distinguir as expectativas de resultados e autoeficácia no primeiro estágio de parto (período de dilatação) (Tanglakmankhong; Perrin; Lowe, 2011).

Um dos objetivos da análise fatorial é avaliar a dimensionalidade de um conjunto de indicadores para identificar o menor número de fatores indispensáveis para esclarecer o fenômeno em questão (Costa *et al.*, 2017). Desta forma, as análises fatoriais concretizadas geraram versão abreviada do CBSEI, composta por 10 itens, cuja validade de constructo e confiabilidade foram satisfatórias para mensurar a autoeficácia de gestantes no parto.

Na área da saúde, em especial na Enfermagem, estudiosos preferem adaptar instrumentos existentes, objetivando diminuir tempo e custeio. Portanto, o CBSEI foi submetido a um processo rigoroso de tradução e adaptação transcultural, seguindo várias etapas até obter o resultado final da versão brasileira. Contudo, até o momento não se dispunha de estudo dedicado à construção e validação dessa versão reduzida no Brasil, embora tenha sido recomendada na pesquisa desenvolvida por Bernardo (2020). Em outros cenários, pesquisas com esta finalidade foram conduzidas, em que traduziram e adaptaram o CBSEI para determinada realidade na forma curta (Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015; Ip; Chan; Chein, 2007; Shahhosseini *et al.*, 2013; Tanglakmankhong; Perrin; Lowe, 2011).

Ao realizar levantamento de estudos que construíram e validaram a versão reduzida do CBSEI em outros idiomas, contextos e culturas, percebeu-se que existem poucas versões curtas disponíveis, mesmo com a recomendação de criação em pesquisas prévias. Os países que passaram por esse processo foram Grécia (Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015), China (Ip; Chan; Chein, 2007), Irã (Shahhosseini *et al.*, 2013) e Tailândia (Tanglakmankhong; Perrin; Lowe, 2011). O CBSEI, no formato reduzido e em populações distintas, apresentou-se como instrumento válido e confiável, cuja aplicação ocorreu em diferentes contextos, com destaque na pesquisa e saúde pública dos locais que disponibilizam este recurso (Ip; Chan; Chein, 2005; Gourounti; Kouklaki; Lykeridou, 2015).

Ante a evidência de indisponibilidade da versão reduzida do CBSEI, traduzida e adaptada transculturalmente para o contexto brasileiro por Bernardo (2022) e da inexistência de outros estudos relacionados à autoeficácia de mulheres em lidar com o trabalho de parto e parto, esta tese teve como objetivo central verificar as evidências de validade da versão brasileira da *Childbirth Self-Efficacy Inventory* em mulheres gestantes de um município paraibano e, como um dos desfechos, propor a versão reduzida do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* para o contexto brasileiro, baseada nas evidências de validade da estrutura interna. Ressalta-se a recomendação de Bernardo (2022) que, em pesquisas futuras, fossem verificadas a validade e confiabilidade do CBSEI adaptado e traduzido no Brasil, na forma curta.

8.3 Versão reduzida do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* para o contexto brasileiro, baseada nas evidências de validade da estrutura interna

Inicialmente, os testes de KMO e de Esfericidade de *Bartlett* revelaram resultados satisfatórios quanto ao tamanho amostral e à adequação da matriz de correlações/covariâncias (Tabela 10). A partir da análise da adequação dos itens, não foi recomendado que nenhum item fosse excluído do instrumento para as análises posteriores.

Posteriormente, realizou-se AFE no *Software* JASP, utilizando-se do método DWLS, gerando um gráfico, que pode ser visto na Figura 3, e os resultados recomendaram apenas um fator superior a 1. Desta forma, esta tese assegura a unidimensionalidade do constructo, negando a afirmativa de dois fatores no CBSEI do período expulsivo, na percepção de mulheres gestantes. O fator apresentou autovalor de 5.674, com variância total explicada de 56,7%.

Ao observar o *scree plot* (Figura 3), notou-se que somente um fator foi capaz de explicar maior variância da medida do CBSEI, considerando, assim, estrutura unifatorial. Na análise dos itens, das cargas fatoriais e comunalidade (Tabela 11), comprovou-se carga fatorial superior ao recomendado, bem como valores de comunalidade, garantindo, assim, a manutenção dos itens no instrumento.

Testou-se o modelo unidimensional, sendo possível estimar que todos os itens eram estatisticamente significantes (Tabela 12). Sequencialmente, verificaram-se os índices de *fit* do modelo de mensuração e a validade dos constructos apresentados, em que se constataram os valores de GFI, CFI, TLI, SRMR, AIC, BIC, χ^2 e *p* que atingiram os valores preconizados pela literatura, usando o estimador DWLS. Desta forma, de acordo com os resultados apresentados na Tabela 13, é visível que os indicadores de ajuste estavam em conformidade com o preconizado, indicando a confirmação da estrutura do CBSEI, expressa na Figura 4, diagrama de caminhos.

A partir dos indicadores de ajuste aceitáveis para estrutura fatorial exploratória, identificou-se a fidedignidade do instrumento, mediante os resultados da confiabilidade pelo Alfa de *Cronbach*, o Ômega de *McDonald* e o Lambda ao quadrado de *Guttman*. Desta forma, a estrutura reduzida do CBSEI (composta por 10 itens) exibiu itens com comunalidade superior ao preconizado, sem carga fatorial inversa e com medidas de análise fatorial exploratória, conforme o recomendado.

Esses achados são convergentes com resultados de estudo que utilizou a versão do CBSEI tailandês e apresentou consistência interna também medida pelo Alfa de *Cronbach*, que variou de 0,8 a 0,93, demonstrando forte consistência interna. Em decorrência de resultados de

pesquisas prévias, indicou-se a necessidade de desenvolver versão curta do instrumento, por evidenciar que não existe diferenciação entre o período ativo e o período expulsivo do trabalho de parto. O entendimento é que as gestantes tailandesas reconheceram o processo do trabalho de parto e parto como único e contínuo, sem diferenciação entre as fases, acreditando, assim, como único momento, e a referência seria o nascimento da criança (Tanglakmankhong; Nancy; Perrin; Lowe, 2010).

É compreensível que a percepção de autoeficácia das gestantes seja similar para o período ativo do trabalho de parto e o expulsivo. Entretanto, como demonstra resultados anteriormente, quando se trata da divisão a partir da mediana, a maior parte das gestantes pontuou acima da mediana, apresentando boa percepção de autoeficácia. Esses dados podem evidenciar desconhecimento acerca dos sinais de trabalho de parto e das alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas que ocorrem com as mulheres no processo parturitivo.

Esse estudo demonstra a unidimensionalidade do constructo, o que vai de encontro com achados da pesquisa inicial de Lowe que identificou apenas um fator (Lowe, 1993), e divergente dos resultados que evidenciam que o CBSEI possui mais de uma dimensão (Bernardo, 2020; Prata *et al.*, 2016; Gourount *et al.*, 2015; Carlsson; Ziegert; Nissen, 2014; Cunqueiro; Comeche; Docampo, 2009; Drummond; Rickwood, 1997).

Lowe (1993) evidenciou que a dificuldade de esclarecer uma gestante quando precisamente ela estará vivenciando o trabalho de parto, a durabilidade e o que ela vivenciará durante esse período, ainda, é permeada por dúvidas. Salienta-se que se pode intensificar o medo, gerar incertezas quanto à habilidade em lidar com o trabalho de parto e acerca do progresso trabalho de parto e parto, além de reduzir a autoeficácia.

Em concordância com os resultados da aplicação do CBSEI, na Tailândia, constatou-se que quanto menor a autoeficácia de gestantes para o parto, maior é o medo da mulher em vivenciar o processo de trabalho de parto e parto (Tanglakmankhong; Perrin; Lowe, 2011). Feng (2021), ainda, traz que o medo intenso do parto pode reduzir o nível de autoeficácia no parto, o que leva as gestantes a optarem pela cesariana para interromper a gravidez.

Estudos nacionais acerca do conhecimento das gestantes sobre os sinais de trabalho de parto, evidenciam semelhanças em resultados, ao evidenciar despreparo das gestantes para identificar os sinais de trabalho de parto e para o enfrentamento das modificações que ocorreram fisiologicamente neste período. Diante disso, as gestantes estão propensas a inseguranças, medos e ansiedade, podendo os sintomas reduzirem a autoeficácia para o parto (Aguiar *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021; Pereira; Silva; Missio, 2022).

Frente a essas evidências, ressalta-se a importância de ações educativas para potencializar o conhecimento das gestantes acerca das distintas fases do trabalho de parto e percepção das alterações que ocorrem nesta fase. Essas ações auxiliam as crenças pessoais no sucesso do trabalho de parto e no enfrentamento das adversidades que surgem durante esse processo, influenciando, assim, diretamente na autoeficácia no trabalho de parto. Deste modo, as ações educativas individuais e/ou coletivas são imperativas no cuidado em saúde para auxiliar as mulheres em fase tão especial, na satisfação com a experiência de parto e elevação da autoeficácia, para que o processo de parir transcorra naturalmente.

Destoante ao que se espera em termos de práticas de educação em saúde na atualidade, resultados de pesquisa, ainda no século passado, expressaram que, para apenas 11,3% (n=35) das mulheres participantes do estudo, foi ofertada alguma informação sobre a preparação para o parto (Walker; Erdman, 1984). Esse resultado evidencia percentuais baixos, quando comparados a estudos que aplicaram o CBSEI em outros países (Ip; Chan; Chein, 2007; Shahhosseini *et al.*, 2013).

Como indicação de estratégia exitosa utilizada ainda no século passado, citam-se as aulas de preparação para o parto, no decorrer do acompanhamento do pré-natal, com a magnitude de preparar as gestantes para o trabalho de parto e parto, elevando a confiança delas e diminuindo o estresse em relação à experiência do parto, influenciando positivamente a autoeficácia das mulheres frente ao processo de trabalho de parto (Crowe; Von Bayer, 1989).

Estudo desenvolvido em 20 unidades de saúde da Atenção Primária de Ribeirão Preto, entre os anos de 2015 e 2016, com 1.210 mulheres, avaliou a utilização de um programa de comunicação, em que as gestantes participantes recebiam quatro mensagens de texto curtas por semana, ao longo da gravidez até o período de pós-parto imediato, com objetivo de prepará-las para o parto. No grupo controle, que consistiu em gestantes que estavam sendo acompanhadas no transcorrer do pré-natal, com a assistência tradicional, 47,1% (n=184) relataram estarem preparadas para a experiência de parto, ao mesmo tempo que, no grupo que foi submetido à intervenção, 59,5% (n=69) tinham essa mesma compreensão.

Assim, é possível apreender que participar de cursos preparatórios para gestante ou momentos que proporcionem novas informações aumenta o conhecimento de mulheres grávidas no preparo para o parto e, conseqüentemente, influencia na percepção de que o acompanhamento do pré-natal contribui para que essas vivenciem experiência de parto positiva. Observaram-se, também, efeitos positivos na implantação das boas práticas do parto, como o contato pele a pele e o estímulo ao aleitamento materno ainda no local de parto (Franzon *et al.*, 2020).

Em estudo desenvolvido por Andrade *et al.* (2019), com 167 gestantes no último trimestre de gestação, foi utilizado vídeo educativo, com intuito de analisar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres grávidas para o parto. Concluiu-se que o grupo exposto à intervenção exibiu elevada acomodação em conhecimento, atitude e prática, com resultados significativos em toda análise. Já as grávidas que compuseram o grupo controle e tiveram o acompanhamento convencional do pré-natal apresentaram conhecimento insuficiente quanto ao uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, quanto ao parto verticalizado e uso de tecnologias/artefatos, como a bola suíça e o cavalinho, no percurso do trabalho de parto.

Pondera-se que, durante o acompanhamento do pré-natal, o conhecimento sobre os principais sinais de trabalho de parto, aspectos do parto, métodos não farmacológicos para alívio da dor, amamentação e puerpério não é ampliado, perde-se a ocasião de ofertar confiança e conhecimento e contribuir com a autoeficácia das gestantes.

Dessa forma, compreende-se a importância em adotar estratégias educativas que sejam condizentes para cada temática trabalhada no transcorrer do acompanhamento do pré-natal, que favoreçam a aquisição de conhecimentos pelas gestantes. Eventualmente, o profissional que assiste essa mulher no acompanhamento pode não ter contato satisfatório em virtude do que é estabelecido em números de consultas ou por padrões de consulta com aspectos técnicos e pouca predominância de ações educativas. Nessas circunstâncias, as tecnologias de caráter educativo, como os cursos preparatórios para gestantes, podem contribuir para condução de pré-natal de qualidade e estimular as mulheres grávidas na busca do conhecimento.

A disponibilização da versão abreviada e válida do CBSEI é uma ferramenta útil, que pode auxiliar na identificação gestantes que precisarão de intervenção educacional para promoção do conhecimento e, conseqüentemente, para favorecer a aquisição de habilidades e o incremento da capacidade de enfrentar o processo de trabalho de parto e ter experiência positiva de parto.

Na assistência, em especial na área de Enfermagem, o uso do CBSEI permite a avaliação dos fatores envolvidos na autoeficácia da gestante frente à experiência de parto e propicia o conhecimento dos fatores que podem ser fortalecidos e/ou estimulados na prática cotidiana.

A aplicação desse instrumento, durante o acompanhamento do pré-natal, tem o potencial de favorecer melhor direcionamento das ações e estratégias para a gestão do cuidado em todos os níveis de atenção, além de beneficiar a construção de um plano de cuidados acessível, em que todas as ações seriam pactuadas com a mulher, o que consente à corresponsabilização de todos com a melhoria dos níveis de autoeficácia, de modo a propiciar a manutenção do cuidado.

9.CONCLUSÃO

9.CONCLUSÃO

O estudo alcançou o objetivo proposto de analisar as evidências de validade do processo de resposta e da estrutura interna da versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*, em mulheres gestantes de um município paraibano. Os resultados confirmaram a hipótese de que a versão brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory*® apresenta estrutura interna e é confiável para mensuração da autoeficácia de gestantes frente à experiência de parto, no contexto paraibano.

A análise fatorial exploratória demonstrou o instrumento na versão reduzida, confirmando estrutura fatorial composta por um fator e dez itens, com variância total explicada de 56,7%. A análise da CBSEI expôs índices adequados de confiabilidade e ajuste para os itens, indicando que as estimativas alcançadas neste estudo tendem a ser replicadas em outras pesquisas.

De forma geral, a avaliação das propriedades psicométricas demonstrou que o CBSEI sustentou as características da versão original, evidenciando a força dos resultados e a habilidade de medir satisfatoriamente a autoeficácia de gestantes frente à experiência de parto. As gestantes apresentaram autoeficácia similar no período ativo do trabalho de parto e expulsivo, além de exibirem boa percepção de autoeficácia. Desta forma, é de suma importância que sejam intensificadas as ações educativas em saúde durante o percurso do acompanhamento do pré-natal, potencializando o conhecimento das mulheres acerca das diferentes fases do trabalho de parto e percepção das alterações que ocorrem neste percurso.

O estudo atual desempenha papel crucial, ao preencher lacuna identificada nos resultados de tese anterior, uma vez que aborda a autoeficácia da gestante e destaca a perspectiva na avaliação das práticas obstétricas. Enquanto a tese original se concentrou na avaliação das competências dos enfermeiros, a partir da autoavaliação deles, o estudo atual direciona o foco para a experiência das puérperas, proporcionando visão mais abrangente e aberta das práticas obstétricas. Ao considerar a importância da satisfação das gestantes e a relação direta entre o desempenho dos enfermeiros e a experiência do parto, a perspectiva centrada na gestante contribui para compreensão mais completa e holística das práticas em obstetrícia, preenchendo lacuna significativa na pesquisa anterior.

Assim, o presente estudo se correlaciona com as novas práticas dos modelos de enfermagem obstétrica, uma vez que a ênfase na melhoria da experiência da parturiente,

evidenciada pelos dados das tabelas, é um princípio central em modelos obstétricos baseados em evidências, que influenciam as práticas assistenciais, incentivando cuidado centrado na parturiente, de modo a proporcionar experiência positiva de parto. Portanto, embora os dados não se refiram diretamente às práticas dos modelos de enfermagem obstétrica, podem influenciar substancialmente a forma como as enfermeiras obstétricas abordam o cuidado e o apoio às parturientes, promovendo abordagens mais personalizadas e centradas na paciente.

A validade de constructo se fortalece à medida que o instrumento é utilizado pelos pesquisadores, portanto, sugere-se a aplicação dessa versão em novas amostras de gestantes, a fim de que as propriedades psicométricas sejam avaliadas e possíveis fragilidades corrigidas, assim como a versão reduzida necessita ser testada para se ter a garantia de que consegue mensurar de forma eficaz a autoeficácia. Em estudos posteriores, recomenda-se a utilização de amostras maiores e mais diversificadas, compostas por participantes das diferentes regiões do Brasil.

Semelhante ao estudo prévio de validação e adaptação transcultural do CBSEI para o contexto brasileiro, esta pesquisa apresenta limitações, como o uso de escala de *Likert* de dez pontos que pode ter sido empecilho para avaliação precisa da autoeficácia, em função da dificuldade de diferenciação da resposta mais adequada para cada item, originando viés de sub ou superestimação. Por fim, a disponibilidade de tempo para a obtenção dos dados foi evidenciada como um desafio importante, tendo em vista a necessidade de acessar um número expressivo de gestantes em um curto espaço de tempo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABUJILBAN, S.; SINCLAIR, M.; KERNOHAN, W. G. The Translation of the Childbirth Self-Efficacy Inventory into Arabic. **Evidence Based Midwifery**, 10, 45-49, 2012.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Rio de Janeiro: ANS: **Parto Adequado**. 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>
- AGUIAR, L. C.; SILVA, M. L. C; OLIVEIRA, V.S; AGUIAR, J. R.R; DOURADO, L. K.M. Perfil das gestantes e conteúdo das orientações sobre os sinais de trabalho de parto recebidas no pré-natal. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 48–60, 2020. DOI: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID21285. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21285>.
- AKADRI, A.A *et al.* Labour pain perception: experiences of nigerian mothers. **Pan African Medical Journal**, [S.L.], v. 30, p. 288-300, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2018.30.288.16672>.
- ALHAFEZ, L *et al.* Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). **American Journal Of Obstetrics & Gynecology Mfm**, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 185-195, nov. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100185>.
- ALVES, A. C. O. A importância do enfermeiro obstetra para o nascer natural: vivência de estudante de enfermagem no resgate de uma gestante do parto cesáreo para o natural. **Brazilian Journal of Development**, v.8, n.10, p. 66170–66181, 2022. DOI:<https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-090>
- ANDERSON, D.A; GILKISON, G.M. O custo do parto domiciliar nos Estados Unidos The Cost of Home Birth in the United States. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 18, n. 19, p. 10361-10369, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph181910361>.
- ANTHONY, M. Enfermagem agora. **Home Healthcare Now** , v. 1, p. 7–8, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/nhh.0000000000000756>.
- AZZI, R. G. **Introdução à Teoria Social Cognitiva**. 2. ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2021.
- BALJON, K. J *et al.* Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial. **Bmj Open**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 033844-033855, jun. 2020. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033844>.
- BARBOSA, Luara de Carvalho *et al.* Childbirth experience of women in a maternity hospital signatory of the Adequate Childbirth Project: mixed study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, n. 8, p. 1-21, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200262>.

BARTLETT, M. S. A note of the multiplying factors for various chi square approximations. **J R Stat Soc Series B Stat Methodol**, v. 16, n. 1, p. 296-8, 1954. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2984057?seq=1>.

BANDURA, A. The psychology of chance encounters and life paths. **American Psychologist**, v.37, p.747- 755, 1982.

BANDURA, A; AZZI, R. G; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANDURA, A. The evolution of social cognitive theory. In: SMITH, K. G.; HITT, M. A. **Great Minds in Management**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

BANDURA, A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Prentice Hall, **Englewood Cliffs** NJ, 617 pps, 1986.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev**, v.84, n.2, p.191-215, Mar. 1997.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behaviour*. Washington, v. 31, n.2, p. 143–164, 2004.

BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. **Am Psychol**. Washington, v. 44, n.9, p.1175–1184, 1989.

BEATON, J; GUPTON, A. Childbirth expectations: a qualitative analysis. **Midwifery**. v.6, p.133-139, 1990.

BENTON, D.C. *et al*. Evidence-based policy: nursing now and the importance of research synthesis. **International Nursing Review**, [S.L.], v. 67, n. 1, p. 52-60, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12572>.

BERNARDO, E.B.R. Tradução, adaptação transcultural e validação do *Childbirth Self-efficacy Inventory* para uso no Brasil. **Tese de Doutorado**, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2020.

BERNARDO, E. B. R; CATUNDA, H.L.O; OLIVEIRA, M.F; LESSA, P.R.A; RIBEIRO, S.G; PINHEIRO, A.K.B. Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm**. v. 66, n. 4, p. 592-598, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400019>

BEZERRA, T. A. Adaptação transcultural do instrumento de evaluación de la experiencia del paciente crónico para o português do brasil em pacientes com doença renal crônica. **Tese de Doutorado**, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2020.

BOLLEN, K. A; HARDEN, J.J; RAY, S; ZAVISCA, J. BIC and alternative Bayesian information criteria in the selection of structural equation models. **Structural equation modeling: a multidisciplinary journal**, v. 21, n. 1, p. 1-19, 2014.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo - seção 1, p. 47-8. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 7.498/86**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União, seção 1, p. 4. Brasília, Distrito Federal; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, 2016.
Disponível:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: Relatório de recomendação. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRUGGEMANN, O.M. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**. v.30 (Suppl 1), 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>

BYRNE, J.; HAUCK, Y.; FISHER, C.; BAYES, S.; SCHUTZE, R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. **J. Midwifery Women's Health**, New York, v.59, n.2, p.192-197, 2014.

CAO, H *et al.* Origins and development of maternal self-efficacy in emotion-related parenting during the transition to parenthood: toward an integrative process framework beyond bandura's model.. **Psychological Review**, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 3-9, 4 jul. 2022. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/rev0000382>.

CARLSSON, I. M.; ZIEGERT, K.; NISSEN, E. Psychometric properties of the Swedish childbirth self-efficacy inventory (Swe-CBSEI). **BMC Pregnancy and Childbirth**, London n.14, v. 1, p. 1-11, 2015.

CARUSO, R; PITTELLA, F; ZAGHINI, F; FIDA, R; SILI, A. Development and validation of the Nursing Profession SelfEfficacy Scale. **Int Nurs Rev**, v. 63, n. 3, p. 455-64, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12291>.

COBURN, J; DOERING, J.J Deciding on Home Birth. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 289-299, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2021.01.001>.

COELHO, G. D. P; AYRES, L. F. A; BARRETO, D. S; HENRIQUES, B. D; PRADO, M. R. M. C. PASSOS, C. M.Acquisition of microbiota according to the type of birth: an integrative review. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**. v.29, e3446, 2021.

COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. **Educational and Psychological Measurement**, v. 20, p. 37-46, 1960.

COHEN, J. Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. **Psychological Bulletin**, v. 70, p. 213-220, 1968.

CONITEC, Comissão Nacional de Corporação de Tecnologia No SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: Relatório de recomendação. Brasília: [s.n.], 2016. 19 p

COSTA, J. A; SILVEIRA, J.A; GONÇALVES, S.J.C; SOUZA, M.C.A. Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. **Revista de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 28-33, 2022. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/2993>
<https://doi.org/10.21727/rs.v13i1.2993>

COSTA, T. F. et al. Cross-cultural adaptation of the Bakas Caregiving Outcome Scale to Brazilian Portuguese. **Acta Paul Enferm**, v. 34, p. eAPE01861, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO01861>.

COURTNEY, M; GORDON, R. Determining the Number of Factors to Retain in EFA: Using the SPSS R-Menu v2 0 to Make More Judicious Estimations. **Practical Assessment, Research, and Evaluation**, v. 18, n. 1, p. 8, 2013.

CROWE, K; VON BAEYER, C. Predictors of a positive childbirth experience. **Birth**, v.16, p.59-63, 1989.

CUNQUEIRO, M. J.; COMECHE, M. I.; DOCAMPO, D. Childbirth self-efficacy inventory: psychometric testing of the spanish version. **J Adv Nurs.**, Oxford, n. 65, v. 12, p. 2710–2718. 2009.

CURSINO, T. P *et al.* Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1433-1444, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>.

DAMÁSIO, B. F. Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação da invariância de instrumentos psicométricos. **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 211-10, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>. Acesso em: 04 jul. 2020.

DEVANE, D *et al.* Identifying and prioritising midwifery care process metrics and indicators: a delphi survey and stakeholder consensus process. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 1-12, 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2346-z>.

DUNN, S; SEAKER, R; WALLER M. Latent Variables in Business Logistic Research: Scale Development and Validation. **Journal of Business Logistics**, v.15, n.2, 1994.

DRUMMOND, J.; RICKWOOD, D. Childbirth confidence: validating the childbirth selfefficacy inventory (CBSEI) in an australian sample. **J Adv Nurs**. Oxford, n. 26, v. 3, p. 613–622, 1997.

DWIARINI, Muafiqoh *et al.* Relationship between fear of childbirth, self-efficacy, and length of labor among nulliparous women in Indonesia. **Midwifery**, [S.L.], v. 105, p. 103203-103213, fev. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2021.103203>.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - Part II. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. e20170311, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>.

FERRETTI-REBUSTINI, R. E. L. Psychometrics: Applications in Nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.31:e3993, 2023 [cited 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3993>

FERREIRA, C.F.S; GONÇALVES, L.X.R; OLIVEIRA, M.S.S.; LIRA, P.F.; PEREIRA, D.C.R.; LOPES DA SILVA, C.R. Percepção da mulher quanto a assistência na forma de parir. **Revista Saúde Coletiva**, v. 11, n.68, 2021. Doi: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7473-7482>.

FORNELL, C; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, v.18, n.1, p. 39–50, 1981. DOI: <https://doi.org/10.2307/3151312>

FRANZON, A. C. A. *et al.* Estratégia de comunicação e informação em saúde e a percepção de sentir-se preparada para o parto: ensaio aleatorizado por conglomerados (PRENACEL). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p.111-118, 2019.

FREITAS, C. P. P.; DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H. Escala de Autoeficácia Ocupacional em Intervenções com Populações Vulneráveis. **Psicol Teor Pesqui**, v, 32, n. 4, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324224>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre o parto e nascimento**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; Escola Nacional de Saúde Pública. 2015.

GALANAKI, E; MALAFANTIS, KD. Albert Bandura's experiments on aggression modeling in children: a psychoanalytic critique. **Frontiers In Psychology**, [S.L.], v. 13, n. 8, p. 327-345, 25 nov. 2022. Frontiers Media SA. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.988877>.

GODDARD, A *et al.* Trauma-informed care for the pediatric nurse. **Journal Of Pediatric Nursing**, [S.L.], v. 62, p. 1-9, jan. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>.

GOEMAES, R *et al.* Advanced midwifery practice: an evolutionary concept analysis. **Midwifery**, [S.L.], v. 42, p. 29-37, nov. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.004>.

GOUROUNTI, K; KOUKLAKI, E; LYKERIDOU, K. Childbirth efficacy: Validating the childbirth self-efficacy inventory in a Greek sample of pregnant women. **Midwifery**.v.31, n.7, p:742-9, 2015. Doi: 10.1016/j.midw.2015.03.013.

GLORFELD, L.W. Uma melhoria na metodologia de análise paralela de Horn para selecionar o número correto de fatores a serem retidos. **Medição educacional e psicológica**, v.55, n.3, p.377–393, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013164495055003002>

GRINSPUN, D *et al.* Nursing crisis: challenges and opportunities for our profession after covid :19. **International Journal Of Nursing Practice**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-7, jun. 2022. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.13075>.

HAYTON, J. C; ALLEN, D. G; SCARPELLO, V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: A Tutorial on Parallel Analysis. **Organizational Research Methods**. v.7, n.2, p.191–205, 2004. DOI:<https://doi.org/10.1177/1094428104263675>

HAIR Jr., J.F. et al. *Análise Multivariada de Dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

HAIR, J. F.; TATHAM, R. L.; ANDERSON, R. E.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados**. Tradução de Adonai Schlup Sant’Anna; Anselmo Chaves Neto. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HEIDARI, Khadijeh *et al.* The relationship between attitude and self-efficacy of labor support with supportive behaviors from the perspective of midwives. **Bmc Nursing**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 23-31, 7 fev. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-023-01197-w>.

HUDON, É *et al.* The Prenatal Primary Nursing Care Experience of Pregnant Women in Contexts of Vulnerability. **Advances In Nursing Science**, [S.L.], v. 45, n. 3, p. 274-290, 8 abr. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ans.0000000000000419>.

IP, WY.; CHAN, D.; CHIEN, W. T. Chinese version of the childbirth self-efficacy inventory. **J Adv Nurs**. Oxford, n. 51, p.6, p. 625–633, 2005

JACOB, T.N.O; RODRIGUES, D.P; ALVES, V.H; FERREIRA, E.S; CARNEIRO, M.S; PENNA, L.H.G; BONAZZI, V.C.A.M. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v.26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0105>

KENKEL, W *et al.* Birth signalling hormones and the developmental consequences of caesarean delivery. **Journal Of Neuroendocrinology**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 23-38, 3 nov. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jne.12912>.

KHORSANDI, M. et al. Iranian version of childbirth selfefficacy inventory. *J Clin Nurs*. Oxford, v.17, n.21, p.2846–55, 2008.

KHORSANDI M, ASGHARI JAFARABADI M, JAHANI F, RAFIEI M. Cultural adaptation and psychometric testing of the short form of Iranian childbirth self efficacy inventory. **Iran Red Crescent Med J**. v.15, n.11, e11741, 2013. doi: 10.5812/ircmj.11741.

KITZINGER, S. **A experiência de dar à luz**. Instituto Piaget, Lisboa, 1995.

KORTEKAAS, J. C. *et al.* Management of late-term pregnancy in midwifery- and obstetrician-led care. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 327-345, 22 maio 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2294-7>.

LAMBERT, L. K. et al. Patient-reported factors associated with adherence to adjuvant endocrine therapy after breast cancer: na integrative review. **Breast Cancer**

Res Treat, v. 167, p. 615-33, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4561-5>.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEAL, M.C; SZWARCOWALD, C.L; ALMEIDA, P.V.B. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.6, p.1915-1928,2018.

LEITE, A. C; SILVA, M. P. B; ALVES, R. S. S; SILVA, M. L; BARBOSA, F. N; RIBEIRO, R. N. Contribuições da assistência de enfermagem no centro de parto normal para atenção obstétrica e neonatal. **Research, Society and Development**. v.9, n.12, e40091211101, 2020.

LOWE, N. K. Maternal confidence for labour: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. **Research in Nursing and Health**, New York, v.16, p. 141-149. 1993.

LOWE, N.K. Critical predictors of sensory and affective pain during four phases of labor. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v.12, p. 193-208, 1991.

LOWE, N.K. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth SelfEfficacy Inventory. *Research in Nursing and Health*, 16:141-149. Lowe, N.K. 2000. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v.21, p.219-224, 2000.

MAIA, K. *et al.* Effectiveness of educational interventions with pregnant women on the level of knowledge about breastfeeding. **Rev. bras. promoç. Saúde**, Fortaleza, v.32, p.1- 9, mar/2019.

MALDONADO, M.T. 2002. *Psicologia da gravidez*, 16ª edição. Saraiva, São Paulo.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

MASON, D. J. *et al.* International Council of Nurses' Global Nursing Leadership Institute: responding to the pandemic. **International Nursing Review**, [S.L.], v. 68, n. 4, p. 563-570, 9 nov. 2021. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12726>.

MATOS, D. A. S.; RODRIGUES, E. C. **Análise Fatorial**. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4790/1/Livro%20An%C3%A1lise%20Fatorial.pdf>.

MERCER, R.T; HACKLEY, K.C; BOSTROM, A.G. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. **Nursing Research**, v.32, p.202-207, 1983.

MERCIER, R. J. *et al.* Physician and Nurse Perceptions of Gentle Cesarean Birth. **McN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 97-104, mar. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nmc.0000000000000404>.

MENDHI, M. M. *et al.* Self-efficacy measurement instrument for neonatal resuscitation training: na integrative review. **Nurse Educ Pract**, v. 43, p. 102710, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102710>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MINTER, A; PRITZKER, S. Measuring adolescent social and academic self-efficacy: cross-ethnic validity of the SEQ-C. **Soc Work Res**, v. 27, n. 7, p. 818-26, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1049731515615677>.

MEKHOA, T. M. *et al.* Knowledge, attitudes and practices of nurses regarding maternal nutrition in pregnant women at a large hospital and filter clinics, Lesotho. **Health Sa Gesondheid**, [S.L.], v. 27, p. 1-6, 14 fev. 2022. AOSIS. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1768>.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 1, 310-321, 2018.

MORGUETI, A. C. S; MIRANDA, L. L; ZANI, A. V; FERRARI, R. A. P, SOUZA, S. R. K; BERNARDY, C. C. F. Parto vaginal após cesárea: percepções da mulher. **Research, Society and Development**. v.11, n.12, e353111234740, 2022.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.415-432. 2017.

NEVES, R. G. *et al.* Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p.e-2019019, 2020.

OLIVEIRA, S. F. Avaliação do programa saúde da família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de Saúde e da População assistida. **Dissertação** (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba, 174p, 2006. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/ppgp/images/pdf/dissertacoes/suenny_2006.pdf.

OLIVEIRA, A. P. C *et al.* The Current State of Obstetric Nursing in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 29, n. 8, p. 1-25, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3510>.

OLSEN, O *et al.* Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], v. 2023, n. 3, p. 8-20, 8 mar. 2023. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000352.pub3>

OMS. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS; Confederação Internacional de Parteiros; **Organização Mundial de Saúde**. A situação da obstetrícia mundial [Internet] Nova York, NY: UNPF; 2021.

ORIÁ, M.O.B. Tradução, adaptação e validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*: aplicação em gestantes. **Tese** (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. 2008.

PACE, C. A *et al.* Midwife experiences of providing continuity of carer: a qualitative systematic review. **Women And Birth**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 221-232, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.005>.

PAGE, K *et al.* Improving Nurse Self-Efficacy and Increasing Continuous Labor Support With the Promoting Comfort in Labor Safety Bundle. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 316-327, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2021.01.006>.

PASQUALI, L. Escalas psicométricas. In: PASQUALI, L. & COLS. Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, p. 116-35. 2010.

PEREIRA, W.R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Pesquisa • Texto contexto - enferm.** v.13, n.3, 2004 • doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300008>

PERRIMAN, N; DAVIS, D.L; FERGUSON, S. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with meta-synthesis. **Midwifery**, [S.L.], v. 62, p. 220-229, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>.

PIMENTA, L.F *et al.* A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. **J. res.: fundam. care.** v.6, n.3, p.987-997988, 2014. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p987

PONTES, A. F; SARMENTO, B. C; MOURA, A. C. Q; TAVARES, C. M; LEUTHIER, K; ALBUQUERQUE, M. L; SANTOS, J. A. V; GOMES JÚNIOR, A; BANDEIRA, I. M; ANDRADE, A.R. L. Improvement of the quality of the care at birth by the obstetric nurse and the use of the partogram. **Research, Society and Development.** v. 11, n. 7, p. e44411730165, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30165.

PRATA, A. P. *et al.* Tradução, adaptação e validação do Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) para o idioma e cultura portuguesa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.15, p.9-16. 2016

PRATA, A.P; SANTOS, C; REIS SANTOS, M.F. Autoeficácia e experiência de parto. Referência, **Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde.** II Série, 10, Suplemento Livro de Actas e Comunicações: Referência, pp. 235, 2009.

RAHIMPARVAR, S. F. V. *et al.* Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: a randomized controlled trial. **Arch Gynecol Obstet**, Munchen, vol. 286, p. 63–70, 2012.

RANTALA, A *et al.* Women's perceptions of the pain assessment and non-pharmacological pain relief methods used during labor: a cross-sectional survey. **European Journal Of Midwifery**, [S.L.], v. 6, p. 1-10, 2022.DOI: <http://dx.doi.org/10.18332/ejm/146136>.

- RASBACH, L; JENKINS, C; LAFFEL, L. Na integrative review of self-efficacy measurement instruments in youth with type 1 diabetes. **Diabetes Educ**, v. 41, n. 1, p. 43-58, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145721714550254>.
- REICHENHEIM, M.E; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev. Saúde Pública** v.41, n. 4,2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>
- RENFREW, M. J *et al.* Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. **Midwifery**, [S.L.], v. 88, p. 102759-102768, set. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>.
- REVELLE, W. Exploratory factor analysis using MinRes (minimum residual) as well as EFA by principal axis, weighted least squares or maximum likelihood. 2018.
- RODRÍGUEZ-GARRIDO, P *et al.* Exploring social and health care representations about home birth: an integrative literature review. **Public Health Nursing**, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 422-438, 26 mar. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12724>.
- SALVETTI, M.G; PIMENTA, C.A; LAGE, L.M. Autoeficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.34, p.111-117, 2007.
- SAMEJIMA, F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometrika monograph supplement**, 1969.
- SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizando o tamanho da amostra ao usar a análise fatorial exploratória para medição. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v.10, n. 2, p. 135-154, 2002.
- SARONGA, N *et al.* Nutrition services offered to pregnant women attending antenatal clinics in Dar es Salaam, Tanzania: a qualitative study. **Midwifery**, [S.L.], v. 89, p. 102783-102793, out. 2020. Elsevier BV. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102783>
- SCANLON, A *et al.* Alignment of the International Council of Nurses Advanced Practice Nursing Guideline Characteristics With Conceptual Frameworks: a scoping review. **Research And Theory For Nursing Practice**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 101-128, 2023. Springer Publishing Company. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/rtnp-2022-0007>.
- SCAVONE, L. Impacto das tecnologias médicas na Família. **Saúde em Debate**. n.40, p.48-73, 1993.
- SCHMIDT, G. et al. German Version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory and its Short Form. **Geburtshilfe Neonatol.**, Stuttgart, v.220, n.01, p.28-34, 2016.
- SHI, D; MAYDEU-OLIVARES, A; DISTEFANO, C. The relationship between the standardized root mean square residual and model misspecification in factor analysis models. **Multivariate Behavioral Research**, v. 53, n. 5, p. 676-694, 2018.
- SILVA, A. C; SANTOS, K. A; PASSOS, S. G. Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 5, n. 10, p. 113–123, 2022. DOI: 10.55892/jrg.v5i10.349.

SILVA, A. X.; SILVA, P. M. A; SANTOS, C. S; ANDRETO, L. M.; LEAL, T. C. B; LEAL, J. E. M; MELO, M. I. B; ROCHA, M. C. M; RAMOS, K. DA S.

Conhecimento das gestantes sobre os sinais de trabalho de parto em tempos de pandemia. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.6, p.26480–26492 2021.doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-229>

SILVA, L.R. Experiência na casa de parto Mohri-Japão. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental**.v.1, n.2, p.288-298,2019. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/359/367>>.

SILVA, M. C. L. Validação e calibração da versão brasileira do domínio satisfação com a participação social do Patient-Reported Outcomes Measurement Information System – PROMIS. **Tese de Doutorado**, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2019.

SIMÕES, A. D; CARVALHO, B. C. U; SILVA JUNIOR, C. A; ALVIM, C. M; PINHEIRO, F. E. S; FERREIRA, G. A. Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. **Research, Society and Development**. v.11, n.7, e0211729678, 2022.

SINCLAIR, M.; O’BOYLE, C. The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v.30, p.1416-1423, 1999.

SOUTER, V *et al.* Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 134, n. 5, p. 1056-1065, nov. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003521>.

SOUZA, K.R et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil em um hospital terciário de Recife-PE: um estudo retrospectivo (2015-2019). **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. l.] , v. 10, n. 3, p. e30610313102, 2021. DOI: 10.33448 / rsd-v10i3.13102.

SOUZA, D.J; OLIVEIRA, L.R; LEMOS, R.C.A; FELIX, M.M.S; D’INNOCENZO, M. Validade de construto do Índice de Humanização dos Serviços de Saúde. **Cogitare Enferm**. v.21, n.4, p.1-9, 2016.

STACCIARINI, T.S; PACE, A.E. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised. **Rev Lat Am Enfermagem**. v.25, n. 0, :e2856,2017.

STARK, M. A *et al.* Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.L.], v. 45, n. 2, p. 285-294, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2015.12.008>.

STEENKAMP, J. B. E; VAN TRIJP, H. The Use of LISREL in Validating Marketing Constructs. **International Journal of Research in Marketing**, v.8, n. 4,p.283-299, 1991. DOI: [https://doi.org/10.1016/0167-8116\(91\)90027-5](https://doi.org/10.1016/0167-8116(91)90027-5)

SWARTZ, M. K. *et al.* Nursing Now: a global campaign. **Journal Of Pediatric Health Care**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 1-2, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.10.005>.

SUN, Y. C. *et al.* Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. **Midwifery**, Edinburgh, vol. 26, p.31–36, 2010.

TADOKORO, Yuriko *et al.* Changes in Salivary Oxytocin Level of Term Pregnant Women after Aromatherapy Footbath for Spontaneous Labor Onset: a non-randomized experimental study. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 20, n. 13, p. 6262-6240, 30 jun. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20136262>.

TAN, F. C. J.H *et al.* The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. **Bmc Family Practice**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 2-11, 22 fev. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01391-2>.

TANGLAKMANKHONG, K; PERRIN, N.A; LOWE, N,K. Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. **J Adv Nurs**. v.67, n.1, p.193-203, 2011. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05479.x.

THOMSON, Gill *et al.* Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-20, 30 maio 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>.

THIES-LAGERGREN, L *et al.* Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. **Women And Birth**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 122-127, mar. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>.

THUILLIER, Claire *et al.* Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [S.L.], v. 218, n. 3, p. 341.1-341.9, mar. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.228>.

TILL, S. R.; EVERETTS, D.; HAAS, D. M. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, v. 12, Dec. 2015.

UMANN J, SILVA RM, KIMURA CA, LAUTERT L. Aplicações da modelagem de equações estruturais na enfermagem: revisão integrativa. **Rev Eletr Enferm**. 2017;19:a51.

United States Department of Health and Human Services (US DHHS), Centers of Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics (NCHS), Division of Vital Statistics (DVS). Linked Birth / Infant Death Records 2007-2017. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/nvs>

VALE, L. D et al. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, Sept. 2015.

VALJUG, D *et al.* A History of the Midwifery Profession in the Republic of Croatia. **Journal Of Transcultural Nursing**, [S.L.], v. 33, n. 5, p. 585-593, 5 jun. 2022. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/10436596221098975>.

VEDAM, S *et al.* Advancing quality and safety of perinatal services in India: opportunities for effective midwifery integration. **Health Policy And Planning**, [S.L.], v. 37, n. 8, p. 1042-1063, 16 abr. 2022. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czac032>.

WATTERBERG, K *et al.* Planned Home Birth. **Pediatrics In Review**, [S.L.], v. 42, n. 9, p. 526-528, 1 set. 2021. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/pir.2020-000364>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

WULFF, Verena *et al.* The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother–infant bonding: a randomised, controlled study. **Archives Of Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 303, n. 1, p. 69-83, 10 ago. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-020-05727-8>.

ANEXOS

ANEXO A



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2021

Processo Nº: 28.624/2021

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa "AUTOEFICÁCIA DE GESTANTES EM LIDAR COM UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO", a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS**, sob orientação de **SIMONE HELENA DOS SANTOS OLIVEIRA**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **DISTRITOS SANITÁRIOS I, II, III, IV E V**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Jeovana Stropp
Gerência da Educação na Saúde

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO REDUZIDA DA CHILDBIRTH SELF-EFFICACY INVENTORY

Pesquisador: THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58718422.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.496.482

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese vinculado ao PPGENF com proposta de estudo metodológico, descritivo, de natureza quantitativa a ser realizado com 310 gestantes usuárias das Unidades da Atenção Primária à Saúde em acompanhamento pré-natal.

Objetivo da Pesquisa:

Validar a versão reduzida da escala brasileira do Childbirth Self-Efficacy Inventory com mulheres grávidas em um município nordestino do Brasil

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Continuação do Parecer: 5.496.482

Riscos:

O risco na participação deste estudo está relacionado a constrangimentos, mas será garantido um local reservado preenchimento do instrumento. A participante não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Benefícios:

Os resultados contribuirão na identificação das necessidades das gestantes referente a autoeficácia no trabalho de parto, facilitando, dessa forma, o planejamento e implementação em tempo hábil de estratégias que promovam maior confiança no trabalho de parto. Além disso, poderá aumentar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando outros pesquisadores da área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa viável com relevância para a área da saúde da mulher

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou adequações exigidas pelo CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 5.496.482

à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Auto r	Situaçã o
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1937545.pdf	27/05/202 2 22:40:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/05/202 2 22:38:24	THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS	Aceito
Outros	DeclaracaoAprovacaoGPDOC.pdf	12/05/202 2 18:22:34	THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS	Aceito
Folha de Rosto	folhadeRostoAssinada.pdf	12/05/202 2 18:20:43	THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	12/05/202 2 11:32:00	THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS	Aceito
Outros	ANUENCIA.docx	12/05/202 2 11:30:37	THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS	Aceito
Orçamento	CUSTOS.docx	12/05/202 2 11:27:12	THAYNARA FERREIRA	Aceito

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 5.496.482

Orçamento	CUSTOS.docx	12/05/2022 11:27:12	FILGUEIRAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/05/2022 11:26:50	THAYNARA FERREIRA FILGUEIRAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOÃO PESSOA, 29 de junho de 2022.

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenadora)**

ANEXO C - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, OBSTÉTRICA E CLÍNICA

Número da entrevistada: _____

Data da entrevista: ____/____/____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DADOS CLÍNICOS E DADOS OBSTÉTRICOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1 - Nome:	Endereço:
Telefone:	3- Situação conjugal: (1) Com parceiro (2) Sem parceiro
2 – Idade:	
4 - Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena	
5 – Escolaridade: _____ Série _____ (anos)	6- Renda familiar: _____ (em reais)
7- Profissão: (1) Empregada (2) Desempregada	8- Religião: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Ateu (5) Outras _____
DADOS CLÍNICOS	
9 Intercorrências na gestação atual: 1. () Sim 2. () Não 9 () NR 99. NA ()	
10 Se sim, qual(is): 1.() Hipertensão 2.() Diabetes 3.() Desnutrição 4.() Cardiopatia 5. () Pré-eclampsia/eclampsia 6.() Anemia 7. () Isoimunização 8. () Crescimento Intrauterino Restrito 9. () Hemorragia 10.() Trabalho de parto prematuro 11.() Rotura Membranas 12. () Parasitose 13.() Leucorreia 14. () Virose 15. () Sífilis 17. () Pré-Natal de alto risco 18. () Outras: _____	
11 Número de consultas pré-natais: _____	
12 Participou de curso de gestante? Sim () Não ()	
13 Se não, porquê?	
14 Se sim:	
15 A partir de que semana de gestação?	
16 Quantos encontros?	
17 Recebeu orientação para preparação para trabalho de parto? Sim () Não ()	
Recebeu orientação sobre amamentação? Sim () Não ()	
Recebeu orientação sobre puerpério? Sim () Não ()	
Teve acompanhante no pré-natal? Sim () Não ()	
Será o mesmo que irá te acompanhar no trabalho de parto, parto e pós-parto?	
Conhece os sinais do trabalho de parto? Sim () Não ()	
Se sim, cite três deles:	
Conhece os métodos não farmacológicos de alívio da dor? Sim () Não ()	

Se sim, cite-o(s)?
Qual a via de parto de sua preferência? () normal/vaginal () cesárea
Está confiante em lidar com o trabalho de parto e parto? Sim () Não () Não Sei ()
18 Profissional que realizou as consultas pré-natais (1) Enfermeiro (2) Médico (3) Médico e Enfermeiro
DADOS OBSTÉTRICOS
Gestações: _____ Parto: _____ Aborto: _____
Via de Parto Anterior: _____
19 Idade Gestacional: _____ semanas
20 Dilatação na admissão: _____ cm
21 Bolsa das águas: (1) Íntegra (2) Rota (rompida)
22 Gravidez planejada: Sim () Não ()
Tipo de parto: Eutócico _____ Distócico _____
Com analgesia () Sem analgesia ()
Duração do trabalho de parto _____ (em horas)

ANEXO D– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(adaptado de Bernardo, 2020)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- PPENF

Prezada Participante,

Gostaríamos de convidá-la a participar como voluntária da pesquisa intitulada “Autoeficácia de gestantes em lidar com uma experiência de parto “que se refere a uma pesquisa desenvolvida por uma doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba tendo orientação da professora e pesquisadora Dra. Simone Helena dos Santos Oliveira.

O objetivo deste estudo é validar a versão reduzida da escala brasileira do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* com mulheres grávidas da região Nordeste do Brasil.

Sua forma de participação nesta pesquisa é: responder o questionário sociodemográficos, obstétricos e clínicos e aos itens do CBSEI que será validada sua versão reduzida no Brasil. Essas informações serão utilizadas unicamente para apresentação em congressos e publicação em revista científica da área da saúde, garantindo-se sempre seu anonimato. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores durante todo o decorrer da pesquisa e por um período de 5 anos, ao qual após serão destruídos.

Os resultados contribuirão na identificação das necessidades das gestantes referente à autoeficácia no trabalho de parto, facilitando, dessa forma, o planejamento e implementação em tempo hábil de estratégias que promovam maior confiança no trabalho de parto. Contribuirão também para aumentar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando outros pesquisadores da área.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos, mas que será garantido um local reservado. A senhora não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária, a senhora não receberá nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Convidamos e garantimos que será mantido sigilo de sua identidade e de que serão oferecidos esclarecimentos sempre que desejar com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos contatos e endereço abaixo mencionados. A sua participação está isenta de despesas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pela participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvidas e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Thaynara Ferreira Filgueiras. Endereço: Rua Estudante Oliveiros Fernandes Filho, n. 216, apto 103, Bairro: Bancários _ Paraíba – PB. Telefone: (88) 9 92128095 – E-mail: thaynara_filgueiras@hotmail.com, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Eu _____(nome do participante e número do documento de identidade), confirmo que Thaynara Ferreira Filgueiras explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

João Pessoa-PB, _____de _____ de 2022.

(Assinatura do pesquisador)

(Assinatura da participante da pesquisa)

CHILDBIRTH SELF-EFFICACY INVENTORY (CBSEI)

Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) Questionário de Autoeficácia com o Parto – CBSEI										
Imagine que você está na fase ativa do trabalho de parto, sentindo contrações uterinas <u>rítmicas e dolorosas</u> com intervalo a cada cinco minutos ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil você acha que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil										
		Nada Útil								Muito Útil
1	Relaxar meu corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
2	Preparar-me para cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
3	Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
4	Manter-me no controle	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
5	Pensar em relaxar	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
6	Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
7	Manter-me calma	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
8	Concentrar meu pensamento no bebê	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
9	Ficar atenta a cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
10	Pensar positivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
11	Não pensar na dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
12	Dizer a mim mesma que sou capaz	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
13	Pensar nos outros membros da minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
14	Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
15	Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
Continue pensando que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão certo estar que realizará esse comportamento para ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certa.										
		Nada Certo								Muito Certo
16	Relaxar meu corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
17	Preparar-me para cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
18	Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
19	Manter-me no controle	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
20	Pensar em relaxar	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
21	Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
22	Manter-me calma	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
23	Concentrar meu pensamento no bebê	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
24	Ficar atenta a cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
25	Pensar positivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
26	Não pensar na dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
27	Dizer a mim mesma que sou capaz	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
28	Pensar nos outros membros da minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
29	Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10
30	Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	1	2	3	4	5	6	7	8	9 10

Imagine que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil acha que esse comportamento irá ajudá-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil.

		Nada Útil								Muito Útil	
31	Relaxar meu corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32	Preparar-me para cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33	Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34	Manter-me no controle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35	Pensar em relaxar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

36	Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37	Manter-me calma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38	Concentrar meu pensamento no bebê	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39	Ficar atenta a cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40	Pensar positivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41	Não pensar na dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42	Dizer a mim mesma que sou capaz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43	Pensar nos outros membros da minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44	Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45	Focar na pessoa que está me ajudando no parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46	Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Continue imaginando que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está em realizar esse comportamento para te ajudar a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certo.

		Nada Certo								Muito Certo	
47	Relaxar meu corpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48	Preparar-me para cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49	Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50	Manter-me no controle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51	Pensar em relaxar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52	Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53	Manter-me calma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54	Concentrar meu pensamento no bebê	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55	Ficar atenta a cada contração	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56	Pensar positivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57	Não pensar na dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58	Dizer a mim mesma que sou capaz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59	Pensar nos outros membros da minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60	Concentrar-me em passar uma contração de cada vez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61	Focar na pessoa que está me ajudando no parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62	Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10