

**MATERNIDADE FERIDA:
A RELAÇÃO ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O
AJUSTAMENTO MATERNO E ATITUDES FACE À
MATERNIDADE**

INÊS SOFIA BELO CARVALHO

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARTA MIGUEL

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARTA MIGUEL

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professora Doutora Marta Miguel, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Agradecimentos

Nenhuma caminhada é percorrida sozinha, sendo esta dissertação um reflexo da força, do carinho e da ajuda que recebi ao longo do percurso. A todos vocês que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa, um enorme obrigada.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marta Miguel, pela disponibilidade e partilha de conhecimento, tendo o seu apoio sido fundamental para a concretização deste projeto.

Um profundo agradecimento à Joana von Bonhorst, da Associação *O CORDÃO*, pela preciosa colaboração na divulgação da investigação e pelo incentivo no avanço deste projeto. Agradeço a todos aqueles que também contribuíram para a partilha do formulário, em especial às associações Nascert.pt e Doular. Um agradecimento muito especial a todas as mães que disponibilizaram o seu tempo para responder ao questionário, contribuindo de forma generosa para a concretização deste projeto.

Quero também agradecer ao Prof. ^o Dr. ^o João Justo, que sem obrigação, foi incansável em apaziguar e orientar algumas dúvidas decisivas no percorrer deste projeto.

Ao meu marido, pelo amor, devoção e apoio incondicional, obrigada, não só pela tua contribuição essencial para este percurso, mas também por seres o meu porto seguro e o meu companheiro de vida. Seremos sempre *“eu e tu contra o mundo”*.

Aos meus pais, agradeço por todo o exemplo, carinho e incentivo constante em perseguir os meus sonhos. À minha família, em especial aos meus avós e padrinhos, agradeço o apoio e força constante. À minha Margarida obrigada por me fazeres querer ser melhor todos os dias.

Às minhas amigas, um enorme obrigada por estarem sempre presentes e me acompanharem nos momentos de desafio e de conquista. Nutrem a minha alma de formas que nem sabia ser possível.

A todos os que não mencionei, mas que marcaram esta viagem, um enorme agradecimento.

“O mais importante e nobre trabalho desta vida é o trabalho de uma mãe.” – Russell M. Nelson

Resumo

A Violência Obstétrica tem sido associada a diversas consequências psicológicas negativas para as mulheres que a experienciam, podendo comprometer a sua experiência face à maternidade. Este estudo teve como objetivo investigar a associação entre a Percepção de Violência Obstétrica durante o parto e o seu efeito no Ajustamento Materno e nas Atitudes Maternas. A amostra foi composta por mulheres com mais de 19 anos, que deram à luz no último ano. Os dados foram obtidos através de um questionário online, composto pela Escala de Violência Obstétrica, que visa avaliar a Percepção dos cuidados recebidos durante o parto, a escala MAMA, que mede o Ajustamento e as Atitudes Maternas, e por questões de caracterização sociodemográfica. O método adotado foi o quantitativo, transversal e correlacional. Os resultados apontaram para uma correlação entre a experiência de Violência Obstétrica e o Ajustamento e Atitudes Maternas, indicando que mulheres expostas a cuidados abusivos durante o parto apresentam maior risco de desajustamento Materno e Atitudes menos positivas face à Maternidade. Estes resultados podem auxiliar na implementação de políticas públicas e intervenções clínicas direcionadas para a melhoria dos cuidados obstétricos e para o apoio psicológico às mulheres, promovendo uma experiência de maternidade mais saudável e positiva.

Palavras-Chave: maternidade, violência obstétrica, ajustamento materno, atitudes maternas.

Abstract

Obstetric Violence has been associated with several negative psychological consequences for women who experience it, potentially compromising their perception of motherhood. This study aimed to investigate the association between exposure to Obstetric Violence during childbirth and its effect on Maternal Adjustment and on Attitudes towards Motherhood. The sample consisted of women over 19 years of age who had given birth within the last year. Data were collected through an online questionnaire composed of the Obstetric Violence Scale, which assesses the perception of care received during childbirth, the MAMA scale, which measures Maternal Adjustment and Attitudes, and a set of sociodemographic questions. The method adopted was quantitative, cross-sectional, and correlational. The results indicated a correlation between the experience of Obstetric Violence and Maternal Adjustment, suggesting that women exposed to abusive care during childbirth are at greater risk of Maternal maladjustment and less positive Attitudes towards Motherhood. These findings may contribute to the implementation of public policies and clinical interventions aimed at improving obstetric care and providing psychological support to women, thereby promoting a healthier and more positive experience of motherhood.

Keywords: motherhood, obstetric violence, maternal adjustment, maternal attitudes.

Índice

Introdução -----	9
Revisão de Literatura-----	10
Violência Obstétrica-----	10
Prevalência da Violência Obstétrica -----	15
Legislação e Políticas ao Combate da Violência Obstétrica-----	16
Ajustamento Materno e Atitudes face à Maternidade -----	19
O Presente Estudo -----	23
Método -----	25
Delineamento-----	25
Participantes -----	25
Instrumentos -----	26
Questionário Sociodemográfico -----	26
Escala de Violência Obstétrica-----	26
Escala MAMA – Maternal Adjustment and Maternal Attitudes -----	27
Procedimento -----	28
Análise de Dados -----	31
Resultados -----	33
Discussão -----	52
Implicações Práticas-----	58
Limitações e Estudos Futuros -----	60
Referências Bibliográficas -----	63
Anexos -----	74
Anexo A – Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas -----	74
Anexo B – Autorização para a Utilização da Escala MAMA (Versão Portuguesa) -	76
Anexo C – Formulário de Investigação-----	77

Anexo D – Análise Fatorial da Escala <i>Maternal Adjustment and Maternal Attitudes</i> (MAMA) -----	92
Anexo E – Análise da Distribuição das Variáveis Sociodemográficas em Função da Escala MAMA-----	94

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 – Teste de KMO e Bartlett da Escala Violência Obstétrica (VO)-----	33
Figura 1 – Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Violência Obstétrica (VO) ----	34
Tabela 2 – Teste de KMO e Bartlett da Escala MAMA -----	35
Tabela 3 – Matriz de Padrões da Análise Fatorial Exploratória da Escala MAMA com Extração por Componentes Principais e Rotação Oblimin (Kaiser Normalizado) -----	36
Tabela 4 – Estatísticas de Confiabilidade -----	37
Tabela 5 – Estatísticas Descritivas das Escalas e Subescalas -----	38
Tabela 6 – Análise da Distribuição das Escalas e Subescalas -----	39
Tabela 7 – Correlação entre a Violência Obstétrica (VO) e o Ajustamento Materno e Atitudes Maternas (MAMA) e as suas Subescalas -----	40
Tabela 8 – Regressão Linear para a Predição do Ajustamento Materno e Atitudes Maternas -----	41
Tabela 9 – Correlação de Spearman entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Idade -----	42
Tabela 10 – Correlação de Spearman entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e o Número de Partos-----	42
Tabela 11 - Correlação de Spearman entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Formação Académica -----	42
Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney entre a Percepção de Violência (VO) e o Tipo de Parto -----	43
Tabela 13 - Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Episiotomia -----	43

Tabela 14 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Amniotomia -----	44
Tabela 15 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Anestesia-----	45
Tabela 16 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Indução de Parto -----	45
Tabela 17 – Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a aceitação do Plano de Parto-----	46
Tabela 18 – Correlação entre o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e Idade-----	46
Tabela 19 – Correlação entre o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e o Número de Partos -----	47
Tabela 20 – Correlação entre o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e a Formação Acadêmica -----	47
Tabela 21 – Teste t do Ajustamento Materno e Atitudes Maternas (MAMA) entre o Tipo de Parto-----	48
Tabela 22 – ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) entre a Realização de Episiotomia -----	48
Tabela 23 - ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas entre a Realização de Amniotomia-----	49
Tabela 24 – ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) entre a Realização de Anestesia -----	50
Tabela 25 – ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) entre a Realização de Indução de Parto -----	50
Tabela 26 – ANOVA para o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e o Plano de Parto-----	51

Introdução

O nascimento de um filho constitui um momento de crise, estando associado a uma série de mudanças biológicas, psicológicas e sociais, constituindo a maternidade um desafio à identidade, responsabilidades e relações da mulher. O Ajustamento a este novo período dá início na gravidez até aos primeiros meses do bebé. Fatores socioeconómicos e demográficos, como histórico de abuso, idade, desemprego, ausência de parceiro, baixa escolaridade e condição socioeconómica, estão fortemente associados a dificuldades no Ajustamento Materno e Atitudes negativas em relação à Maternidade (Figueiredo et al., 2013; Yurt & Çankaya, 2023).

A Violência Obstétrica, diz respeito a situações em que mulheres são submetidas a encontros e tratamentos abusivos e desumanos por parte de profissionais de saúde durante o parto. Esta forma de violência inclui práticas abusivas, como intervenções médicas desnecessárias, humilhação, agressão física e verbal e realização de procedimentos sem consentimento, que resultam na perda de autonomia e de decisão livre por parte da mulher, afetando negativamente a sua qualidade de vida e saúde. (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Kahalon & Klein, 2024)

Segundo Martinez-Vázquez et al. (2021) a experiência de Violência Obstétrica, pode levar ao desenvolvimento de doença mental, nomeadamente ao surgimento de stress pós-traumático. Apesar de não haver dados sobre a relação entre Violência Obstétrica e o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas, existem evidências que experiências traumáticas podem afetar significativamente o Ajustamento Materno e as Perceções Maternas. Mães diagnosticadas com perturbação de stress pós-traumático apresentam uma Relação Conjugal mais fraca e uma maior insatisfação com a vida após o nascimento do seu bebé, revelando assim um pior Ajustamento à Maternidade. Através da literatura, percebemos que a vivência traumática do parto pode impactar severamente a experiência da maternidade, interferindo na saúde mental da mulher, na sua relação com o bebé e com o parceiro e nas suas Atitudes em relação à nova fase de vida. (Hernández-Martínez et al., 2020; Yurt & Çankaya, 2023).

Deste modo, parece-nos fundamental compreender de que forma a experiência de Violência Obstétrica se relaciona com o Ajustamento Materno e as Atitudes face à Maternidade, uma vez que esta vivência pode repercutir-se, não apenas na saúde psicológica da mãe, mas também na qualidade da relação mãe-bebé e na dinâmica familiar.

Revisão de Literatura

Violência Obstétrica

Embora a Violência Obstétrica seja cada vez mais debatida globalmente, ainda carece de uma definição consensual, não havendo um modelo que defina como este género de violência deve ser cientificamente estudado e medido. Este fenómeno é frequentemente objeto de discórdia, dado o seu carácter subjetivo dependente da diversidade de perspetivas dos intervenientes, isto é, das parturientes, grávidas, pacientes e profissionais de saúde (Ferrão et al., 2022; Mendes et al., 2022; Mesenburg et al., 2025).

A falta de uma definição universal dificulta a compreensão e o combate da Violência Obstétrica, porém existe consenso que esta prática possa ser compreendida como qualquer ação ou omissão que viole os direitos da mulher em contexto ginecológico ou obstétrico (Avcı & Kaydirak, 2023; Martínez-Galiano et al., 2021).

O conceito de Violência Obstétrica surgiu na América Latina a partir de movimentos ativistas que procuravam melhorar as condições de parto, na década de 90. No entanto, o termo “Violência Obstétrica” foi formalmente utilizado pela primeira vez pela República Bolivariana da Venezuela em 2007, sendo a Venezuela o primeiro país a reconhecer a Violência Obstétrica como uma forma de violência contra a mulher, tornando-a punível através da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Garcia, 2020; República Bolivariana da Venezuela, 2007).

A Violência Obstétrica é uma forma de violência de género que acontece quando durante a gravidez, o parto e o pós-parto imediato são exercidas práticas violentas ou percebidas como tal para com a pessoa que está a dar à luz. Existe então uma apropriação do corpo e processo reprodutivo da mulher por parte dos profissionais de saúde, que se manifesta num tratamento desumanizante, perdendo a mesma a autonomia e capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sexualidade (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Avcı & Kaydirak, 2023; Rusu et al., 2024).

Este tipo de violência de género inclui intervenções desnecessárias, abuso verbal, humilhação, agressão física, falta de recursos, procedimentos sem consentimento e discriminação, ou seja, qualquer ato que desrespeite a autonomia, dignidade e direitos da pessoa durante o parto, causando danos físicos ou psicológicos (Avcı & Kaydirak, 2023; Asçi & Bal, 2023; Kahalon & Klein, 2025).

Segundo Brunello et al. (2024), a Violência Obstétrica e Ginecológica abrange diversas práticas lesivas durante o cuidado obstétrico e ginecológico. Embora a Violência Obstétrica ocorra durante a gravidez, parto e pós-parto, a Violência Ginecológica pode acontecer em consultas ginecológicas ao longo da vida. Estas práticas, consideradas violentas pela sua natureza estrutural, resultam de um contexto organizacional que facilita comportamentos violentos e abusivos em unidades de saúde.

A Violência Obstétrica manifesta-se de diversas formas, subdividindo-se em três tipos de violência – a psicológica, a física e a verbal – que englobam desde atitudes desrespeitosas até agressões físicas. Nomeadamente os profissionais de saúde podem ser ríspidos, intolerantes e ignorar as preferências das pacientes. As parturientes relatam que muitas vezes a informação fornecida é confusa e/ou incompleta e em muitos casos inexistente. O profissional de saúde não dá espaço para que a mulher participe ativamente nas decisões que dizem respeito ao seu parto, sendo realizados procedimentos com ausência de consentimento (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Avcı & Kaydırak, 2023).

A privacidade muitas vezes é violada com exames realizados em locais inapropriados e à vista de diversos intervenientes, incluindo outras parturientes, profissionais de saúde e presença de estagiários sem o consentimento da mulher (Asçi & Bal, 2023; Avcı & Kaydırak, 2023).

A violência física pode incluir ações como agredir e amarrar as pacientes, intervenções cirúrgicas sem anestesia suficiente, negação do alívio da dor ou de epidural e episiotomias desnecessárias (Annborn & Finnbogadóttir, 2022b; Avcı & Kaydırak, 2023; Kahalon & Klein, 2025; Martínez-Galiano et al., 2021).

A violência verbal pode envolver gritos, insultos e repreensões, muitas vezes infantilizando a parturiente criando um ambiente hostil e traumático para a mulher durante o parto (Avcı & Kaydırak, 2023; Kahalon & Klein, 2025; Martínez-Galiano et al., 2021).

Outras formas de negligência e desrespeito dos direitos das mulheres, incluem práticas rotineiras como longos períodos sem alimentação, restrições à presença de acompanhantes, falta de contato pele a pele com o bebé e intervenções desnecessárias, que podem ser prejudiciais à saúde física e emocional da mãe e do bebé. A falta de informação clara e completa, a omissão de cuidados essenciais e a realização de procedimentos sem consentimento adequado configuram graves violações dos direitos das parturientes e podem ter consequências negativas

a curto e a longo prazo (Avcı & Kaydırak, 2023; Kahalon & Klein, 2025; Martínez-Galiano et al., 2021).

A falta de consentimento, aparenta ser o tipo de Violência Obstétrica mais comum na literatura. Uma possível explicação para este fenômeno será a falta de reconhecimento da importância do consentimento por parte dos profissionais de saúde. Estes podem não considerar práticas não consentidas como maus-tratos ou abuso, normalizando este modo de operação. A falta de atenção à perspectiva do paciente também contribui para o problema, realizando os procedimentos de forma rotineira como uma tarefa a ser cumprida, deixando o consentimento de lado (Bohren et al., 2015; Hakimi et al., 2025; Kohan et al., 2025; Silva et al., 2023; Shetty et al., 2021).

Para além disso, as deficiências no sistema de saúde, como falta de recursos humanos e materiais, também contribuem para a ocorrência de falhas nos cuidados e para a perpetuação de práticas desrespeitosas para com a mulher parturiente (Avcı & Kaydırak, 2023; Kahalon & Klein, 2025).

A Violência Obstétrica pode ter impactos profundos e negativos na qualidade de vida das vítimas, afetando negativamente a saúde física e mental das mulheres, da díade mãe-bebê e da própria estrutura familiar. A experiência traumática do parto pode afetar significativamente o bem-estar da mãe, assim como dificultar os processos de vinculação com o bebê (Avcı & Kaydırak, 2023; Garcia, 2020; Hernández-Martínez et al., 2020; Leijerzapf et al., 2024; Mesenburg et al., 2025).

Segundo Garcia (2020), as consequências da Violência Obstétrica estendem-se para além do momento do parto. As lesões físicas podem ser acompanhadas por danos futuros, que advêm da dificuldade em procurar ajuda médica devido ao medo ou desconfiança no sistema de saúde. O trauma psicológico pode manifestar-se em alterações de humor e personalidade, incluindo o desenvolvimento de perturbações mentais. Ademais, as sequelas pessoais e familiares podem incluir dificuldades na criação de vínculos com o recém-nascido, alterações negativas na dinâmica familiar, comprometimento da sexualidade e da função sexual e até mesmo a decisão de não ter mais filhos.

A literatura revela uma forte associação entre a experiência traumática no parto, marcada por desrespeito e abuso e o aumento da prevalência de perturbações como stress pós-traumático, ansiedade e depressão (Hernández-Martínez et al., 2020; Paiz et al., 2022; Silva-Fernandez et al., 2023).

Paiz et al. (2022), verificaram que mulheres que experienciaram abuso durante o parto têm 50% maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos. A vulnerabilidade do parto, a discrepância entre o esperado e a experiência do abuso, aliados a alterações hormonais, podem desencadear o trauma e favorecer a depressão pós-parto.

Annborn & Finnbogadóttir (2022), referem que um parto percebido como traumático pode ter consequências sérias, especialmente para mães de primeira viagem, podendo levar a problemas de saúde mental como ansiedade e depressão, exigindo cuidados psiquiátricos no pós-parto. Neste estudo, as recém-mães revelaram sentimentos de abuso e desrespeito recorrentes. Afirmam que as suas vontades foram ignoradas e que permaneceram por longas horas por suturar, sem alimento ou hidratação. A experiência traumática e desumanizante do parto originou sentimentos de pânico e ansiedade intensa.

Existem uma série de fatores associados ao surgimento da Violência Obstétrica. Segundo Martínez-Galiano et al. (2021), a presença de Violência Obstétrica ocorreu com mais frequência em mãe que participaram em programas de educação para o parto. Os autores acreditam que o acréscimo de conhecimento sobre os seus direitos e práticas adequadas, facilita a identificação de comportamentos inadequados, aumentando a Percepção de Violência Obstétrica. Verificaram também que em partos instrumentalizados, existem menos relatos de Violência Obstétrica, talvez porque a interação verbal entre a mãe e profissional de saúde é menor. Por último, mulheres que receberam mais apoio por parte dos seus parceiros, revelam uma menor Percepção de Violência Obstétrica (Silva-Fernandez et al., 2023).

Hakimi et al. (2025), à semelhança dos autores anteriores, apontam para uma maior taxa de Violência Obstétrica em mulheres que realizaram um parto vaginal. Provavelmente por ser um parto que necessita de maior interação e colaboração entre os profissionais e a parturiente, esse período mais longo e o contato mais próximo podem criar mais oportunidades para comportamentos inadequados, desrespeitosos ou abusivos. O acompanhamento apresenta ser um fator de proteção para este tipo de violência, em particular quando o acompanhante está informado sobre o processo do parto.

Contrariamente Silva-Fernandez e Colegas (2023), verificaram que a perda de autonomia, experienciada na passagem de um parto vaginal para cesariana sem consentimento, pode levar a uma maior Percepção de Violência Obstétrica, e consequentemente, sentimentos mais negativos associados ao parto.

A literatura aponta que, mulheres com menor nível de escolaridade tendem a experienciar com mais frequência Violência Obstétrica. Esta associação pode estar relacionada com múltiplos fatores, incluindo menor acesso à informação sobre direitos em saúde, menor empoderamento para questionar práticas médicas ou denunciar condutas inadequadas, e ainda desigualdades estruturais que atravessam os sistemas de saúde. Neste sentido, a formação acadêmica surge não apenas como um indicador de capital cultural e social, mas também como um fator protetor face a práticas obstétricas abusivas, reforçando mais uma vez a importância de considerar variáveis sociodemográficas na análise deste fenómeno (Azzam et al., 2023; Castro & Frías, 2016; Molla et al., 2022).

Alguns estudos indicam que mães de primeira viagem (primíparas) estão particularmente expostas a situações de Violência Obstétrica ou a experiências de parto percebidas como mais negativas. A inexperiência e o desconhecimento dos procedimentos hospitalares podem contribuir para uma maior vulnerabilidade, tornando-as menos propensas a questionar práticas médicas ou a reivindicar os seus direitos. Primíparas relatam com maior frequência sentimentos de medo, perda de controlo e falta de informação durante o parto, intervenções desnecessárias, como episiotomias de rotina ou administração de ocitocina sem consentimento informado (Green et al., 2022; Leijerzapf et al, 2024).

Mulheres mais jovens, especialmente adolescentes, estão mais vulneráveis a experiências de Violência Obstétrica em comparação com mulheres adultas, relatando mais práticas desrespeitosas, como episiotomias desnecessárias, manobras obstétricas invasivas e falta de consentimento informado. Além disso, a população adolescente tende a experienciar sentimentos de medo, desamparo e solidão durante o parto, exacerbados pela falta de informação sobre seus direitos e pela falta de suporte adequado (Cordeiro et al., 2024; Scandurra et al., 2021).

É de ressaltar que, segundo a literatura, grupos que não se encaixam nos padrões da sociedade atual e que, por isso, tendem a ser socialmente marginalizados, são frequentemente vítimas de preconceito e desrespeito por parte de profissionais de saúde durante a gravidez e o parto. Migrantes, refugiados, pessoas de diferentes etnias, com um estatuto socioeconómico inferior, pessoas com identidades de género ou orientações sexuais não normativas, pessoas com deficiência e pessoas racializadas, são mais vulneráveis à Violência Obstétrica, experienciando mais discriminação e desigualdade no acesso aos cuidados obstétricos (Hakimi et al., 2024; Kahalon & Klein, 2025; Rusu et al., 2024).

Prevalência da Violência Obstétrica

A prevalência global de Violência Obstétrica é difícil de determinar devido à subnotificação e à falta de uma definição universalmente aceita, porém, a literatura indica que uma proporção significativa de mulheres sofreu algum tipo de abuso, desrespeito ou negligência durante o parto.

Segundo Mena-Tudela et al. (2020), a prevalência global de Violência Obstétrica varia de 18,3% a 75,1%, onde nesse mesmo estudo averiguaram que a prevalência de Violência Obstétrica no contexto espanhol atinge os 38.3%. Já Leijerzapf et al. (2024) verificaram uma prevalência de desrespeito e abuso durante o parto de 45,1% em primíparas e 27% em multíparas holandesas. Hakimi et al., (2025) efetuaram uma revisão sistemática e meta-análise com o objetivo de estimar a prevalência global de Violência Obstétrica nos últimos 10 anos, verificando uma prevalência de 59%.

Em Portugal existe uma carência muito grande no que toca a dados referentes à Violência Obstétrica. Embora não exista um número único e definitivo que represente a totalidade dos casos, diversos estudos apontam para uma realidade preocupante.

A Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, aplicou o inquérito “Experiências de Parto em Portugal”, entre 2015 e 2019, a 7555 mulheres, verificando que cerca de 30% da amostra afirma ter sido vítima de desrespeito, abuso ou discriminação, com maior incidência nas intervenções não consentidas (Associação portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2019).

Um estudo recente realizado a pedido da Comissão dos Direitos da Mulher e Igualdade de Género do Parlamento Europeu revelou dados alarmantes sobre a Violência Obstétrica em Portugal. De acordo com Brunello et al. (2024), 62,2% das mulheres portuguesas que participaram relataram falta de consentimento para o uso de instrumentos médicos durante o parto, 23,3% foram vítimas de abuso verbal e 31,9% afirmaram não ter sido tratadas com dignidade.

Outra investigação, de Lazzerini et al. (2022), com o objetivo de avaliar os cuidados de saúde prestados às mulheres e recém-nascidos durante o primeiro ano da pandemia, verificou que numa amostra de 1685 mulheres portuguesas, 62% das mães foram privadas de ter um acompanhante durante o parto e 31,1% relataram fraco suporte com a amamentação. Os autores ainda verificaram que a prevalência de procedimentos enquadrados como Violência Obstétrica, tais como as episiotomias de rotina foi de 20,1%.

Para além disso, o estudo refere que 31% das participantes revela ter realizado um parto instrumentalizado e 63% dessas parturientes relatam não ter sido solicitado qualquer consentimento para efetuar o procedimento. O estudo ainda averiguou que 12,5% das mulheres reportaram terem sido vítimas de abuso físico, emocional ou verbal durante o parto (Lazzerini et al., 2022).

Através da literatura percebemos que a Violência Obstétrica é uma realidade global e preocupante, com investigação científica a apontar para uma prevalência significativa em diversos países, incluindo Portugal. As evidências apontam para uma necessidade urgente de políticas concretas para combater este problema e garantir o direito das mulheres a uma assistência ao parto respeitosa, segura e digna.

Legislação e Políticas ao Combate da Violência Obstétrica

Apesar da crescente atenção internacional para o problema da Violência Obstétrica, muitas mulheres ainda são submetidas a atos que violam a sua dignidade, autonomia e integridade física e psicológica. Para combater esta realidade, diversos países têm implementado medidas legais e políticas públicas que visam prevenir e punir a Violência Obstétrica, além de garantir o acesso a cuidados de saúde respeitosos e seguros durante a gravidez e o parto.

Segundo Brunello et al., (2024), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) exigem que os governos garantam o acesso à saúde sem discriminação, incluindo o acesso a serviços de planeamento familiar e cuidados respeitosos durante a gravidez, parto e pós-parto. A OMS também visa atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva, melhorando o acesso a informações, educação e serviços. A Organização das Nações Unidas (ONU) abordou a Violência Obstétrica como uma questão de direitos humanos. No entanto, embora a ONU enfatize a responsabilidade do Estado por tais violações, estas resoluções e recomendações não são obrigatórias (WHO, 2014).

É importante ressaltar que poucos Estados-membros da União Europeia (UE) possuem legislação que reconheça especificamente a Violência Obstétrica e Ginecológica como uma violação dos direitos das mulheres ou uma forma de violência de género. Contudo, apesar da ausência de leis específicas, todos os Estados-membros possuem legislação sobre os direitos

dos pacientes, não discriminação e violência de género, que visam garantir segurança, respeito, privacidade e consentimento informado durante o atendimento médico (Brunello et al., 2024).

A Resolução 2306, de 2019, da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa reconhece a Violência Obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres e insta os Estados-Membros a tomar medidas para a prevenir e combater, implementando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para uma experiência de parto positiva e respeitosa. Isso inclui promover a educação e sensibilização sobre a Violência Obstétrica e a discriminação de género, criando mecanismos legais para proteger as mulheres e responsabilizar os agressores, além de oferecer apoio psicológico, social e legal às vítimas. A resolução também enfatiza a necessidade de integrar nos currículos de formação de profissionais de saúde conteúdos sobre direitos humanos, ética, consentimento informado e comunicação respeitosa, garantindo que a assistência ao parto seja baseada no respeito e na dignidade da mulher (Parliamentary Assembly, 2019; WHO, 2014).

Em Portugal, a Violência Obstétrica apenas passou a constituir uma figura jurídica específica no ordenamento jurídico português em março deste ano. A Lei nº 33/2025, de 31 de março, faz uma alteração à Lei nº 15/2014, de 21 de março, aditando o Artigo 18º - A, que determina a obrigatoriedade de todos os estabelecimentos de saúde afixarem informação relativa aos direitos na gravidez, parto e puerpério, bem como às entidades competentes para denúncia de situações de violência obstétrica.

A lei obriga o registo e justificação de todos os atos médicos ou de enfermagem realizados durante o parto, prevê a erradicação e penalização de episiotomias de rotina aos profissionais que não respeitem as normas definidas pela Direção-Geral da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde. Paralelamente, cria-se a Comissão Multidisciplinar para os Direitos na Gravidez e no Parto, com funções de monitorização, elaboração de relatórios anuais, campanhas de sensibilização e promoção da humanização dos cuidados de saúde materno-infantis (Lei nº 33/2025, 2025).

Existem ainda diversas leis que protegem as mulheres grávidas e parturientes de práticas abusivas e que podem ser usadas para enquadrar situações de Violência Obstétrica.

A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, define os direitos dos todos utentes dos serviços de saúde, inclusive grávidas e parturientes, garantindo o direito à informação, ao consentimento informado, à privacidade e à confidencialidade (Lei n.º 15/2014, 2014).

A Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, introduz alterações significativas à lei anterior, que define os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, com o objetivo de reforçar a proteção das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto (Lei n.º 110/2019, 2019).

Destacam-se os seguintes artigos: artigo 12.º – que garante o direito a acompanhamento e a participação na assistência à gravidez do pai, da outra mãe ou da pessoa de referência; artigo 16.º – que garante acompanhante durante todas as fases do trabalho de parto, incluindo partos por fórceps, ventosas e cesarianas e reforça o direito à informação ao acompanhante em caso de cesariana sobre as fases do procedimento; artigo 17.º – que garante a assistência à observação do recém-nascido, a permanência junto ao recém-nascido e o direito a limitar ou prescindir visitas durante o internamento; e os artigos 15.º- A a 15.º- H, que definem os princípios aplicáveis à proteção na preconcepção, procriação medicamente assistida, gravidez, parto, nascimento e pós-parto, garantindo às mulheres o direito à informação, consentimento informado, recusa informada, confidencialidade, privacidade, dignidade, respeito, igualdade, não discriminação, liberdade, autonomia e autodeterminação (Lei n.º 110/2019, 2019).

Os princípios referidos adquirem particular relevância em situações de especial vulnerabilidade. A Lei n.º 110/2019, aborda também a prestação de cuidados de saúde em cada fase, desde a preconcepção até ao puerpério, incluindo a elaboração do plano de nascimento, a assistência durante o trabalho de parto e parto, e o acompanhamento pós-parto. Define o direito à amamentação e a necessidade de os serviços de saúde fornecerem informação e apoio às mães sobre aleitamento materno e alimentação infantil (Lei n.º 110/2019, 2019).

Em suma, a Lei n.º 110/2019 representa um importante passo na proteção dos direitos das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto, visando garantir uma assistência humanizada, respeitadora e segura. As alterações introduzidas pela lei abrangem diversas áreas e têm como objetivo principal combater a Violência Obstétrica e promover a saúde materna e neonatal.

Determinados atos que podem ser considerados Violência Obstétrica podem ser enquadrados como crimes no Código Penal, tais como, ofensas à integridade física (artigo 143.º e seguintes), intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários (artigo 156.º) e abuso de autoridade (artigo 382.º), sendo por isso puníveis por lei. Vítimas de Violência Obstétrica podem apresentar queixa junto ao ministério público e procurar justiça (artigo 143.º, 2004; artigo 156.º, 1995; artigo 382.º, 1995).

Em 2021, surgiu a Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, onde a Assembleia recomenda ao Governo que tome medidas para erradicar a Violência Obstétrica e o investimento no estudo desta prática, reconhecendo a sua existência e a necessidade de a combater.

O Projeto de Lei 912/XIV/2, de 2021, proposto na Assembleia da República, sugere a criminalização da prática de Violência Obstétrica, punível até um 1 ano de prisão ou com pena de multa, através da alteração do Código Penal. Apesar dos esforços, esta proposta recebeu um parecer negativo por parte da Ordem dos Advogados, justificado com a ausência de evidência técnica sobre esta forma de violência em Portugal.

Posto isto, a definição de Violência Obstétrica ainda é objeto de debate. Foi apenas este ano que foi implementado pela primeira vez na legislação portuguesa o conceito de Violência Obstétrica. No entanto, a sua congregação jurídica tem sido alvo de forte controvérsia, encontrando-se já em discussão a possibilidade de retirar o termo da lei.

Esta tensão legislativa reflete o embate entre o reconhecimento da Violência Obstétrica e as resistências por parte da comunidade médica que alega que o conceito pode desvalorizar práticas clínicas necessárias ou comprometer a relação de confiança entre profissionais de saúde e utentes (Ordem dos Médicos, 2025).

Este debate em torno da inclusão ou exclusão do termo no ordenamento jurídico português traduz as dificuldades amplas em torno da definição, reconhecimento e erradicação desta forma de violência.

Ajustamento Materno e Atitudes face à Maternidade

A transição para a parentalidade, compreendendo a gravidez, o parto e o pós-parto, representa um período de intensas transformações e desafios para a mulher, com profundas adaptações fisiológicas, sociais e psicológicas. Essa nova fase pode ser marcada por um aumento de dificuldades, incluindo o surgimento de sintomas somáticos e psicológicos, conforme apontado pela literatura (Asadi et al., 2020; Figueiredo et al., 2013; Gameiro et al., 2009; Zamani et al., 2023).

A maternidade, por sua vez, configura-se como um período de adaptação contínua, dinamicamente moldado pela interação da mãe com seu bebê em desenvolvimento. Este processo complexo e multifacetado envolve mudanças significativas em diversas áreas da vida

da mulher, desde a sua autoidentidade até a sua rotina e bem-estar (Curren et al., 2022; James et al., 2023; Vivilaki et al., 2012).

O contexto familiar e social em que a mãe está inserida exerce uma impactante influência sobre a sua experiência. Mesmo em nascimentos subsequentes, a mulher continua a ajustar-se, acompanhando o crescimento dos filhos e as transformações na dinâmica familiar. O Ajustamento Materno, portanto, afeta diversos aspectos psicológicos, como a autoconfiança, a autoeficácia, a satisfação pessoal e a saúde emocional da mãe (Curren et al., 2022; Hwang et al., 2022; James et al., 2023).

O Ajustamento Materno abrange uma variedade de aspectos interligados, incluindo a satisfação com a nova fase, o nível de stress percebido, a presença de sintomas psicológicos, as mudanças na autoimagem e identidade e o desempenho do papel materno. A forma como a mulher lida com cada um desses aspectos, individualmente e em conjunto, influencia diretamente a sua adaptação à maternidade (Asadi et al., 2020; Figueiredo et al., 2013; Gameiro et al., 2009).

Segundo Hwang e Colegas (2022), na transição para a maternidade, assim que a mãe estabelece um vínculo com o bebê, passa a assumir um papel materno, reestruturando a sua identidade. Para tal, há uma redefinição de si, mas também das suas relações interpessoais e do papel que adota nos seus contextos envolventes.

Num estudo de Curren et al. (2022), os autores verificaram três processos desenvolvimentais durante o Ajustamento Materno. O primeiro diz respeito à expansão da identidade e do autoconceito de modo a incluir o papel materno. O segundo consiste no fomentar a autoeficácia materna diante de fatores stressores. O terceiro processo relaciona-se com o ambiente social que circunda a mãe, sendo que as mesmas neste processo ajustavam as suas redes sociais de modo que estas apoiassem a díade mãe-bebê.

Cada mulher vivencia a maternidade de forma única, e, por isso, o processo de Ajustamento Materno pode variar significativamente. O contexto socioeconómico, o tipo de parto, os traços de personalidade e as características do bebê são tudo fatores que podem moldar esta nova fase. O nascimento de filhos subsequentes, com a necessidade de reconfigurar o sistema familiar, exige também adaptações significativas. Segundo alguns autores, o Ajustamento Materno de múltiparas e primíparas não varia muito, apresentando ambos os grupos desafios diferentes, com dificuldade e necessidades distintas. Outros autores defendem

que as exigências maternas são superiores em mães primíparas, afetando o seu Ajustamento Materno (Gameiro et al., 2009; Ples et al., 2018; Reiss et al., 2001; Reitan & Stenberg, 2024).

A idade é outro fator que influencia a transição para a maternidade. O processo de Ajustamento à maternidade aparenta ser mais difícil para mães adolescentes dadas as exigências desenvolvimentais de ambas as fases se sobreporem, constituindo um desafio mais intenso para mães mais jovens (Figueiredo et al., 2013; Reitan & Stenberg, 2024).

Já mães com menos escolaridade tendem a apresentar pior Ajustamento psicológico à gravidez e ao período pós-parto e a ter práticas de saúde menos positivas durante a gravidez, talvez devido a um acesso mais limitado à informação ou maiores dificuldades económicas que podem afetar diretamente o cuidado consigo e com o bebé (Figueiredo et al., 2013; Reitan & Stenberg, 2024).

Um Ajustamento Materno difícil pode ter vários impactos negativos na saúde mental e bem-estar da mãe, no desenvolvimento do bebé e na dinâmica familiar. As dificuldades podem-se manifestar de diversas formas e com intensidades variadas (Figueiredo et al., 2014; Hwang et al., 2022).

Componentes do Ajustamento Materno, como os Sintomas Somáticos, a Imagem Corporal negativa e preocupações com o peso foram associadas ao diagnóstico de depressão no pós-parto. Para além disso, gestantes que relataram mais Sintomas Somáticos relataram também mais problemas obstétricos no parto e gestantes com atitudes mais negativas em relação ao parceiro, à gravidez e ao bebé apresentaram maiores taxas de sintomas depressivos no pós-parto (Figueiredo et al., 2014; Przybyła-Basista et al., 2020; Tambelli et al., 2022)

Dificuldades no Ajustamento Materno, podem também comprometer a relação Mãe-Bebé, assim como a sua identidade enquanto mãe, podendo levar a consequências prejudiciais à saúde mental materna, como sintomas depressivos, ansiedade e sentimentos de culpa (Barakat & Linney, 1992; Hwang et al., 2022).

Um Ajustamento positivo prediz padrões de vinculação segura e autoconfiança materna, autoeficácia, satisfação e saúde mental, bem como resultados parentais positivos (Curren et al., 2022; Hwang et al., 2022).

As Atitudes Maternas são um constructo psicológico complexo que engloba uma variedade de crenças, sentimentos e comportamentos que uma mãe tem em relação à maternidade, ao seu bebé e ao seu papel materno. Estas Atitudes, definidas como a tendência psicológica expressa na avaliação de aspetos relacionados à maternidade, têm um impacto

significativo na experiência materna e no desenvolvimento da criança (Figueiredo et al., 2013; Vivaliki et al., 2012; Sockol et al., 2014).

Sockol et al. (2014), identificaram três fatores principais correlacionados com as Atitudes Maternas: as crenças sobre os julgamentos dos outros, as crenças sobre a responsabilidade materna e a idealização do papel materno.

Segundo Vivaliki et al. (2012), as Atitudes face à Maternidade são dinâmicas e multifacetadas, podendo ser influenciadas por uma variedade de fatores. A história de vida da mãe, especialmente as suas experiências na infância e o relacionamento com a própria mãe, moldam as suas expectativas e crenças sobre a maternidade, influenciando as suas Atitudes.

O bem-estar emocional e a saúde mental da mãe desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das suas Atitudes Maternas. Sintomas depressivos, ansiedade ou outras perturbações, podem impactar negativamente a forma como a mulher se percebe como mãe e ao seu bebé. Além disso, Atitudes desadequadas durante a gravidez, aparecem associadas ao surgimento de sintomas depressivos, problemas conjugais e parentais (Przybyła-Basista et al., 2020; Sockol et al., 2014; Vivaliki et al., 2012; Warner et al., 1997).

O apoio social de parceiros, familiares e amigos é essencial para o bem-estar materno e o desenvolvimento de Atitudes positivas em relação à Maternidade, enquanto a falta de apoio pode levar a sentimentos de isolamento e inadequação. As normas e expectativas culturais em torno da maternidade também exercem influência sobre as Atitudes Maternas, podendo afetar significativamente a forma como a mulher se sente em relação ao seu papel (Holden et al., 2022; Ni & Siew Lin, 2011; Vivaliki et al., 2012).

As Atitudes Maternas têm um impacto significativo no desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança. Atitudes Maternas mais positivas promovem uma vinculação segura e um desenvolvimento saudável. Atitudes negativas em relação à Maternidade podem aumentar o risco de problemas de saúde mental na mãe, como depressão pós-parto e ansiedade, além de influenciar a qualidade dos relacionamentos familiares, incluindo o relacionamento com o parceiro e outros filhos (Reitan & Stenberg, 2024; Vivaliki et al., 2012).

Mães com Atitudes mais positivas em relação à gravidez e ao bebé estão envolvidas em práticas mais saudáveis e cuidados de saúde adequados, enquanto mães com Atitudes mais negativas classificam os seus bebés como mais difíceis (Figueiredo et al., 2013).

O Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas são componentes importantes da transição para a maternidade, sendo bons preditores de stress psicológico, como por exemplo

sintomas depressivos. A avaliação do Ajustamento Materno e das Atitudes das mães em relação ao parceiro, à gravidez e ao bebê, é fundamental para identificar situações que podem exigir intervenção profissional, de modo a promover o bem-estar materno, impactando positivamente a dinâmica do casal e o desenvolvimento saudável do bebê (Curren et al., 2022; Figueiredo et al., 2004; Gameiro et al., 2009).

O Presente Estudo

Dado que a Violência Obstétrica se caracteriza pela vivência de uma experiência marcante e por vezes traumática, acreditamos que, à semelhança dos estudos realizados que comprovam que experiências traumáticas no parto podem aumentar a probabilidade de desenvolver consequências psicológicas nocivas, este tipo de violência poderá ter algum efeito sobre o Ajustamento à Maternidade e as Atitudes Maternas das recém-mães.

Estudar esta relação será importante por vários motivos. Primeiramente, pela falta de pesquisa em Psicologia Clínica e em Portugal sobre a temática de Violência Obstétrica, os resultados desta investigação poderão ser um bom contributo para a ciência e para o conhecimento na área. Além disso, perceber de que forma a Violência Obstétrica se relaciona com a experiência da Maternidade, nomeadamente no Ajustamento à mesma e nas Atitudes face ao bebê e ao parceiro, pode auxiliar na prevenção e sensibilização deste género de violência.

Posto isto, o objetivo deste estudo é explorar a relação entre a Perceção de Violência Obstétrica em mulheres portuguesas e o Ajustamento e Atitudes em relação à Maternidade. Especificamente, pretende-se identificar de que forma a Perceção de Violência Obstétrica se relaciona com desenvolvimento de dificuldades no papel materno e perceções das mães em relação à Maternidade. Além disso, queremos compreender a possível influência de fatores sociodemográficos.

Para alcançar este objetivo, propomos algumas hipóteses:

H1: Mulheres com maior Perceção de Violência Obstétrica (VO) têm maior dificuldade no Ajustamento ao papel materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade (MAMA).

H2: Mães mais novas, apresentam uma maior Perceção de Violência Obstétrica (VO).

H3: Mães mais novas, apresentam mais dificuldades no Ajustamento Materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade (MAMA).

H4: Mães Primíparas têm uma maior Percepção de Violência Obstétrica (VO) que mães Multíparas.

H5: Mães Primíparas têm um pior Ajustamento Materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade (MAMA), do que mães Multíparas.

H6: Mães com mais Formação Académica têm uma maior Percepção de Violência Obstétrica (VO).

H7: Mães com mais Formação Académica têm maior facilidade no Ajustamento ao papel maternal (MAMA).

H8: Participantes que realizaram um Parto Vaginal têm uma maior Percepção de Violência Obstétrica (VO).

H9: Participantes que realizaram um Parto por Cesariana têm mais dificuldades no Ajustamento ao papel materno (MAMA).

H10: Participantes que realizaram Procedimentos Sem Consentimento, apresentam uma maior Percepção de Violência Obstétrica (VO).

H11: Participantes que realizaram Procedimentos Sem Consentimento, apresentam um pior Ajustamento Materno e Atitudes mais negativas face à maternidade (MAMA).

Método

Delineamento

Este estudo apresenta um delineamento quantitativo, transversal, correlacional e comparativo, na medida em que a recolha de dados ocorreu num único momento, visando verificar a associação entre a variável independente “Perceção de Violência Obstétrica” e a variável dependente “Ajustamento Materno e Atitudes Maternas”, bem como comparar grupos de mães com diferentes características sociodemográficas, de modo a compreender as diferenças no seu Ajustamento e Atitudes Maternas e na sua Perceção de Violência Obstétrica.

Participantes

O presente estudo possui uma amostra de 470 participantes, obtida após a exclusão de 28 participantes por não cumprimento dos critérios de inclusão.

A amostra é do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos ($M = 33,53$; $DP = 4,24$). Relativamente à Formação Académica, 41,1% ($n = 193$) das participantes concluíram a Licenciatura e 43% ($n = 202$) concluíram o Mestrado, a Formação Académica da amostra restante concluiu o 3º ciclo ($f = 1,3\%$; $n = 6$), o Ensino Secundário ($f = 11,7\%$; $n = 55$) e o Doutoramento ($f = 3\%$; $n = 14$) (Anexo A).

O Número de Partos foi questionado de modo a caracterizar a amostra e a verificar se existe alguma relação entre esta variável sociodemográfica e a Perceção de Violência Obstétrica. Verificámos que 61,3% ($n = 288$) da amostra teve 1 parto, 34,3% ($n = 161$) teve 2 partos, 4,3% ($n = 20$) teve 3 partos e 0,2% ($n = 1$) da amostra teve 4 partos (Anexo A).

À semelhança da variável anterior, questionamos também o tipo de parto (Vaginal ou Cesariana), tendo obtido uma amostra dividida entre 57,9% ($n = 272$) que tiveram um parto Vaginal e 42,1% ($n = 198$) realizaram Cesariana (Anexo A).

Fizemos algumas questões sobre determinados procedimentos e a realização dos mesmos com ou sem consentimento. Verificámos que em 7,2% ($n = 34$) das participantes sofreram uma episiotomia sem o seu consentimento, 6% ($n = 28$) realizaram amniotomia sem o seu consentimento, 1,9% ($n = 9$), sofreram indução de parto (“rebentar as águas”) sem consentimento, 0,6 % ($n = 3$) levaram anestesia sem consentimento e 2,1% ($n = 10$) não obtiveram anestesia pois a equipa médica não permitiu. Por último, das 50,4% de participantes

que levaram um plano de parto, 10,9% ($n = 51$) da amostra diz que o seu plano de parto não foi respeitado (Anexo A).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico teve como objetivo caracterizar a amostra e perceber se existiam características associadas à presença de Violência Obstétrica. Adaptado do questionário criado por Gonzalez de la Torre et al. (2023), incluirá questões sobre Idade; Educação (Sem Educação Formal, 1.º Ciclo do Ensino Básico, 2.º Ciclo do Ensino Básico, 3.º Ciclo do Ensino Básico, Ensino Secundário, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento); Número de Partos; Tipo de Parto (Vaginal ou Cesariana); Realização de Episiotomia, Amniotomia ou Indução de Parto e Consentimento dos mesmos; realização de Anestesia e apresentação de um Plano de Parto e respeito do mesmo por parte dos profissionais de saúde.

Escala de Violência Obstétrica

A Escala de Violência Obstétrica (VO), desenvolvida por Cárdenas e Salinero em 2021, é um instrumento que visa medir a Perceção de mulheres sobre a Violência Obstétrica que possam ter experienciado durante o parto. É um questionário unidimensional que consistia inicialmente em 14 itens, que foram adaptados e validados para o contexto espanhol no estudo conduzido por González-de la Torre e Colegas em 2023. Após a análise psicométrica, a versão final da escala contém 13 itens, uma vez que o item 2 foi eliminado devido à sua consistência interna insatisfatória. Foi traduzida e adaptada a versão espanhola para este estudo, dado a semelhança cultural e regional com o contexto português.

A escala mede a Perceção de Violência Obstétrica, que se refere ao tratamento desumanizado ou depreciativo que as mulheres podem sofrer durante a gravidez, parto ou pós-parto. Os itens da escala abordam diferentes aspetos da experiência de parto, como a falta de consentimento para procedimentos, tratamento desrespeitoso por parte da equipa de saúde e a crítica ao comportamento da mulher durante o parto, com itens como “*Membros da equipa de saúde fizeram comentários irónicos ou depreciativos ou fizeram piadas sobre o seu comportamento.*” (González-de la Torre et al., 2023).

Relativamente às características psicométricas, a escala apresentou um coeficiente de Cronbach de 0,86 e um coeficiente Omega de 0,86, indicando uma boa consistência interna. A validade de conteúdo foi avaliada por um painel de especialistas, onde todos os itens obtiveram valores de Aiken V superiores a 0,71, exceto o item 2 (González-de la Torre et al., 2023).

A validade de construto da escala foi confirmada por meio de análises fatoriais confirmatórias e de Rasch, que demonstraram que a escala é unidimensional. Os índices de Ajustamento mostraram resultados positivos para o modelo unidimensional, com valores de RMSEA, GFI, NNFI, CFI e RMSR indicando um bom Ajustamento entre o modelo proposto e os dados coletados, confirmando que a escala mede de forma consistente o construto que se propõe avaliar. Estas análises indicaram que a escala é capaz de medir de forma eficaz a Percepção de Violência Obstétrica (González-de la Torre et al., 2023).

Os itens são cotados através de uma escala de Likert de 0 a 4 pontos: 0 – “não descreve de todo o que me aconteceu”; 1 – “Não tenho a certeza, mas penso/sinto que não me aconteceu”; 2 – “Não tenho a certeza”; 3 – “Não tenho a certeza, mas penso/sinto que me aconteceu”; 4 – “Aconteceu-me definitivamente”. A pontuação total é obtida através da soma da pontuação de cada item. Quanto maior o resultado obtido no questionário, maior a Percepção de Violência Obstétrica da participante (mínimo – 0; máximo – 52) (González-de la Torre et al., 2023).

Escala MAMA – Maternal Adjustment and Maternal Attitudes

A escala MAMA – Maternal Adjustment and Maternal Attitudes, desenvolvida por Kumar, Robson e Smith e publicada em 1984, trata-se de um instrumento composto por 60 itens destinado a avaliar o Ajustamento e as Atitudes Maternas em relação ao parceiro, gravidez/pós-parto e bebé (Kumar et al., 1984).

É constituída por 5 subescalas: a primeira subescala denominada Imagem Corporal, pretende avaliar a percepção das mães sobre a sua autoimagem e relação com o corpo, para isso são utilizadas perguntas como “*Agradou-lhe a forma do seu corpo*”; a subescala Sintomas Somáticos, visa verificar a presença de queixas físicas com itens como “*Sentiu-se nauseada (enjoos)*”; a subescala Relação Conjugal, avalia a qualidade da relação das mães com os seus parceiros com questões como “*Existiu tensão entre si e o seu marido/companheiro?*”; a subescala Atitudes em Relação ao Sexo com itens como “*Desejou sexualmente o seu marido?*”; e a subescala Atitudes em Relação à Gravidez/Bebé com itens como “*Lamentou estar grávida?*”(Kumar et al., 1984).

As características psicométricas do instrumento incluem uma alta confiabilidade, avaliada por meio de teste-reteste e coeficiente de Bipartição, com coeficientes de correlação significativos. A confiabilidade do teste-reteste e de Bipartição para a subescala de Imagem Corporal foi de 0,89 e 0,72, de 0,83 e 0,58 para os Sintomas Somáticos, 0,81 e 0,74 para a subescala da Relação Conjugal, 0,95 e 0,82 para as Atitudes em Relação ao Sexo e 0,84 e 0,73 para a subescala das Atitudes em Relação à Gravidez/Bebé. (Kumar et al., 1984).

A escala MAMA demonstrou validade relacionada ao critério, com correlações significativas entre os scores da escala e dados de entrevistas independentes, indicando que a escala mede efetivamente o que se propõe a avaliar (Kumar et al., 1984).

Os itens são cotados através de uma escala de Likert de 1 a 4 pontos: 1 – “Nunca/de forma alguma”; 2 – “Raramente/um pouco”; 3 – “Muito/às vezes”; 4 – “Muitíssimo/muitas vezes”. A pontuação total é obtida através da soma da pontuação de cada item. Quanto maior o resultado obtido no questionário, pior o Ajustamento e as Atitudes Maternas da participante (mínimo – 0; máximo – 240) (Kumar et al., 1984).

Após contactar os autores da validação da escala MAMA para Portugal, foi fornecida a versão pós-natal traduzida e adaptada por Figueiredo & Matos (1996), porém não validada. Para o presente estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada pelos autores portugueses e posteriormente realizada uma Análise Fatorial Exploratória, de modo a verificar a validade de construto, isto é, se os itens realmente representam o construto a ser medido.

Procedimento

Foi realizado o pedido de consentimento aos autores da Escala MAMA, versão pós-natal traduzida e adaptada para a população portuguesa (Figueiredo & Matos, 1996) (Anexo B). A Escala de Violência Obstétrica (González-de la Torre et al., 2023), está sobre a licença “*open access*”, pelo que não foi necessário pedir autorização para a sua utilização.

A tradução e adaptação da Escala de Violência Obstétrica para o contexto português seguiu um processo rigoroso de equivalência linguística e cultural, com o objetivo de garantir a validade do instrumento na população alvo. O procedimento incluiu tradução direta e retrotradução por um especialista em tradução de forma a preservar o sentido original dos itens e a sua relevância clínica. Posteriormente, realizou-se uma avaliação por um painel de especialistas em Psicologia Clínica, assegurando a adequação terminológica e a pertinência cultural para a realidade portuguesa (Beaton et al, 2000).

A recolha de dados foi realizada através de formulário online (Anexo C) na plataforma Google Forms. No início do formulário foi apresentado um termo de consentimento informado, sendo a resposta da participante validada apenas se os termos e condições fossem aceites. Todas as participantes receberam informações completas sobre o estudo e foram informadas sobre a natureza voluntária da sua participação e a possibilidade de se retirarem a qualquer momento sem penalidades. As respostas obtidas foram mantidas em sigilo absoluto, sendo que nenhuma identificação pessoal foi pedida e associada aos dados.

Prestado o consentimento informado, as participantes responderam a um conjunto de questões relativas aos critérios de inclusão. Foram selecionadas apenas mulheres com idade até aos 19 anos, dado o impacto da idade no Ajustamento Materno e nas Atitudes face à Maternidade, sobretudo em população adolescente, excluindo-se assim, mulheres que ultrapassavam este limiar etário. Adicionalmente, a amostra foi restringida às mulheres que realizaram um parto hospitalar nos últimos 12 meses e demonstravam capacidade de compreensão e resposta em língua portuguesa (Anexo C).

Por último, excluíram-se as participantes que tivessem experienciado complicações graves durante o parto ou necessitado de cuidados clínicos intensivos/contínuos, aquelas que vivenciaram luto neonatal ou que não estabeleceram vínculo materno (ou seja, parturientes que não exerçam um papel maternal para com o bebé, e.g.: casos de adoção), uma vez que tais circunstâncias poderiam influenciar, de forma independente da experiência de parto, o Ajustamento Materno e as Atitudes face à maternidade, interferindo com o nosso objetivo (Anexo C) (Figueiredo et al., 2013).

As candidatas que preenchiam qualquer um dos critérios de exclusão mencionados acima eram redirecionadas para o encerramento do formulário, não registando a sua resposta (Anexo C).

Posto isto, as participantes tiveram de responder a um breve questionário sociodemográfico, posteriormente à Escala de Violência Obstétrica e em seguida à Escala MAMA, com uma duração média de resposta de 15 minutos (Anexo C).

Ao preencher a Escala de Violência Obstétrica as participantes foram instruídas a refletir sobre suas experiências no momento do parto e a relatar se vivenciaram determinadas práticas e interações. Ao preencher a Escala MAMA, as participantes foram orientadas a relatar as suas atitudes e sentimentos em relação à maternidade, ao parceiro e ao bebé, com base na sua experiência após o parto (Anexo C).

A divulgação do estudo junto da população-alvo foi realizada nas redes sociais, através da partilha em grupos de maternidade, grupos de partilha destinados à população feminina e grupos de vítimas de Violência Obstétrica. Foram também contactadas algumas associações que auxiliaram na divulgação do formulário.

A Associação O CORDÃO¹, predispôs-se no auxílio de partilha do estudo, através da realização de uma publicação nas suas redes e da partilha periódica da mesma, assim como a partilha nos grupos de maternidade que faziam parte. A plataforma *nasc.pt*² partilhou o estudo através dos seus canais de contacto. Por último, a Associação Portuguesa de Doulas³, partilhou também nos seus meios de comunicação de modo a obter mais participantes.

Estas divulgações levaram a um efeito bola de neve, através da divulgação nas redes sociais. Outras associações, profissionais da área reprodutiva, criadores de conteúdo digital e usuários das plataformas digitais, partilharam autonomamente o formulário.

Por último, é importante referir, um dos possíveis impactos éticos desta investigação, o efeito da revivência dos traumas de Violência Obstétrica, que podem gerar desconforto e consequências psicológicas. Como tal, as participantes foram informadas sobre o suporte psicológico disponível (profissionais de saúde mental e recursos locais) no fim dos questionários, através da listagem dos canais disponíveis para apresentarem queixa e/ou procurarem suporte jurídico e/ou psicológico (Anexo C).

¹ Fundada em 2022, a Associação CORDÃO é uma organização nacional sem fins lucrativos que se dedica a assegurar que pessoas grávidas e no pós-parto tenham acesso equitativo a informação confiável e a serviços fundamentais para a sua saúde física e mental. Entre as suas metas, estão a defesa dos direitos da pessoa grávida e no pós-parto, promover literacia em saúde e direitos, criar e financiar uma rede de profissionais especializados ao alcance de quem não pode custear esses apoios, e desenvolver projetos que preencham lacunas na maternidade e parentalidade. Todo o trabalho é realizado voluntariamente, sobretudo por mães e profissionais a tempo inteiro.

² O *nasc.pt*, Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento do CIES-IUL, fundado em 2017, dedica-se à produção, reconhecimento e divulgação de investigação sobre o nascimento como processo social, apoiando o desenvolvimento da Sociologia do Nascimento, influenciando políticas públicas e promovendo o debate ético e prático. Para tal, integra redes de investigação nacionais e internacionais, organiza e participa em eventos científicos, orienta teses e dissertações, acolhe jovens investigadores e sistematiza informação abrangente sobre as diversas dimensões do nascimento em Portugal, fomentando sinergias interdisciplinares e na formação académica.

³ A Doular é uma associação sem fins lucrativos, criada por e para doulas – profissional que oferece apoio emocional, físico e informativo à grávida antes, durante e após o parto, sem realizar intervenções médicas – em Portugal. Oferece iniciativas destinadas a dar visibilidade ao papel das doulas junto de profissionais de saúde, famílias e sociedade em geral, destacando os benefícios de contar com esta assistência em momentos críticos da vida reprodutiva. Reconhecendo a relevância da atividade de doula, a Doular promove o acesso livre ao ambiente de parto e assegura suporte contínuo à grávida e à sua família pelo tempo necessário. Entre as suas metas está, elevar o estatuto legal da profissão, fomentar a formação contínua das associadas, divulgar investigação especializada e influenciar políticas públicas e privadas para integrar e respeitar plenamente as doulas nos sistemas de saúde portugueses.

Análise de Dados

Para análise de dados utilizou-se o programa estatístico IBM SPSS versão 30 e o SPSS-AMOS versão 29.

Dada a utilização de escalas adaptadas e aplicadas pela primeira vez a uma população portuguesa, realizámos uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Confirmatória (AFC) às escalas Violência Obstétrica (VO) e Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), de modo a garantir a validade estrutural das mesmas neste novo contexto cultural e linguístico, assegurando que os itens se agrupam de forma coerente e representam adequadamente os construtos teóricos que pretendem avaliar (Marôco, 2021).

Para realizar a Análise Fatorial é recomendado calcular o tamanho da amostra com base na proporção de pelo menos 5 participantes por item. Assim, para uma escala com 60 itens, seriam idealmente necessários 300 participantes, tendo este critério sido cumprido (Worthington & Whittaker, 2007).

Previamente aferiu-se a fatorabilidade dos dados através da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett (Marôco, 2021).

Para verificar a consistência interna das escalas aplicadas, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach das mesmas e das suas respetivas subescalas (Marôco, 2021).

Para aferir a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas realizámos os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Verificou-se que algumas variáveis não seguiam uma distribuição normal, pelo que, nesses casos, optou-se pela utilização de testes não paramétricos. Para as variáveis cuja distribuição foi considerada normal, foram aplicados testes paramétricos (Marôco, 2021).

Recorremos, assim, à correlação de Spearman para analisar a correlação entre as variáveis VO e MAMA, as suas subescalas e as variáveis sociodemográficas Idade e Número de Partos e à correlação de Pearson para analisar a correlação entre as variáveis MAMA, Número de Partos e Formação Académica (Marôco, 2021).

Realizámos uma regressão linear múltipla para identificar os preditores do Ajustamento à Maternidade e das Atitudes face à Maternidade (MAMA). Foram verificados os pressupostos subjacentes a esta análise, nomeadamente a independência dos resíduos, a

ausência de multicolinearidade, a ausência de *outliers* a afetar o modelo e normalidade dos resíduos, tendo estes sido todos cumpridos (Marôco, 2021).

Para analisar diferenças nas variáveis quantitativas em função das variáveis sociodemográficas que não cumpriam o pressuposto de normalidade, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney (para comparações binárias) e o teste de Kruskal-Wallis (comparações com 3 ou mais categorias). Perante comparações estatisticamente significativas ($p < ,05$), recorremos a comparações múltiplas *pairwise*, com ajuste de Bonferroni, de modo a identificar os grupos responsáveis pelas diferenças significativas e ao cálculo da ordem média de cada opção (Field, 2017; Marôco, 2021).

Para analisar diferenças nas variáveis quantitativas com distribuição normal em função das variáveis sociodemográficas utilizou-se o Teste *t* para amostras independentes (para comparações binárias) e a ANOVA (comparações com 3 ou mais categorias). Perante comparações estatisticamente significativas ($p < ,05$), recorremos aos teste *post-hoc* de Tukey, de modo a identificar os grupos responsáveis pelas diferenças significativas. Foi verificada homogeneidade de variâncias através do teste de Levene e quando não se encontrava cumprida, foi utilizada a correção Welch (Field, 2017; Marôco, 2021).

Resultados

Análise Fatorial da Escala de Violência Obstétrica (VO)

Na Escala de Violência Obstétrica, verificámos a fatorabilidade dos dados através da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett, que foi significativo, representado por um valor de KMO acima de 0,8 e um valor de p no teste de Bartlett inferior a ,001 (Tabela 1).

Tabela 1

Teste de KMO e Bartlett da Escala de Violência Obstétrica (VO)

Bartlett	< ,001*
KMO	,88

*. < ,05

Na Figura 1, encontra-se o grafismo da AFC realizada através do software SPSS-AMOS, com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial da Escala de Violência Obstétrica, composta por 13 itens. O modelo testado assumiu uma estrutura unifatorial, na qual todos os itens se agrupam num único fator latente.

Foi realizado o refinamento do modelo, adicionando-se a trajetória de correlação entre os erros do mesmo fator que apresentaram índice de modificação superior a 11 (itens 1-3, 6-7 e 8-9), pela semelhança de formulação ou conteúdo dos itens (Marôco, 2021).

Os resultados revelaram um ajustamento global aceitável. O qui-quadrado foi significativo ($X^2(62) = 226,03; p < ,001$), e o valor da razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade ($X^2/df = 3,65$) situou-se dentro de limites aceitáveis, indicando um ajustamento razoável. Os principais índices de qualidade do ajustamento ⁴ foram satisfatórios: CFI = 0,93, GFI = 0,94, TLI = 0,92 e IFI = 0,93, todos acima do ponto de corte de 0,90, sugerindo um bom ajustamento do modelo. O RMSEA foi de 0,08, com $p < ,001$, indicando um ajustamento aceitável ($\leq 0,10$). Os índices de parcimónia (PCFI = 0,74 e PGFI = 0,64) foram também

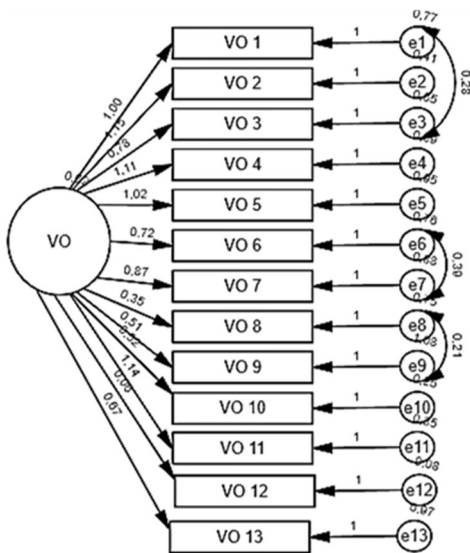
⁴ Índices de qualidade do Ajustamento (Maroco, 2021; Goretzko, Siemund, & Sterner, 2024): X^2 e p-value – quanto menor melhor; $X^2/df > 5$ Ajustamento mau, 2-5 Ajustamento sofrível, 1-2 Ajustamento bom, 1 Ajustamento muito bom; CFI, TLI e IFI < 0,8 Ajustamento mau, 0,8-0,9 Ajustamento sofrível, 0,9-0,95 Ajustamento bom, $\geq 0,95$ Ajustamento muito bom; PCFI e PGFI < 0,6 Ajustamento mau, 0,6-0,8 Ajustamento bom, $\geq 0,8$ Ajustamento muito bom; RMSEA > 0,10 Ajustamento inaceitável, 0,05-0,10 Ajustamento bom, $\leq 0,05$ Ajustamento muito bom; SRMR: quanto mais próximo de 0 melhor, idealmente abaixo de 0,05.

aceitáveis ($\geq 0,60$). O índice de ajustamento absoluto revelou um valor de SRMR = 0,04, indicativo de um bom ajustamento do modelo. Todos os pesos fatoriais foram superiores a 0,30 (Figura 1) (Goretzko et al., 2024; Marôco, 2021).

Estes resultados apoiam a validade fatorial do modelo da Escala de Violência Obstétrica, evidenciando um ajustamento global adequado e uma estrutura coerente com a teoria subjacente (Marôco, 2021).

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Violência Obstétrica (VO)



Análise Fatorial da Escala Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA)

Na presente análise da escala MAMA, constatou-se que os autores originais não realizaram uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) e/ou Confirmatória (AFC) que fundamentasse a proposta de organização dos itens em cinco fatores. Assim, procedeu-se à realização de uma AFE com o objetivo de examinar a estrutura subjacente aos itens e avaliar a sua adequação fatorial.

Previamente à análise, foi necessário proceder à inversão dos itens: 2, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 35, 37, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 55, 58, 59 e 60 (assinalados com *), de forma a garantir a consistência na direção da escala (Kumar et al., 1984).

Verificámos a fatorabilidade dos dados através da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett, que foi significativo, representado por um valor de KMO acima de 0,80 e um valor de p no teste de Bartlett inferior a ,001 (Tabela 2) (Marôco, 2021).

Tabela 2

Teste de KMO e Bartlett da Escala MAMA

Bartlett	< ,001*
KMO	,88

*. < ,05

A primeira extração fatorial resultou na identificação de 15 fatores, explicando 60,64% da variância total. Contudo, os fatores 7, 10, 11, 12, 14 e 15 apresentaram menos de três itens cada, o que justifica a sua eliminação por não cumprirem os critérios mínimos de estabilidade fatorial (Anexo D) (Damásio, 2012; Marôco, 2021).

Subsequentemente, a extração foi forçada para nove fatores, resultando numa variância explicada de 48,96%, no entanto, o nono fator incluía apenas dois itens, o que motivou nova extração com oito fatores, obtendo-se uma variância total explicada de 46,68% (Anexo D) (Damásio, 2012; Marôco, 2021).

Com o intuito de verificar a estrutura proposta originalmente pelos autores, foi realizada uma extração forçada de cinco fatores, a qual explicou 38,58% da variância total (Anexo D) (Damásio, 2012; Marôco, 2021).

Durante todo este processo, os itens 7, 10, 11, 14, 16, 18, 20, 23, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 51, 53, 54 e 59 foram excluídos com base em cargas fatoriais inferiores a 0,30 ou por apresentarem *cross-loadings* relevantes (Anexo D) (Damásio, 2012; Marôco, 2021).

Relativamente aos itens 39 e 42, apesar de apresentarem maior saturação no fator 2, optou-se por mantê-los no fator 1, dado que na versão original da escala se encontram conceptual e empiricamente associados aos restantes itens desse fator (Damásio, 2012; Marôco, 2021).

A estrutura final resultou na retenção de 42 itens com carga fatorial superior a 0,30, distribuídos de acordo com os cinco fatores inicialmente propostos pelos autores, com uma variância total explicada aceitável de 47,37% (Tabela 3) (Damásio, 2012; Marôco, 2021).

Tabela 3

Matriz de Padrões^a da Análise Fatorial Exploratória da escala MAMA com Extração por Componentes Principais e Rotação Oblimin (Kaiser Normalizado)

	Fator				
	1	2	3	4	5
Item 13 *	,87				
Item 58 *	,85				
Item 45 *	,79				
Item 5 *	,77				
Item 46 *	,77				
Item 25	,53				
Item 30	,37				
Item 1		,66			
Item 41		,55			
Item 9		,55			
Item 38		,49			
Item 39	,37	,48			
Item 6		,47			
Item 17		,44			
Item 4		,43			
Item 42	,31	,42			
Item 27		,35			
Item 36			-,78		
Item 34			-,70		
Item 52 *			-,70		
Item 56			-,64		
Item 48 *			-,65		
Item 37 *			-,65		
Item 26 *			-,60		
Item 3			-,59		
Item 50 *			-,53		
Item 15 *			-,46		
Item 43			-,43		
Item 8			-,31		
Item 24 *				,74	
Item 40 *				,70	
Item 22 *				,65	
Item 60 *				,62	
Item 19 *					-,80
Item 44 *					-,78
Item 57					-,74
Item 49					-,72
Item 2 *					-,65
Item 21 *					-,60
Item 55 *					-,47
Item 47 *					-,44
Item 12 *					-,38

a. Rotação convergida em 11 iterações.

*. Itens invertidos

Variância Total Explicada

Fator	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	9,292	21,610	21,610	9,292	21,610	21,610
2	3,281	7,630	29,240	3,281	7,630	29,240
3	2,920	6,790	36,030	2,920	6,790	36,030
4	2,560	5,953	41,983	2,560	5,953	41,983
5	1,944	4,522	46,505	1,944	4,522	46,505

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Análise de Consistência Interna das Escalas

Para verificar a consistência interna das escalas utilizadas, calculamos os alfas de Cronbach para cada escala e para cada fator, apresentados na Tabela 4. Na Escala de Violência Obstétrica, obtivemos uma boa confiabilidade, traduzida num alfa de Cronbach de 0,87.

A escala MAMA revelou também boa confiabilidade, com um alfa de Cronbach de 0,90. A subescala Atitudes Face ao Sexo ($\alpha = 0,86$), Sintomas Somáticos ($\alpha = 0,62$), Relação Conjugal ($\alpha = 0,86$), Atitudes face ao Bebê ($\alpha = 0,74$) e Imagem Corporal ($\alpha = 0,83$), apresentaram também uma boa confiabilidade (Tabela 4).

Tabela 4

Estatísticas de Confiabilidade

	α	Nº de Itens
VO Total	0,87	13
MAMA Total	0,90	42
Atitudes face ao Sexo	0,86	9
Sintomas Somáticos	0,62	8
Relação Conjugal	0,86	12
Atitudes face ao Bebê	0,75	4
Imagem Corporal	0,84	9

Análise Estatística Descritiva das Escalas e Subescalas

Na Tabela 5, encontram-se as medidas descritivas referentes às escalas e subescalas deste estudo, assim como as subescalas dessas variáveis. Percebemos que as participantes obtiveram uma pontuação mediana de 2,00 na Escala de Violência Obstétrica, sugerindo níveis baixos de Percepção de Violência Obstétrica.

Relativamente ao Ajustamento Materno e às Atitudes face a Maternidade, verificámos uma pontuação média de 91,52 ($DP = 16,20$), superior ao ponto médio deste instrumento, indicando níveis elevados de dificuldades de Ajustamento e Atitudes Maternas.

Analisando as subescalas da MAMA, nas Atitudes face ao Sexo verificamos uma média de 23,07 ($DP = 5,67$) superior ao ponto médio, refletindo níveis elevados de alterações na vivência da sexualidade no pós-parto. A dimensão Sintomas Somáticos revela uma média de 13,28 ($DP = 3,61$), inferior ao ponto médio da subescala, o que indica níveis baixos de Sintomatologia Somática. No que diz respeito à subescala Relação Conjugal ($M = 23,41$; $DP = 6,49$) e à subescala Atitudes face ao Bebê ($M = 6,19$; $DP = 2,03$) ambas registaram níveis moderados visto apresentarem valores próximos ao ponto médio. Por fim, a dimensão Imagem Corporal regista uma média de 25,56 ($DP = 5,38$), superior ao ponto médio desta subescala, o que corresponde a níveis elevados de insatisfação com a imagem corporal.

Tabela 5

Estatísticas Descritivas das Escalas e Subescalas

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mdn</i>	<i>AI</i>	<i>Mín. – Máx.</i>
VO	5,39	8,42	2,00	7,00	0 - 46
MAMA	91,52	16,20	91,00	22,00	47 - 148
Atitudes face ao Sexo	23,07	5,67	23,50	8,00	9 - 36
Sintomas Somáticos	13,28	3,61	13,00	5,00	8 - 32
Relação Conjugal	23,41	6,49	23,00	9,25	12 - 47
Atitudes face ao Bebê	6,19	2,03	6,00	3,00	4 - 16
Imagem Corporal	25,56	5,38	26,00	8,00	10 - 36

Análise da Distribuição das Variáveis

Para testar a distribuição das variáveis em estudo, recorremos aos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Na Tabela 6, podemos observar que, com exceção da variável MAMA, todos os valores de p são inferiores a 0,001, indicando a rejeição da hipótese de normalidade para as restantes variáveis. A variável MAMA foi a única que apresentou uma distribuição aproximadamente normal ($p = 0,20$ – Kolmogorov – Smirnov; $p = 0,62$ – Shapiro - Wilk).

Para verificar os pressupostos de normalidade necessários para a escolha dos métodos estatísticos (paramétricos ou não paramétricos), realizamos os testes de normalidade relativos à Escala MAMA de acordo com as variáveis sociodemográficas. Verificamos que com exceção

da Idade ($p < ,001$), todas as variáveis seguem uma distribuição normal ($p > 0,05$). Como a variável Percepção de Violência Obstétrica, não apresentou distribuição normal, assumimos a utilização de testes não paramétricos, pelo que não testamos a normalidade da escala VO de acordo com as variáveis sociodemográficas (Anexo E).

Tabela 6

Análise da Distribuição das Escalas e Subescalas

	Kolmogorov – Smirnov ^a		Shapiro - Wilk	
	Estatística de Teste	p^*	Estatística de Teste	p^*
VO	0,26	< ,001	0,69	< ,001
MAMA	0,03	0,20	0,99	0,62
Atitudes face ao Sexo	0,07	< ,001	0,99	< ,001
Sintomas Somáticos	0,12	< ,001	0,94	< ,001
Relação Conjugal	0,08	< ,001	0,97	< ,001
Atitudes face ao Bebê	0,16	< ,001	0,88	< ,001
Imagem Corporal	0,06	< ,001	0,98	< ,001

$p < ,05$

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Relação entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e o Ajustamento Materno e Atitudes Maternas (MAMA)

Para testar a hipótese 1, recorreremos à correlação de Spearman, apresentada na Tabela 7. Os resultados da análise demonstram uma associação positiva e estatisticamente significativa entre as pontuações totais da Escala de Violência Obstétrica (VO) e da Escala Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (MAMA), com um coeficiente de correlação de 0,28 ($p = < ,001$). Esta correlação indica que mulheres com maior Percepção de Violência Obstétrica tendem a apresentar pontuações mais elevadas na escala MAMA e por isso um pior Ajustamento à Maternidade e Atitudes Maternas mais negativas.

Observou-se que a Percepção de Violência Obstétrica apresenta correlações positivas e estatisticamente significativas com todas as subescalas da MAMA com diferentes magnitudes. A subescala de Sintomas Somáticos foi a que revelou a associação mais forte ($r_s = 0,24, p = < ,001$), sugerindo que mulheres que percebem ter experienciado violência durante o parto tendem a reportar mais sintomas físicos relacionados com o Ajustamento e Atitudes Maternas no pós-parto (Tabela 7).

As Atitudes face ao Sexo ($r_s = 0,23, p = < ,001$) e a Relação Conjugal ($r_s = 0,22, p = < ,001$) também se correlacionaram de forma significativa com a VO, indicando associação entre a experiência de Violência Obstétrica, a sexualidade e a qualidade da relação com o parceiro (Tabela 7).

Verificaram-se ainda correlações mais fracas, embora significativas, com a Imagem Corporal ($r_s = 0,16, p = < ,001$) e com as Atitudes face ao Bebê ($r_s = 0,12, p = < ,001$), apontando para uma possível relação mais sutil na forma como a mulher percebe o próprio corpo e estabelece o vínculo com o filho (Tabela 7).

No que diz respeito ao Ajustamento à maternidade e às Atitudes Maternas, verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre o total da escala MAMA e todas as suas subescalas. As correlações mais elevadas foram observadas com as dimensões Relação Conjugal ($r_s = 0,77, p = < ,001$), Atitudes face ao Sexo ($r_s = 0,77, p = < ,001$) e Imagem corporal ($r_s = 0,74, p = < ,001$), sugerindo que estas dimensões contribuem de forma expressiva para o Ajustamento Materno global. As subescalas Sintomas Somáticos ($r_s = 0,46, p = < ,001$) e Atitudes face ao Bebê ($r_s = 0,46, p = < ,001$) apresentaram correlações moderadas, ainda que significativas (Tabela 7).

Tabela 7

Correlação entre Violência Obstétrica (VO) e o Ajustamento Materno e Atitudes Maternas (MAMA) e as suas Subescalas

	VO	MAMA	AFS	SS	RC
MAMA	0,28**		--	--	--
Atitudes face ao Sexo	0,23**	0,77**	--	--	--
Sintomas Somáticos	0,24**	0,46**	0,23**	--	--
Relação Conjugal	0,22**	0,77**	0,47**	0,18**	--
Atitudes face ao Bebê	0,12*	0,46**	0,23**	0,13**	0,30**
Imagem Corporal	0,16**	0,74**	0,46**	0,23**	0,38**

*. $p < ,05$

**. $p < ,01$

Foi analisado um modelo de regressão linear múltipla, incluindo as variáveis Violência Obstétrica, Idade, Número de Partos e Tipo de Parto, como preditores do MAMA. Este mostrou ser estatisticamente significativo ($F(4, 465) = 11,66, p < ,001$) e explica 8,3% da variância do MAMA ($R^2 \text{ ajustado} = 0,08$) (Tabela 8).

Revelaram ser preditores independentes estatisticamente significativos do MAMA a Percepção de Violência Obstétrica ($\beta = 0,27, p < ,001$), o Número de Partos ($\beta = 0,11, p = 0,01$) e o Tipo de Parto ($\beta = 0,10, p = 0,03$) (Tabela 8). Assim, uma Percepção superior de Violência Obstétrica, um maior Número de Partos e um Parto por Cesariana estão associados a uma maior pontuação no MAMA, logo, a um pior Ajustamento à Maternidade e Atitudes Maternas.

Tabela 8

Regressão Linear para a Predição do Ajustamento Materno e Atitudes Maternas (MAMA)

<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	<i>DP</i>	<i>Durbin-Watson</i>
,302 ^a	,091	,083	15,51441	2,155

Coefficientes

	<i>B (EP)</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i> [*]
VO	0,52 (0,09)	0,27	6,06	< ,001
Idade	0,14 (0,18)	0,04	0,77	0,44
Nº de Partos	3,10 (1,27)	0,11	2,45	0,02
Tipo de Parto	3,17 (1,46)	0,10	2,18	0,03

ANOVA

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> [*]
Regressão	4	11,655	<,001 ^b
Resíduo	465		

*. $p < ,05$

Relação entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e as Variáveis Sociodemográficas

A análise da correlação de Spearman entre a Percepção de Violência Obstétrica e a Idade revelou ser negativa e estatisticamente significativa ($r_s = - 0,11, p = 0,02$). Este resultado apoia a hipótese 2, que sugere que mulheres mais jovens tendem a reportar níveis ligeiramente mais elevados de Percepção de Violência Obstétrica do que mulheres mais velhas (Tabela 9).

Tabela 9

Correlação de Spearman entre Percepção Violência Obstétrica (VO) e a Idade

	Idade	
	r_s	p^*
VO	-,12	,02

*. $p < ,05$

Verificou-se também, através da correlação de Spearman, uma correlação negativa estatisticamente significativa, entre a Percepção de Violência Obstétrica e o Número de Partos ($r_s = -0,12$, $p = 0,01$). Este resultado indica que as participantes com um menor Número de Partos tendem a reportar uma Percepção mais elevada de Violência Obstétrica, apoiando a hipótese 4 (Tabela 10).

Tabela 10

Correlação de Spearman entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e o Número de Partos

	Nº de Partos	
	r_s	p^*
VO	- 0,12	,01

*. $p < ,05$

Foi realizado a correlação de Spearman para avaliar se a Percepção de Violência Obstétrica varia de acordo com o nível de Formação Acadêmica das participantes. Obtivemos um valor de significância de 0,56, que indica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os vários níveis da Formação Acadêmica ao nível da Violência Obstétrica, refutando assim a hipótese 6 (Tabela 11).

Tabela 11

Correlação de Spearman entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Formação Acadêmica

	Formação Acadêmica	
	r_s	p^*
VO	-0,02	,56

*. $p < ,05$

Foi realizado o teste de Mann-Whitney para verificar se existiam diferenças na Percepção de Violência Obstétrica consoante o Tipo de Parto (Vaginal ou Cesariana). Os resultados mostraram que a diferença não é estatisticamente significativa, refutando assim a hipótese 8 ($p = ,08$) (Tabela 12).

Tabela 12

Teste U de Mann-Whitney entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e o Tipo de Parto

	Tipo de Parto	
	<i>U</i>	<i>p</i> *
VO	29413,00	,08

*. $p < ,05$

Para testar a hipótese 10, realizamos um teste de Kruskal-Wallis e comparações por método *Pairwise* (com correção de Bonferri), para verificar se existiam diferenças na Percepção de Violência Obstétrica, consoante a realização de Procedimentos no Último Parto.

Relativamente à realização da Episiotomia, verificamos que a forma como a Episiotomia foi realizada, tem uma relação significativa com a Percepção de Violência Obstétrica ($U = 51,14$; $p = < ,001$). Foram encontradas diferenças através do método *Pairwise* (correção de Bonferri) entre a realização do procedimento Com Consentimento e Sem Consentimento ($p < ,001$) e entre a realização do procedimento Com Consentimento e a Não Realização ($p < ,001$). As participantes que foram submetidas ao procedimento Sem Consentimento, apresentaram uma ordem média mais elevada, sugerindo uma maior Percepção de Violência Obstétrica (Tabela 13).

Tabela 13

Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Episiotomia

			Episiotomia	
Com Consentimento	Sem Consentimento	Não Realizou	<i>H</i>	<i>p</i> *

	(n = 62) Ordem Média	(n = 34) Ordem Média	Episiotomia (n = 374) Ordem Média		
VO	200,98	387,63	227,39	51,14	< ,001

*. $p < ,05$

Relativamente à realização de Amniotomia, verificamos que existe uma relação significativa entre a forma como procedimento foi realizado e a Percepção de Violência Obstétrica das participantes ($H = 27,21$; $p = < ,001$). Foram encontradas diferenças através do Método *Pairwise* (correção de Bonferri) entre a realização do procedimento Com Consentimento e Sem Consentimento ($p < ,001$) e entre a realização do procedimento Com Consentimento e a Não Realização ($p < ,001$). As participantes que foram submetidas ao procedimento Sem Consentimento, apresentaram uma ordem média mais elevada, sugerindo uma maior Percepção de Violência Obstétrica (Tabela 14).

Tabela 14

Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Amniotomia

	Amniotomia			<i>H</i>	<i>p</i> *
	Com Consentimento (n = 137) Ordem Média	Sem Consentimento (n = 28) Ordem Média	Não Realizou (n = 305) Ordem Média		
MAMA	220,11	359,77	231,01	27,21	< ,001

*. $p < ,05$

Relativamente à realização de Anestesia, verificamos que a forma como procedimento foi realizado também se relaciona significativamente com a Percepção de Violência Obstétrica ($H = 11,97$; $p = ,007$). Foram encontradas diferenças através do Método *Pairwise* (correção de Bonferri) entre a realização do procedimento Com Consentimento e Sem Consentimento ($p = ,003$), entre a realização do procedimento Sem Consentimento e a Não Realização por vontade própria ($p = ,001$) e entre a realização do procedimento Sem Consentimento e a Não Realização por não permissão dos profissionais ($p = ,02$) (Tabela 15).

As participantes que foram submetidas ao procedimento Sem Consentimento apresentaram uma ordem média mais elevada, seguindo as participantes que não obtiveram o

procedimento por não permissão, sugerindo que estes dois grupos apresentam uma maior Percepção de Violência Obstétrica (Tabela 15).

Tabela 15

Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Anestesia

	Anestesia				<i>H</i>	<i>p</i> [*]
	Com Consentimento (<i>n</i> = 411) Ordem Média	Sem Consentimento (<i>n</i> = 3) Ordem Média	Não Realizou por Vontade (<i>n</i> = 46) Ordem Média	Não Realizou porque não Permitiram (<i>n</i> = 10) Ordem Média		
MAMA	236,70	461,17	203,90	263,65	11,97	,007

*. $p < ,05$

Relativamente à realização de procedimentos para a Indução de Parto, verificámos que a ausência de Consentimento para a realização do procedimento, também se relaciona significativamente com a Percepção de Violência Obstétrica ($H = 22,69$; $p = < ,001$). Foram encontradas diferenças através do Método *Pairwise* (correção de Bonferri) entre a realização dos procedimentos Com Consentimento e Sem Consentimento ($p = ,003$), entre a realização dos procedimentos Com Consentimento e a Não Realização ($p = ,001$) e entre a realização dos procedimentos Sem Consentimento e a Não Realização ($p < ,001$). As participantes que foram submetidas ao procedimento Sem Consentimento, apresentaram uma ordem média mais elevada, sugerindo uma maior Percepção de Violência Obstétrica (Tabela 16).

Tabela 16

Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO) e a Realização de Indução de Parto

	Indução de Parto			<i>H</i>	<i>p</i> [*]
	Com Consentimento (<i>n</i> = 220) Ordem Média	Sem Consentimento (<i>n</i> = 9) Ordem Média	Não Realizou (<i>n</i> = 241) Ordem Média		
VO	253,53	387,11	213,56	22,69	< ,001

*. $p < ,05$

No que diz respeito à utilização do Plano de Parto, verificámos que o desrespeito e não aceitação do mesmo, está significativamente relacionado com a Perceção de Violência Obstétrica ($H = 79,70$; $p = < ,001$). Foram encontradas diferenças através do Método *Pairwise* (correção de Bonferri) entre o Respeito e Desrespeito do Plano de Parto ($p < ,001$) e entre a Não Utilização do Plano de Parto e o Desrespeito do mesmo ($p < ,001$). As participantes que sentiram que os profissionais não respeitaram ou aceitaram o plano sugerido, apresentaram uma maior Perceção de Violência Obstétrica (Tabela 17).

Tabela 17

Resultado do Teste de Kruskal-Wallis entre a Perceção de Violência Obstétrica (VO) e a aceitação do Plano de Parto

	Plano de Parto			<i>H</i>	<i>p</i> [*]
	Aceite/Respeitado (<i>n</i> = 186) Ordem Média	Não Aceite/Respeitado (<i>n</i> = 51) Ordem Média	Não Levaram Plano (<i>n</i> = 233) Ordem Média		
VO	206,55	388,79	225,06	79,70	< ,001

*. $p < ,05$

Relação entre o Ajustamento à Maternidades e as Atitudes Maternas e as Variáveis Sociodemográficas

A análise da correlação de Spearman entre a Escala MAMA e a Idade não foi significativa ($r_s = 0,07$; $p = 0,11$). Este resultado refuta a hipótese 3, que sugere que há diferenças no Ajustamento e Atitudes Maternas face a Idade das participantes (Tabela 18).

Tabela 18

Correlação entre o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e Idade

	Idade	
	<i>r_s</i>	<i>p</i> [*]
MAMA	0,07	0,11

*. $p < ,05$

A análise da correlação de Pearson foi significativa entre o MAMA e o Número de Partos ($r = 0,09$, $p = 0,04$), sugerindo que um maior Número de Partos está relacionado a um pior Ajustamento e Atitudes Maternas, refutando a hipótese 5 (Tabela 19).

Tabela 19

Correlação entre o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e o Número de Partos

	Nº de Partos	
	r	p^*
VO	0,09	0,04

*. $p < ,05$

Foi realizada uma correlação de Spearman para avaliar se o MAMA se relaciona com o nível de Formação Académica das participantes. Obtivemos um valor de significância de 0,55 ($r = - 0,03$), refutando assim a hipótese 7, o que indica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis (Tabela 20).

Tabela 20

Correlação entre o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e a Formação Académica

	Formação Académica	
	R_s	p^*
MAMA	- 0,005	0,91

*. $p < ,05$

Foi realizado o teste de t para verificar se existiam diferenças no Ajustamento e Atitudes Maternas consoante o Tipo de Parto (Vaginal ou Cesariana). Os resultados mostraram que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,02$). Através da média, verificamos que as participantes que realizaram um parto por Cesariana, apresentam um pior Ajustamento e Atitudes Maternas, comprovando assim a hipótese 9 (Tabela 21).

Tabela 21*Teste t do Ajustamento Materno e Atitudes Maternas (MAMA) entre o Tipo de Parto*

	Tipo de Parto		<i>t</i>	<i>p</i> [*]
	Vaginal (<i>n</i> = 272) Média (DP)	Cesariana (<i>n</i> = 198) Média (DP)		
MAMA	90,20 (16,62)	93,34 (15,47)	- 2,08	0,02

*. *p* < ,05

Para testar a hipótese 11, realizámos uma ANOVA e testes *post-hoc* de Tukey, para verificar se existiam diferenças no Ajustamento à Maternidade e nas Atitudes Maternas, consoante a realização de procedimentos no último parto. Relativamente à realização da Episiotomia, encontrámos diferenças estatisticamente significativas no Ajustamento e Atitudes Maternas em função da forma como a Episiotomia foi realizada ($F(2,467) = 6,79; p = ,001$). Foram encontradas diferenças através do teste *post-hoc* de Tukey entre a realização do procedimento Com Consentimento e Sem Consentimento ($p < ,001$), a Não Realização do procedimento e a sua realização Com Consentimento ($p = 0,04$) e a Não Realização do procedimento e a sua realização Sem Consentimento ($p = 0,04$). As participantes que foram submetidas ao procedimento Sem Consentimento apresentaram uma média mais elevada, sugerindo mais dificuldades no Ajustamento Materno e Atitudes Maternas mais negativas (Tabela 22).

Tabela 22*ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) entre a Realização de Episiotomia*

	Episiotomia			<i>F</i>	<i>p</i> [*]
	Com Consentimento (<i>n</i> = 62) Média (DP)	Sem Consentimento (<i>n</i> = 34) Média (DP)	Não Realizou (<i>n</i> = 374) Média (DP)		
MAMA	86,34 (16,18)	98,80 (17,80)	91,72 (0,82)	6,79	,001

*. *p* < ,05

Relativamente à realização da Amniotomia, encontramos diferenças estatisticamente significativas no Ajustamento e Atitudes Maternas em função da forma como a Amniotomia foi realizada ($F(2,467) = 8,53; p < ,001$). Foram encontradas diferenças através do teste *post-hoc* de Tukey entre a realização do procedimento Com Consentimento e Sem Consentimento ($p < ,001$) e a Não Realização do procedimento e a sua realização Sem Consentimento ($p = 0,02$). As participantes que foram submetidas ao procedimento Sem Consentimento, apresentaram uma média mais elevada, sugerindo mais dificuldades no Ajustamento Materno e Atitudes Maternas mais negativas (Tabela 23).

Tabela 23

ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas entre a Realização de Amniotomia

	Amniotomia			<i>F</i>	<i>p</i> *
	Com Consentimento (<i>n</i> = 137) Média (DP)	Sem Consentimento (<i>n</i> = 28) Média (DP)	Não Realizou (<i>n</i> = 305) Média (DP)		
MAMA	88,88 (15,33)	102,50 (18,20)	91,70 (16,00)	8,53	< ,001

*. $p < ,05$

Relativamente à realização da Anestesia, encontramos diferenças estatisticamente significativas no Ajustamento e Atitudes Maternas em função da forma como a Anestesia foi realizada ($F(3,466) = 7,18; p < ,001$). Foram encontradas diferenças através do teste *post-hoc* de Tukey entre a realização do procedimento Com Consentimento e Sem Consentimento ($p < ,001$), a Não Realização do procedimento porque a Participante Não Quis e a sua realização Sem Consentimento ($p < ,001$) e a não realização do procedimento porque os Profissionais Não Permitiram e a sua realização Sem Consentimento ($p < ,001$). As participantes que foram submetidas ao procedimento Sem Consentimento, apresentaram uma média mais elevada, sugerindo mais dificuldades no Ajustamento Materno e Atitudes Maternas mais negativas (Tabela 24).

Tabela 24

ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) entre a Realização de Anestesia

	Anestesia				<i>F</i>	<i>p</i> *
	Com Consentimento (<i>n</i> = 411) Média (DP)	Sem Consentimento (<i>n</i> = 3) Média (DP)	Não Realizou por Vontade (<i>n</i> = 46) Média (DP)	Não Realizou porque não Permitiram (<i>n</i> = 10) Média (DP)		
MAMA	91,38 (15,83)	131,00 (15,39)	92,10 (15,99)	82,90 (18,15)	7,18	< ,001

*. $p < ,05$

Relativamente à realização de Indução de Parto, não encontramos diferenças estatisticamente significativas no Ajustamento e Atitudes Maternas em função da realização ou Consentimento do procedimento ($F(2;21,34) = 2,13; p = 0,14$) (Tabela 25).

Tabela 25

ANOVA do Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) entre a Realização de Indução de Parto

	Indução de Parto			<i>F</i> (<i>Welch</i>)	<i>p</i> *
	Com Consentimento (<i>n</i> = 220) Média (DP)	Sem Consentimento (<i>n</i> = 9) Média (DP)	Não Realizou (<i>n</i> = 241) Média (DP)		
MAMA	90,56 (15,51)	106,00 (23,21)	91,85 (16,33)	4,09	0,14

*. $p < ,05$

Por último, no que refere ao Plano de Parto, também não encontramos diferenças estatisticamente significativas no Ajustamento e Atitudes Maternas em função da utilização do Plano de Parto e da aceitação/respeito do mesmo ($F(2,467) = 2,93; p = ,06$) (Tabela 26).

Tabela 26*ANOVA para o Ajustamento Materno e as Atitudes Maternas (MAMA) e o Plano de Parto*

	Plano de Parto				
	Aceite/Respeitado (<i>n</i> = 186) Média (DP)	Não Aceite/Respeitado (<i>n</i> = 51) Média (DP)	Não Levaram Plano (<i>n</i> = 233) Média (DP)	<i>F</i>	<i>p</i> *
<i>MAMA</i>	89,37 (15,98)	94,20 (17,66)	92,65 (15,92)	2,93	< ,06

* *p* < ,05

Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar a relação entre a Percepção de Violência Obstétrica (VO), o Ajustamento Materno e as Atitudes face à Maternidade (MAMA), em mulheres portuguesas que deram à luz no último ano.

Pretendeu-se ainda analisar o papel de variáveis sociodemográficas e obstétricas, como a Idade, Número de Partos, Tipo de Parto, Formação Académica e a influência da realização de Procedimentos Com ou Sem Consentimento, na Percepção de Violência Obstétrica e no Ajustamento e Atitudes Maternas das participantes.

A Análise Fatorial da Escala de Violência Obstétrica evidenciou uma boa adequação dos dados e confirmou a validade de um modelo unifatorial, com índices de qualidade do ajustamento global satisfatórios. Estes resultados reforçam a consistência teórica da escala e a sua utilidade como instrumento válido para avaliar a Percepção de Violência Obstétrica no contexto português (Goretzko et al., 2024; Marôco, 2021).

Por outro lado, a análise da escala MAMA revelou maior complexidade, dado que a estrutura original não estava suportada por análises fatoriais anteriores. Apesar da necessidade de exclusão de vários itens e de ajustes sucessivos, foi possível reter uma estrutura coerente de cinco fatores, alinhada com a proposta original dos autores, com uma variância total explicada razoável. Estes resultados sugerem que, embora a escala MAMA tenha algum potencial para avaliar o Ajustamento e as Atitudes Maternas, apresenta fragilidades psicométricas que exigem cautela na sua utilização e apontam para a necessidade de mais estudos de validação (Marôco, 2021).

De forma geral, as escalas utilizadas revelaram boa consistência interna. A Escala de Violência Obstétrica ($\alpha = 0,87$) e a Escala MAMA ($\alpha = 0,90$) revelaram fiabilidade global das medidas. As subescalas Atitudes face ao Sexo ($\alpha = 0,86$), Relação Conjugal ($\alpha = 0,86$), Imagem Corporal ($\alpha = 0,83$) e Atitudes face ao Bebê ($\alpha = 0,75$) mostraram consistência adequada. Apenas a subescala Sintomas Somáticos ($\alpha = 0,62$) revelou uma consistência interna mais baixa, porém ainda aceitável em construtos psicológicos (Kline, 1999).

Apesar de a literatura apontar para níveis elevados de Violência Obstétrica em diferentes contextos, neste estudo as participantes reportaram uma percepção globalmente baixa. Este resultado pode refletir características específicas da amostra, como o elevado nível de escolaridade e a possibilidade de realização do parto em instituições com práticas obstétricas mais alinhadas com recomendações humanizadas, o que poderá reduzir a exposição a

comportamentos considerados violentos (Brunello et al. 2024; Lazzerini et al. 2022; Mena-Tudela et al. 2020).

Outra hipótese prende-se com a subjetividade na Percepção da Violência Obstétrica, uma vez que práticas frequentemente descritas como violentas em termos científicos ou jurídicos podem ser interpretadas pelas mulheres como normativas ou até necessárias no contexto do parto, diminuindo a probabilidade de as identificarem como formas de violência (Annborn & Finnbogadóttir, 2022).

No que diz respeito ao Ajustamento Materno e Atitudes Maternas, os resultados apontam para dificuldades significativas, sobretudo no que toca às Atitudes face ao Sexo, Relação Conjugal e à Imagem Corporal no pós-parto. A literatura destaca a vulnerabilidade da mulher neste período de transição, em que as mudanças físicas, emocionais e relacionais podem impactar negativamente o bem-estar materno. Curiosamente, embora as mulheres não tenham identificado elevados níveis de Violência Obstétrica, revelaram dificuldades significativas no Ajustamento Materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade, sugerindo que outros fatores além da Percepção de Violência podem estar a influenciar este ajustamento, como exigências sociais, pressões no desempenho do papel materno ou dinâmicas relacionais (Figueiredo et al., 2013; Hwang et al., 2022; Reitan & Stenberg, 2024; Vivaliki et al., 2012).

No âmbito do objetivo desta investigação, hipotetizamos que existiria uma relação entre a Percepção de Violência Obstétrica e o Ajustamento e Atitudes Maternas. Verificámos que uma maior Percepção de Violência Obstétrica está associada a um pior Ajustamento Materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade, confirmando assim a Hipótese 1.

As correlações observadas com as subescalas da Escala MAMA reforçam esta interpretação. A relação mais forte foi encontrada com a subescala Sintomas Somáticos, sugerindo que a experiência de Violência Obstétrica pode ter repercussões somáticas no pós-parto. Este resultado parece ser consistente com a literatura que associa experiências traumáticas durante o parto a um aumento de queixas físicas como fadiga, dores persistentes, insónias, entre outras, podendo estas queixas ser mediadas por mecanismos de stress e tensão muscular associados ao trauma psicológico (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Yurt et al., 2023).

As Atitudes face ao Sexo e a Relação Conjugal também apresentaram associações significativas com a Violência Obstétrica, sugerindo que a experiência de Violência Obstétrica pode influenciar a intimidade e a qualidade relacional com o parceiro. Estes resultados vão de

encontro com investigações que apontam para o parto traumático como fator de risco para disfunção sexual, diminuição do desejo e tensão conjugal. A possível presença de sentimentos de desrespeito ou invasão física durante o parto poderá interferir na percepção de segurança e conforto no contexto sexual e afetivo no pós-parto (Kahalon & Klein, 2024; Martinez-Vásquez et al., 2021).

A correlação entre a Percepção de Violência Obstétrica e as subescalas Imagem Corporal e Atitudes face ao Bebê, embora mais fraca, também se revelou significativa. Segundo Kahalon e Klein (2024), a experiência abusiva durante o parto, pode ter implicação no desenvolvimento da relação mãe-bebê. Já Kohan e Colegas (2025) sugerem que a Percepção de Violência Obstétrica parece afetar a autoestima e imagem corporal das recém-mães. No entanto é importante considerar que existem outros fatores que influenciam as Atitudes face ao Bebê e a Imagem Corporal da mãe, como fatores hormonais, mudanças físicas no pós-parto ou características temperamentais do bebê, que podem justificar a relação mais fraca entre estas variáveis, independentes da experiência de Violência Obstétrica.

As fortes correlações entre o total da MAMA e as suas subescalas Relação Conjugal, Atitudes face ao Sexo e Imagem Corporal mostram que estas dimensões têm um peso substancial no Ajustamento Materno global, seguindo-se as subescalas Atitudes face ao Bebê e Sintomas Somáticos. A literatura vai de encontro a estes resultados, apontando para o peso substancial que o relacionamento conjugal pode ter no Ajustamento Materno, sendo comum o afastamento e os desafios conjugais durante o pós-parto (Curren et al., 2022).

O modelo de regressão linear múltipla revelou que a Percepção de Violência Obstétrica, o Número de Partos e o Tipo de Parto foram preditores independentes significativos do Ajustamento Materno e das Atitudes face à Maternidade (MAMA), explicando 8,3% da variância total.

A associação positiva entre a Percepção de Violência Obstétrica e um pior Ajustamento à Maternidade confirma e reforça a hipótese central deste estudo (H1), alinhando-se com investigações anteriores que documentam os efeitos adversos da experiência de parto traumática ou desrespeitosa sobre o bem-estar psicológico materno (Hernández-Martínez et al., 2020; Kohan et al., 2025; Paiz et al., 2022; Yurt & Çankaya, 2023).

Este resultado sugere que a Percepção de práticas abusivas ou desumanizantes no parto constitui um fator de risco para o Ajustamento ao papel Materno e para Atitudes mais negativas face à Maternidade.

O Número de partos também emergiu como preditor significativo, o que vai ao encontro da literatura que indica que a paridade influencia a vivência materna, possivelmente devido às experiências prévias. É plausível que, em alguns casos, múltiplos partos possam aumentar a probabilidade de contacto com práticas de Violência Obstétrica, ou que multiparidade esteja associada a maiores exigências físicas e psicológicas no pós-parto, afetando o Ajustamento global (Martínez-Galiano et al., 2021).

O Tipo de Parto mostrou-se igualmente relevante, com as participantes submetidas a Cesariana a apresentarem pior Ajustamento Materno. Este achado está de acordo com estudos que apontam a Cesariana como associada a um maior risco de depressão no pós-parto, insatisfação corporal e alterações na sexualidade. A possível percepção de perda de controlo sobre o processo, aliada a tempos de recuperação física mais prolongados, pode contribuir para o impacto negativo no Ajustamento e Atitudes Maternas (Ples et al., 2018).

Embora o R^2 ajustado (8,3%) indique que a maior parte da variabilidade no Ajustamento e Atitudes Maternas permanece explicada por outros fatores não incluídos no modelo, a significância estatística destes preditores sugere que a experiência de parto, e particularmente a Percepção de Violência Obstétrica, não é apenas um evento pontual, mas sim um elemento potencialmente determinante no Ajustamento Psicológico à Maternidade.

A correlação significativa entre a Percepção de Violência Obstétrica e a Idade dá suporte à Hipótese 2, indicando que mulheres mais jovens tendem a reportar níveis ligeiramente mais elevados de Violência Obstétrica em comparação com mulheres mais velhas. Este padrão é coerente com estudos que apontam para a idade materna como um fator de vulnerabilidade na experiência de parto. Mulheres mais jovens, podem apresentar expectativas menos ajustadas à realidade dos cuidados obstétricos, menor conhecimento sobre os seus direitos ou sentir maior dificuldade em exercer autonomia perante a equipa de saúde, o que pode amplificar a percepção de práticas desrespeitosas ou abusivas (Figueiredo et al., 2013; Reitan & Stenberg, 2024).

A análise da correlação entre a Escala MAMA e a Idade não foi significativa, refutando a Hipótese 3, indicando que a Idade não é um fator determinante no que diz respeito ao Ajustamento e Atitudes Maternas. Alguns autores defendem que o Ajustamento à maternidade aparenta ser mais difícil para mães mais jovens, indo contra os achados deste estudo. Uma possível explicação para tal resultado, é que o Ajustamento e Atitudes Maternas pode depender mais de fatores psicossociais, como relação conjugal, experiências passadas, número de filhos, do que da Idade em si (Figueiredo et al., 2013; Reitan & Stenberg, 2024).

Verificamos também que mães Primíparas apresentaram maior Percepção de Violência Obstétrica comparativamente a Multíparas (confirmando H4), o que pode estar relacionado com expectativas de parto não correspondidas ou menor experiência prévia (Mena-Tudela et al., 2020).

Ao contrário do esperado, verificámos que quanto maior o Número de Partos, pior o Ajustamento e Atitudes Maternas, refutando assim a Hipótese 5. Segundo Gameiro e Colegas (2009), apesar de Primíparas apresentam maiores dificuldades de Ajustamento ao novo papel quando comparadas com Multíparas, ambos os grupos experienciam fortes exigências durante o pós-parto. Os autores afirmam ainda que Multíparas apresentam um pior Ajustamento em alguns parâmetros, como por exemplo maior insatisfação conjugal em comparação com Primíparas.

A literatura, diz-nos que mulheres com um menor nível de escolaridade tendem a reportar uma maior experiência de Violência Obstétrica, assim como um pior Ajustamento Materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade (Azzam et al., 2023; Castro & Frías, 2016; Figueiredo et al., 2013; Molla et al., 2022; Reitan & Stenberg, 2024). Contrariamente ao esperado, não encontramos uma relação significativa entre a Formação Académica e as escalas Violência Obstétrica e MAMA, refutando assim a H6 e H7, que previa um melhor Ajustamento Materno e uma maior Percepção de Violência Obstétrica em mulheres mais escolarizadas.

Uma possível explicação para este resultado prende-se com as características da presente amostra, composta maioritariamente por mulheres com formação superior, o que poderá ter reduzido a variabilidade necessária para identificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Assim, neste estudo, a escolaridade não se revelou um fator diferenciador nem no Ajustamento Materno e Atitudes Maternas, nem na Percepção de Violência Obstétrica.

Relativamente ao Tipo de Parto, a análise revelou dois padrões distintos. Primeiro, no que se refere à Percepção de Violência Obstétrica, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que tiveram um parto Vaginal e aquelas que tiveram parto por Cesariana, o que leva à rejeição da Hipótese 8. Este resultado indica que a experiência de Violência Obstétrica pode ocorrer independentemente do Tipo de Parto, estando mais relacionada com a forma como a mulher é tratada e respeitada durante o processo do que com o procedimento obstétrico em si.

A literatura parece ser ambivalente no que toca a este assunto. Alguns autores defendem que o Parto Vaginal, pela sua necessidade de maior intervenção e colaboração, está associado a uma maior Perceção de Violência Obstétrica. Por outro lado, outros autores defendem que a sensação de perda de autonomia e de poder de decisão por vezes presente no parto por Cesariana é sentida como violenta e desrespeituosa (Hakimi et al., 2025; Silva-Fernandez et al., 2023)

Martínez-Galiano et al. (2021), verificaram que a realização de um parto instrumentalizado ou por Cesariana, é sentido como mais invasivo, aumentando a Perceção de perda de controlo e vulnerabilidade. Contudo, a Cesariana parece ser um fator protetor para a violência verbal, sendo esta mais sentida em partos induzidos. Os autores reforçam a importância de não isolar o Tipo de Parto, mas tentar compreender como é que o processo do mesmo é conduzido e comunicado.

Por outro lado, percebemos que as participantes que realizaram Cesariana apresentaram piores resultados no Ajustamento ao papel Materno em comparação com as que realizaram um parto Vaginal, confirmando a Hipótese 9. Isto sugere que a Cesariana parece estar associada a maiores dificuldades no pós-parto. Ples e colegas (2018), afirmam que o parto por Cesariana, especialmente em contexto de urgência, parece estar associado a uma maior vulnerabilidade psicológica no período pós-parto, a um aumento do risco de sintomas depressivos e de perceções negativas da experiência do parto, o que pode afetar o Ajustamento ao papel maternal e as Atitudes Maternas.

Os resultados evidenciaram também que a forma como determinados procedimentos obstétricos são realizados, sobretudo no que diz respeito ao consentimento informado, tem uma relação significativa na Perceção de Violência Obstétrica e, em alguns casos, no Ajustamento Materno e nas Atitudes face à Maternidade, das participantes.

No que diz respeito à Perceção de Violência Obstétrica, verificou-se que a ausência de Consentimento para a realização de Episiotomia, Amniotomia, Anestesia e Indução do Parto está associada a pontuações mais elevadas de Violência Obstétrica. As mulheres submetidas a estes procedimentos Sem Consentimento apresentaram ordens médias significativamente superiores às das que deram Consentimento ou não foram submetidas aos procedimentos, com diferenças particularmente expressivas para a Episiotomia e Amniotomia. Estes achados corroboram estudos prévios que identificam a ausência de Consentimento como um dos elementos centrais na definição de Violência Obstétrica, salientando que não é apenas a

natureza do procedimento, mas sobretudo a forma como é comunicado e conduzido, que molda a experiência materna. (Annborn & Finnbogadóttir, 2022; Bohren et al., 2015; Leijerzapf et al., 2024; Martínez-Galiano et al, 2021; Mendes et al., 2022; WHO, 2014)

Quanto ao Ajustamento e Atitudes Maternas, observou-se que a realização de Episiotomia, Amniotomia e Anestesia Sem Consentimento está associada a piores resultados na Escala MAMA, refletindo maior dificuldade no Ajustamento ao papel Materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade. Os valores médios mais elevados foram consistentes para os grupos Sem Consentimento, com destaque para a Anestesia, onde se registou a média mais alta da escala MAMA (indicando pior Ajustamento), sugerindo possível ligação entre sentimentos de invasão ou desrespeito e dificuldades emocionais no pós-parto. Em contrapartida, para a Indução do Parto e o Plano de Parto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no Ajustamento Materno.

Estes resultados parecem reforçar a Hipótese 1, indicando que a Perceção de ausência de poder e autonomia no momento do parto, pode levar a um pior Ajustamento Materno e Atitudes mais negativas face à Maternidade. Apesar da literatura não realizar uma relação direta entre a ausência de Consentimento e o Ajustamento e Atitudes Maternas, aponta para o efeito da Violência Obstétrica na qualidade de vida e saúde mental das mães que a experienciam, com incidência em áreas que parecem contribuir para o Ajustamento Materno, como Autoimagem, Relação Conjugal, Relação Mãe-Bebé, entre outras (Kohan et al, 2025; Martinez-Vázquez et al., 2021).

De forma geral, estes resultados reforçam que o Consentimento Informado não é apenas um requisito legal e ético, mas também um elemento protetor para a saúde mental no pós-parto. Procedimentos invasivos realizados Sem Consentimento podem amplificar sentimentos de vulnerabilidade, diminuir a confiança na equipa de saúde e comprometer o Ajustamento Materno, apontando para a necessidade de práticas obstétricas centradas na mulher, que valorizem a comunicação clara e a tomada de decisão partilhada (Leijerzapf et al., 2024; Martinez-Vázquez et al., 2021).

Implicações Práticas

Os resultados deste estudo apresentam implicações práticas relevantes para a Psicologia Clínica, para a prática obstétrica e para as políticas de saúde materna.

Em primeiro lugar, evidenciam a necessidade de uma avaliação precoce e sistemática da saúde psicológica das mulheres no período pós-parto, sobretudo daquelas que relatam experiências de Violência Obstétrica. A associação encontrada entre percepção de práticas desrespeitosas e dificuldades no Ajustamento e Atitudes Maternas reforça a importância de um acompanhamento psicológico direcionado, capaz de promover o Ajustamento ao papel maternal e Atitudes mais positivas face à maternidade. Neste sentido, torna-se fundamental que psicólogos com prática clínica em contexto perinatal recebam formação específica para identificar indicadores de Violência Obstétrica e intervir de modo a promover um Ajustamento e Atitudes Maternas positivos e funcionais.

Do ponto de vista dos serviços de saúde, os resultados apontam para a necessidade de promover cuidados obstétricos centrados na mulher, em que o consentimento informado seja respeitado como princípio ético e clínico, e não apenas como requisito legal. A ausência de consentimento em procedimentos invasivos revelou-se particularmente prejudicial, tanto na Percepção de Violência Obstétrica como no Ajustamento e Atitudes Maternas, sugerindo que a forma como os atos clínicos são comunicados e conduzidos é tão determinante quanto a sua natureza.

Assim, importa desenvolver protocolos institucionais que privilegiem a comunicação clara, a escuta ativa e a tomada de decisão partilhada, reforçando o vínculo de confiança entre equipa de saúde e a parturiente.

Numa perspetiva mais alargada, estes achados contribuem para o reconhecimento da Violência Obstétrica como um problema de saúde pública, com impacto direto no bem-estar psicológico materno e, potencialmente, no desenvolvimento da criança e na dinâmica familiar. Paralelamente, políticas de sensibilização dirigidas às grávidas e aos seus acompanhantes sobre os seus direitos e sobre a importância da autonomia e do consentimento podem constituir uma estratégia protetora contra práticas violentas e contribuir para experiências de parto mais positivas.

Finalmente, em termos científicos, os resultados fornecem um contributo valioso e inovador, mediante a ausência de estudos na área. Esta investigação constitui uma das primeiras em Portugal, no âmbito da Psicologia Clínica, a explorar a relação entre a Percepção de Violência Obstétrica e o Ajustamento e Atitudes Maternas, oferecendo evidência empírica para um fenómeno pouco investigado em Psicologia Clínica.

Ao estabelecer esta ligação, este estudo abre caminho para novas linhas de investigação, reforça a pertinência de integrar a Violência Obstétrica no debate científico sobre saúde mental perinatal e destaca a necessidade de desenvolver instrumentos de avaliação e estratégias de intervenção adaptadas à realidade portuguesa.

Por fim, verificámos a necessidade de validação e adaptação de instrumentos de avaliação da Violência Obstétrica e de Ajustamento e Atitudes Maternas no contexto português, assim como a necessidade de investigações longitudinais que permitam compreender os efeitos a médio e longo prazo destas experiências.

Limitações e Estudos Futuros

Apesar dos resultados obtidos fornecerem contributos relevantes para a compreensão da relação entre a Perceção de Violência Obstétrica e o Ajustamento e Atitudes Maternas, este estudo apresenta um conjunto de limitações que são importantes considerar na interpretação dos dados.

Em primeiro lugar, é importante salientar a fragilidade dos instrumentos utilizados. Na realização da investigação, verificámos que são escassas as escalas validadas para avaliar a experiência de Violência Obstétrica na população portuguesa. Assim, seria relevante desenvolver e validar instrumentos específicos adaptados ao contexto sociocultural nacional, o que permitiria melhorar a precisão da avaliação e facilitar a comparação entre estudos.

O mesmo se aplica ao Ajustamento à Maternidade, durante este projeto verificamos que o instrumento MAMA na sua versão pós-parto, está desatualizado e é pouco consistente para avaliar a experiência materna portuguesa. Seria por isso importante o desenvolvimento/adaptação de um instrumento para avaliar estas dimensões psicológicas tão importantes para a experiência materna. Mesmo após a Análise Fatorial e a melhoria do ajustamento dos modelos utilizados, compreendemos que seria pertinente o desenvolvimento de escalas mais adequadas à realidade portuguesa atual.

Outra limitação prende-se no facto de este estudo apresentar um delineamento transversal, o que significa que os dados foram recolhidos num único momento temporal. Esta característica metodológica impossibilita o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis em análise, permitindo apenas identificar associações. Além disso, durante 1 ano de pós-parto, podem ocorrer variações no Ajustamento Materno, independentes da experiência de Violência Obstétrica, que não são controladas neste estudo.

Para aprofundar o conhecimento sobre a relação entre estas variáveis, recomenda-se que investigações futuras adotem delineamentos longitudinais, permitindo acompanhar as mulheres desde o período pré-natal até ao pós-parto.

A amostra utilizada foi não probabilística e obtida por conveniência, maioritariamente através da divulgação online do questionário. Este procedimento resultou numa amostra constituída, em grande parte, por mulheres com um nível de escolaridade elevado. Tal composição limita a representatividade da amostra e, conseqüentemente, a generalização dos resultados para o conjunto da população materna portuguesa.

Outra limitação prende-se com o facto de todas as medidas utilizadas se basearem no autorrelato das participantes. Sendo a perceção subjetiva o principal critério para avaliar a Perceção de Violência Obstétrica e o Ajustamento e Atitudes Maternas. É importante reconhecer que este método está sujeito a enviesamentos, como falhas de memória, interpretação individual das situações e tendência para responder de forma socialmente desejável.

Apesar dos critérios de exclusão implementados com o objetivo de diminuir os fatores externos que poderiam afetar o Ajustamento e Atitudes Maternas de forma independente da experiência de Violência Obstétrica nem todos os fatores contextuais foram controlados, tais como a cultura organizacional dos serviços de saúde, a formação e experiência da equipa médica, a rede de apoio social disponível, as experiências obstétricas anteriores e até fatores culturais importantes na perceção materna do parto e do pós-parto.

Por isso, seria igualmente pertinente recorrer a amostras diversificadas, representando diferentes contextos geográficos, níveis socioeconómicos e graus de escolaridade, de modo a aumentar a generalização dos resultados para a população materna em Portugal.

Por fim, o estudo não incluiu variáveis de natureza psicológica que poderiam ter um papel determinante no Ajustamento Materno, como a história prévia de saúde mental, a vivência de eventos traumáticos anteriores ou a qualidade da relação conjugal antes do parto. A ausência destes dados impossibilita compreender o peso relativo destes fatores na relação entre Violência Obstétrica e Ajustamento e Atitudes Maternas.

Posto isto, estudos futuros poderão controlar variáveis contextuais, culturais e pessoais relevantes. A inclusão de variáveis psicológicas, como a história prévia de saúde mental e a exposição a eventos traumáticos anteriores, poderá contribuir para uma compreensão mais

aprofundada dos fatores que influenciam a relação entre Violência Obstétrica e Ajustamento e Atitudes Maternas.

Referências Bibliográficas

- Abuso de poder, Código Penal – CP – Artigo 382.º, Decreto-Lei n.º 48/95. (1995). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-49724075>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2019). *Inquérito experiências de parto em Portugal* (2ª edição). <https://associacaogravidezparto.pt/campanhas-e-eventos/inquerito-experiencias-de-parto-em-portugal-2-a-edicao/>
- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Journal of Midwifery*, 105, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Avci, N., & Kaydirak, M. M. (2023). A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Journal of Midwifery*, 121, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103658>
- Asadi, M., Noroozi, M., & Alavi, M. (2020). Factors Affecting Women's Adjustment to Postpartum Changes: A Narrative Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(6), 463 – 470. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_54_20
- Aşcı, Ö., & Bal, M. (2023). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery*, 103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
- Azzam, O. A., Sindiani, A. M., Eyalsalman, M. M., Odeh, M. K., AbedAlkareem, K. Y., Albanna, S. A., Abdulrahman, E. M., Abukhadrah, W. Q., Hazaimah, H. O., Zaghoul, A. A., & Mahgoub, S. S. (2023). Obstetric Violence among Pregnant Jordanian Women:

- An Observational Study between the Private and Public Hospitals in Jordan. *Healthcare*, 11(654), 1 – 10. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050654>
- Barakat, L. P., & Linney, J. A. (1992). Children with Physical Handicaps and Their Mothers: The Interrelation of Social Support, Maternal Adjustment, and Child Adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(6), 725–739. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.6.725>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000) Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine* 25(24), 3186-3191, <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., & Rozee, V. European Union. (2024). *Obstetric and gynaecological violence in the EU Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. European Parliament. [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478)
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 26(6–7), 555–572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>

- Cordeiro, V. M. C., Vieira, F. da C. G., Morais, V. M. C. C. de, & Costa, M. S. (2024). Violência obstétrica vivenciada por mães adolescentes no processo do parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(8), e16130. <https://doi.org/10.25248/reas.e16130.2024>
- Curren, L. C., Borba, C. P. C., Henderson, D. C., & Tompson, M. C. (2022). “Making Room”: A Thematic Analysis Study of the Process of Postpartum Maternal Adjustment. *Maternal and Child Health Journal*. 26, 1142-1152. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03393-7>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da Análise Fatorial Exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. (2022). Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7), 1090. <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
- Field, A. P. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London: Sage.
- Figueiredo, B. & Matos, R. (1996). Questionário MAMA (Versão Pós-Natal)
- Figueiredo, B., Tendais, I., & Dias, C. C. (2013). Maternal Adjustment and Maternal Attitudes in Adolescent and Adult Pregnant Women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(4), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.014>
- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(3), 269–286. <https://doi.org/10.1080/02646830802350898>
- Garcia, L. M. (2020). A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nursing Forum*, 55 (4), 654-663. <https://doi.org/10.1111/nuf.12482>

- González-de la Torre, H., González-Artero, P. N., León-Ortega, D. M., Lancha-de la Cruz, M. R., & Verdú-Soriano, J. (2023). Cultural Adaptation, Validation and Evaluation of the Psychometric Properties of an Obstetric Violence Scale in the Spanish Context. *Nursing Reports*, 13(4), 1368–1387. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040115>
- Goretzko, D., Siemund, K., & Sterner, P. (2024). Evaluating Model Fit of Measurement Models in Confirmatory Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 84(1), 123 – 144. <https://doi.org/10.1177/00131644231163813>
- Green, G., Tesler, R., & Marques, A. (2022). Primiparous and Multiparous Women’s Mode of Birth and Negative Emotions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 1 – 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095189>
- Hakimi, S., Allahqoli, L, Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 169, 1012 – 1024 <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A. & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 33(2), 129 – 135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Holden, E., Buryan-Weitzel, J. C., Atim, S., Biroch, H., Donnellan, E., Graham, K. E., Hoffman, M., Jurua, M., Knapper, C. V., Lahiff, N. J., Marshall, S., Paricia, J., Tusiime, F., Wilke, C., Majid, A., & Slocombe, K. E. (2022). Maternal attitudes and behaviours differentially shape infant early life experience: A cross cultural study. *Plos One*, 17(12), 1 – 30. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278378>

- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: A methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8 – 17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, Código Penal – CP – Artigo 156.º, Decreto-Lei n.º 48/95. (1995). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-70033910>
- James, K. F., Smith, B. E., Robinson, M. N., Thomas Tobin, C. S., Bulles, K. F., & Barkin, J. L. (2023). Factors Associated with Postpartum Maternal Functioning in Black Women: A Secondary Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(2), 647, 1 – 12. <https://doi.org/10.3390/jcm12020647>
- Kahalon, R. & Klein, V. (2024). Unmasking the Role of Dehumanization in Obstetric Violence. *Psychology of Violence*, 15(21), 21 – 31. <https://doi.org/10.1037/vio0000521>
- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Kohan, S., Mena-Tudela, D., & Youseflu, S. (2025). The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. *Scientific Reports*, 15(1), 4799. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88708-8>
- Kumar, R., Robson, K. M., & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(1), 43 – 51. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(84\)90039-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(84)90039-4)
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslie, S., Linden, K., Barata, C., ... Kurbanović, M. (2022).

Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health - Europe*, 13, 1 – 23. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>

Lei n.º 15/2014, de 21 de março, Assembleia da República. (2014). Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Lei n.º 33/2025, de 31 de março, Assembleia da República. (2025). Diário da República n.º 63/2025, Série I de 2025-03-31. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2025-913048477>

Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro, Assembleia da República. (2019). Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>

Leijerzapf, D. R., van, Hollander, M. H., Kingma, E., Ank de Jonge, & Corine. (2024). Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1 – 15. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06360-y>

Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia – La República Bolivariana de Venezuela. (2007). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª. ed.). ReportNumber.

Marôco, J. (2021). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (3.ª ed.). ReportNumber.

- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J. & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), 526 – 536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 1 – 11. <https://doi.org/10.3390/jpm11050338>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L. & Valero-Chillon, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1 – 14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Mendes, J., Santos, A. P. S., & Tavares, M. (2022). Percepções da Violência Obstétrica pelas parturientes e profissionais de saúde: uma revisão scoping. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 8(2), 1 – 15. <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.2.271>
- Mesenburg, M. A., Marques, E. S., Leite, T. H., Carmo, M. L., & Silveira, M. F. (2025). Exploring the relationship between obstetric violence, postpartum depression, and breastfeeding through structural equation modelling: Evidence from 2015 Pelotas birth cohort. *BMC Public Health*, 25(1), 1 – 11. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22851-9>
- Molla, W., Wudneh, A., & Tilahun, R. (2022). Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC*

Pregnancy and Childbirth, 22(565), 1 – 14. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04895-6>

Ni, P. K., & Siew Lin, S. K. (2011). The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: A comprehensive systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 9(10), 313 – 370. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2011-94>

Ofensa à integridade física simples, Código Penal – CP – Artigo 143.º, Decreto-Lei 48/95. (2004). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-59065135>

Ordem dos Médicos. (2025). *Ordem dos Médicos rejeita Lei que não defende as mulheres e desrespeita o papel dos médicos*. Ordem dos Médicos. <https://ordemosmedicos.pt/comunicacao/comunicados/ordem-dos-medicos-rejeita-lei-que-nao-defende-as-mulheres-e-desrespeita-o-papel-dos-medicos>

Parliamentary Assembly. (2019). *Obstetrical and gynaecological violence* (Doc. 14965). <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>

Paiz, J. C., Castro, S. M. J., Giugliani, E. R. J., Ahne, S. M. S., Aqua, C. B. D. & Giugliani, C. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1 – 10. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04978-4>

Pleș, L., Sima, R. M., Carp, D., Alexândroaia, C., Bălălău, D. O., Stănescu, A. D., & Olaru, O. G. (2018). The Psychosocial Impact of Vaginal Delivery and Cesarean Section in Primiparous Women. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 5(1), 70 – 74. <https://doi.org/10.22543/7674.51.P7074>

- Przybyła-Basista, H., Kwiecińska, E., & Iłska, M. (2020). Body Acceptance by Pregnant Women and Their Attitudes toward Pregnancy and Maternity as Predictors of Prenatal Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9436, 1 – 12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249436>
- Reforça a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da Violência Obstétrica, Projeto de Lei 912/XIV/2. (2021). Diário da Assembleia da República II n.º 167, Série A, 2021-07-14. <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalleIniciativa.aspx?BID=121036>
- Reiss, D., Pedersen, N. L., Cederblad, M., Lichtenstein, P., Hansson, K., Neiderhiser, J. M., & Elthammar, O. (2001). Genetic Probes of Three Theories of Maternal Adjustment: I. Recent Evidence and a Model. *Family Process*, 40(3), 247 – 259. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.4030100247.x>
- Reitan, T., & Stenberg, S.-Å. (2024). Like mama always said: family socio-economic status, maternal attitudes and leader role occupancy in adulthood. *Longitudinal and Life Course Studies*, 15(4), 435 – 463. <https://doi.org/10.1332/17579597y2024d000000024>
- Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, de 28 de junho, Assembleia da República. (2021). Diário da República n.º 123/2021, Série I de 2021-06-28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>
- Rusu, M. H., Nogueira, C., & Topa, J. (2024). Pregnancy, Childbirth, and Postpartum Experiences of Racialised Brazilian Women in Portugal: An Analysis of Obstetric

Violence as Gender-Based Violence. *Sexes*, 5(4), 611 – 637.

<https://doi.org/10.3390/sexes5040040>

Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N. M. & Locci, M. (2021). Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, Health & Sexuality*, 24(11), 1466 – 1480. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812>

Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 13(4), 1553 – 1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>

Silva, J., Brito, L., Alves, E., Neto, J., Junior, J., Marques, N., Lopes, T., Alexandre, J., & Santos, L. (2023). Uma revisão sistemática da prevalência e dos tipos da violência obstétrica na saúde e bem-estar das mulheres no Brasil. *Research, Society and Development*, 12(5), 1 – 10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41526>

Shetty, R. K., Samant, P. Y., & Honavar, P. U. (2021). Obstetric violence: A health system study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(4), 1551 – 1560. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20211136>

Sockol, L.E., Epperson, C.N., & Barber, J.P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Arch Womens Ment Health*, 17, 199 – 212. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0424-9>

Tambelli, R., Ballarotto, G., Trumello, C., & Babore, A. (2022). Transition to Motherhood: A Study on the Association between Somatic Symptoms during Pregnancy and Post-Partum Anxiety and Depression Symptoms. *International Journal of Environmental*

Research and Public Health, 19(19), 12861, 1 – 12.

<https://doi.org/10.3390/ijerph191912861>

Vivilaki, V. G., Dafermos, V., Gevorgian, L., Dimopoulou, A., Patelarou, E., Bick, D., Tsopelas, N. D., & Lionis, C. (2012). Validation of the Greek Maternal Adjustment and Maternal Attitudes Scale for Assessing Early Postpartum Adjustment. *Women & Health*, 52(4), 369 – 390. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.674089>

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(4), 351 – 358. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00128-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00128-1)

World Health Organization. (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806 – 838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>

- Yurt., G., & Çankaya, S. (2023). Effects of post-traumatic stress disorder on maternal adaptation and newborn perception in the postpartum period. *Early Child Development and Care*, 193(3), 388 – 400. <https://doi.org/10.1080/03004430.2022.2093867>

Zamani, M., Mousavi, P. S. S., & Reza-Pezhman, A. (2023). The Role of Pregnant Women's Attachment Relationships in Predicting Maternal Adjustment during Pregnancy. *Journal of International Women's Studies*, 25(7), 1 – 12. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol25/iss7/16>

Anexos

Anexo A – Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas

Medidas Descritivas relativas às Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min - Máx</i>
Idade	33.53	4.24	20 – 44
Formação Académica	5.35	0.77	3 – 7
Nº de Partos	1.43	0.59	1 – 4
Tipo de Parto	1.42	0.49	1 – 2
Episiotomia	2.66	0.70	1 – 3
Amniotomia	2.36	0.90	1 – 3
Indução de Parto	2.04	0.99	1 – 4
Anestesia	1.27	0.72	1 – 4
Plano de Parto	2.10	0.94	1 – 3

Frequências relativas à Formação Académica das Participantes

Formação Académica	<i>n</i>	<i>f</i>
3º ciclo	6	1,3
Secundário	55	11,7
Licenciatura	193	41,1
Mestrado	202	43,0
Doutoramento	14	3,0

Frequências relativas ao Tipo de Parto das Participantes

Tipo de Parto	<i>n</i>	<i>f</i>
Vaginal	272	57,9
Cesariana	198	42,1

Frequências relativas à Realização de Episiotomia no Último Parto

Realizou Episiotomia?	<i>n</i>	<i>f</i>
Sim com consentimento	62	13.2
Sim sem consentimento	34	7.2
Não	374	79.6

Frequências relativas à Realização de Amniotomia no Último Parto

Realizou Amniotomia?	<i>n</i>	<i>f</i>
Sim com consentimento	137	29.1
Sim sem consentimento	28	6.0
Não	305	64.9

Frequências relativas à Realização de Indução de Parto no Último Parto

Realizou Indução de Parto?	<i>n</i>	<i>f</i>
Sim com consentimento	220	46.8
Sim sem consentimento	9	1.9
Não	241	51.3

Frequências relativas à Realização de Anestesia no Último Parto

Realizou Anestesia?	<i>n</i>	<i>f</i>
Sim com consentimento	411	87.4
Sim sem consentimento	3	0.6
Não porque não quis	46	9.8
Não porque não permitiram	10	2.1

Frequências relativas à utilização de Plano de Parto no Último Parto

Levou Plano de Parto?	<i>n</i>	<i>f</i>
Sim e foi aceite/respeitado	186	39.6
Sim e não foi aceite/respeitado	51	10.9
Não	233	49.6

Anexo B – Autorização para a Utilização da Escala MAMA (Versão Portuguesa)

Pedido de cedência e autorização da Escala Clínica MAMA para pesquisa académica

Inês Sofia Belo Carvalho
Para: bbfi@iep.uminho.pt
Cc: Marta Cristina Trindade Miguel
sex, 01/11/2024 16:39

Reencaminhou esta mensagem a sáb, 02/11/2024 16:50

Prezada Professora, Dr.ª Bárbara Figueiredo,

Espero que esta mensagem a encontre bem. Chamo-me Inês Belo Carvalho e sou estudante do 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA.

Estou atualmente a desenvolver a minha dissertação de mestrado sobre a relação entre a violência obstétrica e o ajustamento à maternidade, sob a orientação da Prof.ª Marta Miguel. Para este fim, gostaria de solicitar o uso da versão portuguesa da escala MAMA - Maternal Adjustment and Maternal Attitudes, a qual identifiquei como uma ferramenta valiosa para a obtenção de dados para o meu estudo. Caso seja possível, gostaria de requerer a autorização e cedência do uso da escala para fins académicos. Naturalmente, comprometo-me a reconhecer a sua contribuição e a dar os devidos créditos ao seu trabalho na minha dissertação e publicações decorrentes.

Gostaria também de colocar uma dúvida adicional. Dado que a versão portuguesa, validade por si e pelos seus colegas, destina-se apenas à versão pré-natal, e a população alvo do meu estudo será a pós-natal, terei que adaptar uma sub-escala da versão portuguesa. Para isto gostaria de pedir autorização aos autores iniciais, no entanto não encontro um contacto para o fazer. Se me pudesse instruir sobre como obtive a autorização para o uso da escala, agradecer-lhe-ia imenso.

Desde já, agradeço a sua atenção e disponibilidade. Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos e fico a aguardar resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Inês Belo
Aluna do Mestrado em Psicologia Clínica

Escala MAMA

Inês Sofia Belo Carvalho
Para: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo <bbfi@psi.uminho.pt>
Cc: Marta Cristina Trindade Miguel
ter, 19/11/2024 13:00

Muito Bom Dia, Sr.ª Prof.ª Dr.ª Bárbara.

Desde já peço desculpa por a estar a incomodar novamente. Há cerca de 2 semanas atrás conversei consigo para pedir a autorização e cedência da escala MAMA validade para a população portuguesa, sendo que a professora mencionou haver a versão pós-natal validada para Portugal. Após uma intensiva pesquisa tanto no repositório da Universidade do Minho, como nos artigos de sua autoria que constam no seu currículo, apenas encontro a versão pré-natal. Gostaria de saber se tem como me enviar o doi ou a referência da dita publicação.

Desde já agradeço a sua atenção e disponibilidade. Aguardo Resposta.

Atenciosamente,
Inês Belo, ISPA.

Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo <bbfi@psi.uminho.pt>
Para: Inês Sofia Belo Carvalho
Cc: Marta Cristina Trindade Miguel
sáb, 02/11/2024 16:55

Respondeu a sáb, 02/11/2024 17:22

***ALERTA*: mensagem de e-mail com origem externa ao ISPA!**
Recomenda-se a MÁXIMA cautela quanto ao seu conteúdo e endereço do remetente, em particular ao seguir hiperligações ou ao abrir anexos.

Boa tarde, Inês
Claro que podes usar os questionários. Há uma versão para a gravidez e há uma versão para o pós-parto.
Abraço
Bárbara

Bárbara Figueiredo
Professora Associada com Agregação
Escola de Psicologia, Universidade do Minho
Campus de Gualzaraz 4710-057, Braga, Portugal

Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo <bbfi@psi.uminho.pt>
Para: Inês Sofia Belo Carvalho
Cc: Cláudia Maria da Silva Costa <id11237@alunos.uminho.pt>; Marta Cristina Trindade Miguel
dom, 24/11/2024 10:49

Respondeu a sex, 29/11/2024 21:07

MAMA-Pos natal.PDF
1 MB

***ALERTA*: mensagem de e-mail com origem externa ao ISPA!**
Recomenda-se a MÁXIMA cautela quanto ao seu conteúdo e endereço do remetente, em particular ao seguir hiperligações ou ao abrir anexos.

Bom dia, Inês Sofia
Envio em anexo o questionário MAMA Pós-natal.
Abraço
Bárbara

Bárbara Figueiredo
Professor
School of Psychology, University of Minho,
Campus de Gualzaraz 4710-057, Braga, Portugal

Anexo C – Formulário de Investigação

Consentimento Informado

Maternidade sem Filtros



No âmbito da investigação *Maternidade sem Filtros*, que explora a **relação entre a Vivência do Parto e o ajustamento à Maternidade**, pedimos que responda ao seguinte questionário.

Quem pode participar:

- Mães com **19 anos** ou mais;
- Que tiveram um **parto hospitalar** nos últimos 12 meses;
- Que exerçam o papel de mãe do seu bebé;
- Que tenham uma **relação conjugal/amorosa** com o pai do seu bebé;
- Que não tenham tido **complicações graves** no parto/pós-parto que requereram internamento (+ de 5 dias) da mãe e/ou bebé.

Esta investigação está a ser realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA-IU, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Marta Miguel.

A sua resposta será **anónima** e não conseguiremos identificar a sua identidade. Poderá a qualquer altura desistir da sua participação. Disponha de colocar qualquer dúvida que surja através do contacto da investigadora principal (inesbeloc@gmail.com) ou da orientadora do projeto (mmiguel@ispa.pt).

Concordo com os termos descritos acima. *

Sim

Não

Idade *

Texto de resposta curta

Formação Académica *

- Sem Educação Básica
 - 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano de escolaridade concluído)
 - 2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano de escolaridade concluído)
 - 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano de escolaridade concluído)
 - Ensino Secundário (12º ano de escolaridade ou equivalente concluído)
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
-

Teve um parto hospitalar nos últimos 12 meses? *

- Sim
- Não

Exerce o papel de mãe do seu bebé? *

- Sim
 - Não
-

Possui uma relação conjugal/amorosa com o pai do seu bebé? *

- Sim
 - Não
-

Teve complicações graves no parto/pós-parto que requereram internamento (+ de 5 dias) da mãe e/ou bebé? *

- Sim
- Não

Número de Partos *

Texto de resposta curta

Tipo de Parto *

- Vaginal
- Cesariana

Realizaram Episiotomia (**Corte cirúrgico entre a vagina e o anus com o objetivo de alargar o canal por onde o bebê passa**) no seu último parto? *

- Sim e dei o meu consentimento para tal
- Sim e não dei o meu consentimento para tal
- Não

Realizaram amniotomia (Rutura do saco amniótico por parte dos profissionais de saúde de modo a induzir/acelerar o parto - "**rebentar as águas**") no seu último parto? *

- Sim e dei o meu consentimento para tal
- Sim e não dei o meu consentimento para tal
- Não

Realizaram procedimentos para a indução do parto (**deram-lhe medicamentos para induzir * as contrações**) no seu último parto?

- Sim e dei o meu consentimento para tal
 - Sim e não dei o meu consentimento para tal
 - Não
-

Realizou **anestesia? ***

- Sim e dei o meu consentimento para tal
 - Sim e não dei o meu consentimento para tal
 - Não porque não quis
 - Não porque não permitiram
-

Levou um **plano de parto? ***

- Sim e foi aceite e respeitado
- Sim mas não foi aceite/respeitado
- Não

Segue-se uma série de perguntas sobre questões relacionadas com a **violência * obstétrica** contra as mulheres.

Gostaríamos de saber se, de acordo com as suas recordações, **viveu alguma destas situações** no seu último parto.

Por favor, classifique a escala de acordo com o seguinte guia:

0 - "Não descreve de todo o que me aconteceu"

1 - "Não tenho a certeza, mas penso/sinto que não me aconteceu"

2 - "Não tenho a certeza"

3 - "Não tenho a certeza, mas penso/sinto que me aconteceu"

4 - "Aconteceu-me definitivamente"

	0	1	2	3	4
A equipa de saúde fez comentários irónicos, depreciativos ou em tom de gozo sobre o seu comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se infantilizada ou desconsiderada pela equipa de saúde, como se fosse incapaz de tomar decisões sobre o que lhe aconteceu antes, durante ou após o parto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi criticada de alguma forma por expressar as suas emoções (como chorar, gritar de dor, etc.) durante o trabalho de parto e/ou o parto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achou difícil ou impossível realizar perguntas ou exprimir os seus receios ou preocupações, porque não lhe respondiam ou respondiam de forma inadequada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efetuaram procedimentos médicos sem lhe pedirem o seu consentimento ou explicarem porque os mesmo eram necessários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No momento do parto, foi obrigada a deitar-se de costas, apesar de ter manifestado o seu desconforto ao estar nessa posição.

Foi obrigada a permanecer na cama, sendo impedida de andar ou de encontrar posições de acordo com as suas necessidades.

Foi impedida de estar acompanhada por alguém da sua confiança.

Foi impedida de ter contacto imediato com o/a seu/sua filho/a recém-nascido/a antes de o/a levarem para observação (acariciar, segurar, etc.).

Após o parto, fizeram-na sentir que não tinha correspondido ao que era esperado de si ("que não tinha "cooperado").

A experiência de cuidados durante o parto fê-la sentir-se vulnerável, culpada ou insegura de alguma forma.

Após o parto, foi-lhe negada a possibilidade de utilizar qualquer contraceptivo ou de se submeter a qualquer procedimento de controlo da natalidade (DIU, laqueação das trompas, etc.).

Durante ou após o parto, sentiu-se exposta ao olhar de outras pessoas que não conhecia (exposição a estranhos).

Por favor, complete cada uma das perguntas, selecionando a resposta que **melhor se adequa ao seu caso.** *

Pretendemos saber **como se sentiu durante este último mês.** Se algumas das situações propostas não ocorreram no mês passado, responda-lhes como se a questão se referisse ao seu estado atual.

Por favor, classifique a escala de acordo com o seguinte guia:

1 - "Nunca/de forma alguma"

2 - "Raramente/um pouco"

3 - "Muito/às vezes"

4 - "Muitíssimo/muitas vezes"

	1	2	3	4
Ficou sem fôlego facilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se atraente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existiu tensão entre si e o seu marido (companheiro) - irritabilidade, silêncio desagradável, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transpirou muito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desejou sexualmente o seu marido (companheiro)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vomitou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupou-se com o facto de poder vir a não ser uma boa mãe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez as discussões entre si e o seu marido (companheiro) quase atingiram o ponto da agressão física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sentiu-se desmaiar ou com tonturas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupou-a a ideia de poder ferir ou maltratar o seu bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensou que o seu marido (companheiro) a desejava sexualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achou que o seu corpo tinha um cheiro agradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desejou ter relações sexuais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem tido tempo suficiente para si, desde que o bebé nasceu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi fácil demonstrar afeto ao seu marido (companheiro)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comentou ter tido o bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu formigueiros (picadelas) nos seios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Achou que os seus seios estavam demasiado pequenos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agradou-lhe a forma do seu corpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achou que a sua cara estava atraente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se orgulhosa de ser mãe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agora que tem o bebé, sentiu que as relações sexuais eram menos íntimas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem-se sentido feliz por ter tido o bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu prazer em beijar e acariciar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu marido (companheiro) ajudou-a na lida da casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teve problemas de obstipação (prisão de ventre)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem pensado em ter mais filhos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se desapontada com o que ser mãe implica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se inibida em relação à atividade sexual, desde que teve o bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achou que os seus seios estavam demasiado grandes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se cheia de energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os seus tornozelos incharam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que o seu marido (companheiro) lhe estava a prestar pouca atenção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sentiu-se bem desperta, durante o dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu marido (companheiro) pareceu ignorar como se estava a sentir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu marido (companheiro) tentou partilhar os seus interesses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve problemas de má digestão ou azia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se tensa e infeliz ao pensar no ato sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem tido prazer em cuidar das necessidades do bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se com náuseas (enjoos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que o ato sexual era desagradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que o seu marido (companheiro) saiu demasiadas vezes sem si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sentiu orgulho na sua aparência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que ficava sexualmente excitada com facilidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem tido fantasias sexuais agradáveis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que o seu corpo estava suave e macio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem-se sentido próxima do seu marido (companheiro), desde que o bebé nasceu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu que o seu corpo estava desajeitado ou sem graça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu vontade de pôr os braços em torno do seu marido (companheiro) e de o acariciar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem perguntado a si própria se o seu bebé é saudável e normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O seu marido (companheiro) tem demonstrado afeto por si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achou que a sua constituição física fosse débil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A vida tem sido mais difícil, desde que o bebé nasceu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achou que os seus seios estavam atraentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desejou poder confiar mais no seu marido (companheiro) para cuidar de si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Achou que estava demasiado gorda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem desejado ter relações sexuais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem tido prazer na alimentação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem tido prazer em alimentar o bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Agradecemos a sua participação!

Caso necessite aqui estão alguns recursos que a podem auxiliar caso tenha sido vítima de violência obstétrica ou reviver essas situações a tenha perturbado:

- Pode denunciar pessoalmente junto do **Ministério Público**, ou por escrito, por email (correiopgr@pgr.pt) ou pelo Sistema de Queixa Eletrónica (<https://queixaselectronicas.mai.gov.pt>).
- Pode pedir auxílio ao **CORDÃO** através do seu email (hello@cordao.pt) ou do website (<https://www.cordao.pt/contactos>)
- Pode pedir auxílio à **OVO** (Observatório de Violência Obstétrica) através do seu email (violenciaobstetricapt@gmail.com).
- Pode pedir apoio a **Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto** através do website (<https://associacaogravidezeparto.pt/contacte-nos/>) ou email (apoio@associacaogravidezeparto.pt).
- Pode contactar a **investigadora principal** através do seu email (inesbeloc@gmail.com), para posteriormente ser encaminhada para os serviços competentes.

Anexo D – Análise Fatorial da Escala (MAMA)

Primeira Extração

Variância total explicada

Fator	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	10,821	18,036	18,036	10,821	18,036	18,036
2	4,228	7,046	25,082	4,228	7,046	25,082
3	3,085	5,142	30,224	3,085	5,142	30,224
4	2,896	4,827	35,051	2,896	4,827	35,051
5	2,119	3,532	38,582	2,119	3,532	38,582
6	1,802	3,004	41,586	1,802	3,004	41,586
7	1,633	2,721	44,307	1,633	2,721	44,307
8	1,425	2,374	46,681	1,425	2,374	46,681
9	1,369	2,281	48,963	1,369	2,281	48,963
10	1,316	2,193	51,155	1,316	2,193	51,155
11	1,269	2,115	53,270	1,269	2,115	53,270
12	1,260	2,100	55,370	1,260	2,100	55,370
13	1,099	1,832	57,202	1,099	1,832	57,202
14	1,054	1,756	58,959	1,054	1,756	58,959
15	1,007	1,679	60,637	1,007	1,679	60,637

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Segunda Extração

Variância total explicada

Fator	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	10,821	18,036	18,036	10,821	18,036	18,036
2	4,228	7,046	25,082	4,228	7,046	25,082
3	3,085	5,142	30,224	3,085	5,142	30,224
4	2,896	4,827	35,051	2,896	4,827	35,051
5	2,119	3,532	38,582	2,119	3,532	38,582
6	1,802	3,004	41,586	1,802	3,004	41,586
7	1,633	2,721	44,307	1,633	2,721	44,307
8	1,425	2,374	46,681	1,425	2,374	46,681
9	1,369	2,281	48,963			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Extração Forçada em 5 Fatores

Variância total explicada

Fator	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	10,821	18,036	18,036	10,821	18,036	18,036
2	4,228	7,046	25,082	4,228	7,046	25,082
3	3,085	5,142	30,224	3,085	5,142	30,224
4	2,896	4,827	35,051	2,896	4,827	35,051
5	2,119	3,532	38,582	2,119	3,532	38,582

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Anexo E – Análise da Distribuição das Variáveis Sociodemográficas em Função da Escala MAMA

	Kolmogorov – Smirnov ^a		Shapiro - Wilk		
	Estatística de Teste	<i>p</i> *	Estatística de Teste	<i>p</i> *	
MAMA	Idade	0,06	< ,001	0,99	0,004
	Tipo de Parto Vaginal	0,04	0,20	0,99	0,532
	Tipo de Parto Cesariana	0,03	0,20	1,00	0,99
	Episiotomia Com Consentimento	0,08	0,20	0,99	0,94
	Episiotomia Sem Consentimento	0,12	0,20	0,96	0,28
	Não Realizou Episiotomia	0,03	0,20	1,00	0,61
	Amniotomia Com Consentimento	0,73	0,07	0,99	0,61
	Amniotomia Sem Consentimento	0,09	0,20	0,98	0,92
	Não Realizou Amniotomia	0,03	0,20	1,00	0,94
	Indução de Parto Com Consentimento	0,06	0,10	1,00	0,78
	Indução de Parto Sem Consentimento	0,17	0,20	1,00	0,84
	Não Realizou Indução de Parto	0,05	0,20	0,99	0,23
	Anestesia Com Consentimento	0,03	0,20	1,00	0,83
	Anestesia Sem Consentimento	0,02	0,20	0,95	0,57
	Não Realizou Anestesia porque não quis	0,08	0,20	0,99	0,78
	Não Realizou Anestesia porque não permitiram	0,12	0,20	0,98	0,95
	Plano de Parto Aceite/Respeitado	0,04	0,20	0,99	0,17
	Plano de Parto não Aceite/Respeitado	0,10	0,20	0,97	0,26
	Não levou Plano de Parto	0,05	0,20	1,00	0,31
	Número de Partos – 1	0,03	0,20	1,00	0,72
	Número de Partos – 2	0,05	0,20	0,99	0,63
	Número de Partos – 3	0,12	0,20	0,98	0,92
	Formação Académica – 3º Ciclo	0,16	0,20	0,97	0,88
	Formação Académica – Secundário	0,06	0,20	0,98	0,33
	Formação Académica – Licenciatura	0,06	0,07	0,99	0,67
	Formação Académica – Mestrado	0,06	0,06	0,99	0,11
	Formação Académica – Doutoramento	0,12	0,20	0,97	0,93