



Daniela Neves Silva

Empowerment da grávida:  
fatores de capacitação para a maternidade

Outubro de 2014

Daniela Neves Silva

Empowerment da grávida:  
fatores de capacitação para a maternidade

**Tese de Mestrado**

2.º Mestrado Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e  
Ginecologia

Trabalho efectuado sob a orientação de  
Professora Doutora Manuela Ferreira  
Professor Doutor João Carvalho Duarte



Outubro de 2014

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família e ao André pelo apoio e incentivo nas minhas conquistas e tolerância nas minhas ausências;

À Professora Doutora Manuela Ferreira e ao Professor Doutor João Duarte pela disponibilidade e orientação em todos os momentos;

A todas as grávidas que aceitaram participar neste estudo, possibilitando a sua concretização;

Aos Diretores de Serviço de Obstetrícia e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra pela aceitação do meu projeto;

Aos enfermeiros dos serviços de Consulta Externa que colaboraram na entrega e recolha dos questionários;

Aos meus amigos pelas palavras motivadoras, e aos meus colegas pelo apoio e me permitirem, sem reservas, estar disponível sempre que necessário;

A todos: o meu muito obrigada!



## Resumo

**Enquadramento:** À gravidez associam-se grandes transformações físicas e psicossociais, é um período repleto de sentimentos ambíguos, dúvidas e receios, que determinam a constituição da maternidade. No terceiro trimestre, fatores sociodemográficos, obstétricos e psicossociais parecem influenciar a autonomia, autoeficácia e poder de decisão da grávida, portanto, a sua capacitação para o parto e maternidade. Torna-se pertinente perceber a relação entre estes fatores e o empowerment da grávida.

**Objetivos:** Identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto obstétrico que afetam o empowerment da grávida no último trimestre da gestação; Determinar a influência das variáveis psicossociais no empowerment da grávida.

**Métodos:** Estudo não experimental, transversal, quantitativo, descritivo e correlacional com amostra não probabilística por conveniência (n=235). Colheita de dados realizada com aplicação de um instrumento composto pelo questionário sociodemográfico e dados obstétricos, Escala de apoio social (Sherbourne, Stewart, 1991), Escala da expectativa do parto (Wijma e Wijma, 2005), que avalia o medo do parto e Escala do empowerment da grávida (Kameda e Shimada, 2008), a grávidas no terceiro trimestre.

**Resultados:** A maioria das participantes eram nulíparas (56,3%), porém, estava grávida pela segunda vez (54,5%), com aproximadamente 32 anos de idade, em média. O empowerment da grávida é influenciado, nas suas dimensões, pela experiência de gravidez ( $t=3,615$ ;  $p < 0,001$ ) e parto anterior ( $t=-2,913$ ;  $p < 0,01$ ), pelo apoio social ( $t=5,145$ ;  $p=0,000$ ), bem como por sentimentos positivos ( $t=-2,834$ ;  $p=0,005$ ) e negativos ( $t=2,312$ ;  $p=0,022$ ) perante o parto.

**Conclusões:** O apoio social, as expectativas positivas e negativas perante o parto, no final da gravidez, determinam o empowerment da grávida. O enfermeiro é o profissional de referência para um cuidado empoderador, o qual transmite informação, confiança, autonomia e poder para a tomada de decisão, capacitando a mulher para o parto e maternidade.

**Palavras-chave:** Empowerment na grávida, Apoio social, Medo do parto

## Abstract

**Background:** Pregnancy is associated with major physical and psychosocial changes. It's a period full of mixed feelings, doubts and fears, which determines the constitution of motherhood. In the third trimester, sociodemographic, obstetric and psychosocial factors seems to influence the autonomy, self-efficacy and decision-making of pregnant, their capacity for childbirth and motherhood. So, it is pertinent to understand the relationship between these factors and the pregnant women's empowerment.

**Objectives:** Identify the sociodemographic and obstetric context variables that affects the empowerment of pregnant in the last trimester of pregnancy; Determine which psychosocial variables influence the empowerment of pregnant women.

**Methods:** Non-experimental, cross-sectional, quantitative, descriptive and correlational study with non-probabilistic convenience sample (n=235). Data collection performed with an instrument composed by sociodemographic questionnaire and obstetric data, Social support scale (Sherbourne, Stewart, 1991), Wijma Delivery Expectancy/ Experience questionnaire (Wijma e Wijma, 2005), that assesses fear of childbirth and the Empowerment Scale for Pregnant Women (Kameda e Shimada, 2008), to pregnant women in the third trimester.

**Results:** Most women were nulliparous (56,3%), but were pregnant for the second time (54,5%), with approximately 32 years old, on average. Pregnant women's empowerment is influenced, in it's dimensions, by the previous experience of pregnancy ( $t = 3,615$ ;  $p < 0,001$ ) and birth ( $t = -2,913$ ;  $p < 0,01$ ), by social support ( $t = 5,145$ ;  $p = 0,000$ ), as well as positive ( $t = 2,834$ ;  $p = 0,005$ ) and negative ( $t = 2,312$ ;  $p = 0,022$ ) feelings about birth.

**Conclusions:** Social support, positive and negative expectations towards childbirth, in late pregnancy, determines pregnant women's empowerment. The nurse is the professional benchmark for an empowering care, which conveys information, confidence, autonomy and power for decision making, empowering women for childbirth and motherhood.

**Keywords:** Pregnant women's empowerment, Social support, Fear of childbirth

## SUMÁRIO

	Pág.
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Lista de Símbolos	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>23</b>
<b>1. GRAVIDEZ E MATERNIDADE: DESENVOLVIMENTO DO EMPOWERMENT</b>	<b>25</b>
<b>2. EMPOWERMENT INDIVIDUAL</b>	<b>30</b>
<b>3. PERCEÇÃO DO APOIO SOCIAL</b>	<b>35</b>
<b>4. PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO</b>	<b>39</b>
<b>5. MEDO DO PARTO</b>	<b>43</b>
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	<b>47</b>
<b>1. METODOLOGIA</b>	<b>49</b>
1.1. MÉTODOS	49
1.2. PARTICIPANTES	54
1.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	56
<b>1.3.1. Estudo psicométrico da escala de apoio social</b>	<b>58</b>
<b>1.3.2. Estudo Psicométrico da Escala da Expectativa/Experiência do Parto</b>	<b>67</b>
<b>1.3.3. Estudo Psicométrico da Escala do Empowerment da Grávida</b>	<b>88</b>
<b>1.3.4. Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas e contextuais à gravidez</b>	<b>101</b>
1.4. PROCEDIMENTOS NA SELEÇÃO DA AMOSTRA E COLHEITA DE DADOS	103
1.5. ANÁLISE DE DADOS	104
<b>2. RESULTADOS</b>	<b>106</b>
2.1. ANÁLISE DESCRITIVA	106

<b>2.1.1. Caracterização da amostra pelas variáveis de contexto obstétrico</b>	106
<b>2.1.2. Caracterização da amostra quanto à Percepção do Apoio Social</b>	113
<b>2.1.3. Caracterização da amostra relativamente ao Medo do Parto</b>	115
<b>2.1.4. Caracterização das grávidas da amostra quanto ao nível de empowerment</b>	117
<b>2.2. ANÁLISE INFERENCIAL</b>	119
<b>3. DISCUSSÃO</b>	149
3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA	149
3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	151
<b>4. CONCLUSÕES</b>	165
<b>LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	169
<b>APÊNDICES</b>	175
<b>APÊNDICE I – Consentimento informado</b>	177
<b>APÊNDICE II – Instrumento de colheita de dados</b>	178
<b>ANEXOS</b>	184
<b>ANEXO I – Pedidos de autorização aos conselhos de administração e deferimento</b>	185

## LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	56
Quadro 2 – Consistência interna da Escala de Apoio Social.....	60
Quadro 3 – Testes de verificação da validade da análise fatorial.....	62
Quadro 4 – Fatores identificados na análise fatorial.....	62
Quadro 5 – Composição de cada fator da escala.....	63
Quadro 6 – Consistência interna da Escala de Apoio Social (3 fatores).....	64
Quadro 7 – Correlações itens – subescalas do apoio social.....	65
Quadro 8 – Correlações itens – subescalas do apoio social: validade discriminante.....	66
Quadro 9 – Matriz de correlação de Pearson entre subescalas e apoio social percebido pela grávida.....	67
Quadro 10 – Consistência interna da escala W-DEQ, versão A.....	69
Quadro 11 – Consistência interna da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”.....	71
Quadro 12 – Testes de verificação da validade da análise fatorial da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”.....	73
Quadro 13 – Fatores identificados na análise fatorial da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”.....	73
Quadro 14 – Composição de cada fator da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”.....	74
Quadro 15 – Consistência interna da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”.....	75
Quadro 16 – Correlações itens – dimensões da subescala “Sentimentos perante o trabalho de parto”.....	76
Quadro 17 – Correlações item-dimensões da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”: validade discriminante.....	77
Quadro 18 – Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”.....	77
Quadro 19 – Consistência interna da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto”.....	79
Quadro 20 – Consistência interna da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto” com exclusão dos itens 32 e 33.....	80

Quadro 21 –	Testes de verificação da validade da análise fatorial da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto”.....	81
Quadro 22 –	Fatores identificados na análise fatorial da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto”.....	81
Quadro 23 –	Composição de cada fator da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto”.....	82
Quadro 24 –	Consistência interna da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto”.....	83
Quadro 25 –	Correlações itens – dimensões dos sentimentos negativos no trabalho de parto.....	84
Quadro 26 –	Correlações item-dimensões da “Subescala negativos no trabalho de parto”: validade discriminante.....	85
Quadro 27 –	Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto”.....	86
Quadro 28 –	Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões das subescalas da W-DEQ.....	87
Quadro 29 –	Consistência interna da Escala do Empoderamento da Grávida.	89
Quadro 30 –	Testes de verificação da validade da análise fatorial da Escala do Empoderamento da Grávida.....	91
Quadro 31 –	Fatores identificados na análise fatorial da escala (6 fatores).....	91
Quadro 32 –	Composição de cada fator da escala (6 fatores).....	92
Quadro 33 –	Fatores identificados na análise fatorial da escala (5 fatores).....	93
Quadro 34 –	Composição de cada fator da escala (5 fatores).....	94
Quadro 35 –	Correlações itens – dimensões da escala.....	96
Quadro 36 –	Correlações item-dimensão da escala do empowerment: validade discriminante.....	98
Quadro 37 –	Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala.	100
Quadro 38 –	Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas e contextuais à gravidez.....	102
Quadro 39 –	Caracterização da amostra pelos dados obstétricos segundo a paridade.....	111
Quadro 40 –	Caracterização do valor global da Escala de Apoio Social e suas dimensões em função da existência de parto anterior.....	113
Quadro 41 –	Caracterização das dimensões da Escala W-DEQ em função da existência de parto anterior.....	116

Quadro 42 –	Caracterização do valor global da Escala do Empowerment na grávida e suas dimensões, em função da existência de parto anterior.....	118
Quadro 43 –	Regressão múltipla entre a dimensão Autoeficácia da grávida e as variáveis psicossociais.....	132
Quadro 44 –	Regressão múltipla entre a dimensão Imagem futura da grávida e as variáveis psicossociais.....	134
Quadro 45 –	Regressão múltipla entre a dimensão Autoestima e as variáveis psicossociais.....	137
Quadro 46 –	Regressão múltipla entre a dimensão Apoio e garantias de outros da grávida e as variáveis psicossociais.....	141
Quadro 47 –	Regressão múltipla entre a dimensão Alegria de uma adição à família da grávida e as variáveis psicossociais.....	144
Quadro 48 –	Regressão múltipla do empowerment da grávida e as variáveis psicossociais.....	146



## LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis de contexto obstétrico: gravidezes anteriores, abortos espontâneos/morte fetal, interrupções da gravidez.....	108
Tabela 2 – Número de partos anteriores.....	108
Tabela 3 – Número de semanas de gravidez.....	109
Tabela 4 – Teste U de Mann-Whitney: associação entre os grupos de idade e o empowerment da grávida.....	119
Tabela 5 – Teste U de Mann-Whitney: associação entre os grupos do estado civil e o empowerment da grávida.....	120
Tabela 6 – Teste Kruskal Wallis: associação entre os grupos de escolaridade e o empowerment da grávida.....	121
Tabela 7 – Teste Kruskal Wallis: associação entre os grupos de rendimento mensal e o empowerment da grávida.....	122
Tabela 8 – Teste <i>t</i> de Student: associação entre a existência ou não de gravidez anterior e o empowerment.....	123
Tabela 9 – Teste <i>t</i> de Student: associação entre a existência ou não de parto anterior e o empowerment.....	124
Tabela 10 – Teste <i>t</i> de Student: associação entre o tipo de parto e o empowerment.....	125
Tabela 11 – Teste U de Mann-Whitney: associação entre a ocorrência de uma gravidez planeada e o empowerment.....	126
Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney: associação entre uma gravidez desejada e o empowerment.....	127
Tabela 13 – Teste U de Mann-Whitney: associação entre o local de vigilância da gravidez e o empowerment.....	128
Tabela 14 – Teste U de Mann-Whitney: associação entre a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade e o empowerment.....	129
Tabela 15 – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Autoeficácia e as variáveis independentes.....	131
Tabela 16 – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Imagem Futura e as variáveis independentes.....	133
Tabela 17 – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Autoestima e as variáveis independentes.....	136

Tabela 18 –	Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Apoio e garantias dos outros e as variáveis independentes.....	139
Tabela 19 –	Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Alegria de uma adição à família e as variáveis independentes.....	143
Tabela 20 –	Tabela de Correlação de Pearson entre o empowerment e as variáveis independentes.....	145

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Esquema conceptual de base.....	53
Figura 2 – Gráfico da dimensão Autoeficácia em função dos Sentimentos positivos no trabalho de parto .....	132
Figura 3 – Síntese das relações entre a dimensão do empowerment Imagem futura e as variáveis preditoras.....	135
Figura 4 – Gráfico do modelo ajustado para a Autoestima em função das variáveis preditoras.....	138
Figura 5 – Síntese das relações entre a dimensão do empowerment Apoio e garantias dos outros e as variáveis psicossociais.....	142
Figura 6 – Síntese das relações entre a dimensão do Alegria de uma adição à família e as variáveis psicossociais.....	144
Figura 7 – Síntese das relações entre o empowerment da grávida e as variáveis psicossociais.....	147



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES –	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS –	Administração Regional de Saúde
cf. –	Confrontar/conferir
CHUC –	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Dp –	Desvio padrão
Dr. –	Doutor
EESMO –	Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia
F –	Valor do teste F One-Way Anova
GL –	Graus de Liberdade
KMO –	Kaiser-Meyer-Olkin
Min. –	Mínimo
Máx. –	Máximo
MOS –	Medical Outcomes Study
N.º –	Número
n –	Número de observações
OM –	Ordenação Média
p –	Nível de significância
r –	Valor da correlação Pearson
r <sup>2</sup> –	Coefficiente de determinação
SPSS –	Statistical Package for Social Science
t –	t de student
UMW –	U de Mann-Whitney
W-DEQ –	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

## LISTA DE SÍMBOLOS

% –	Percentagem
$\alpha$ –	Alfa/alpha
$\beta$ –	Valor do Coeficiente padronizado beta
$\bar{x}$ –	Média
$\chi^2$ –	Qui-Quadrado



## INTRODUÇÃO

A gravidez é uma etapa da vida da mulher, na qual se processam profundas alterações em diferentes níveis e que irão contribuir para o desenvolvimento da maternidade. As alterações psicológicas que acompanham as conhecidas transformações físicas tendem a preparar a mulher para um novo papel, o papel de mãe (Monforte e Mineiro, 2006).

Sendo a mulher grávida o centro deste conjunto de modificações, também esta deve reunir em si mesma a capacidade para lidar com as transformações a que é submetida, quer em termos físicos, quer em termos emocionais e sociais. No decurso da gravidez, a mulher deve adquirir informação e conhecimentos que lhe confirmem autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciem a sua saúde. Isto é, ao longo da gravidez, deve ser desenvolvido o empowerment da grávida.

De acordo com Mesquita (2007), a pessoa com empowerment é aquela capaz de uma competência participativa responsável, ou seja, possui a capacidade de se comprometer com os processos de tomada de decisão. Logo, participa e detém controlo sobre as decisões em saúde, podendo afetar ou alterar as mesmas.

Neste sentido, torna-se premente uma mudança nos cuidados de saúde que reduza a assimetria de poder de decisão entre os profissionais de saúde e a pessoa alvo dos cuidados. O empowerment é ainda um processo em evolução e as evidências indicam a tendência para o domínio do profissional e a necessidade destes aprenderem a aceitar os comportamentos e práticas promotoras do empowerment. Para que esta transformação ocorra, é importante o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar que aumente a confiança entre a mulher grávida e os enfermeiros obstetras, bem como a restante equipa de saúde (Hughes, 2007).

A participação em grupos de preparação para o parto representa uma oportunidade na qual os problemas e dificuldades vivenciados na gravidez podem ser enfrentados. A educação pré-natal surgiu também para colmatar a falha das antigas redes de suporte social informais (Consonni *et al.*, 2010).

As aulas de preparação para o nascimento surgem como um complemento das consultas de vigilância de saúde da grávida. Como afirmam Pereira, Franco e Baldin (2011), o pré-natal por si só não constitui um espaço para a informação agregadora de conhecimento para o empoderamento da mulher.

Para além da informação e o apoio fornecidos pelos profissionais, verifica-se que o apoio social percebido pelas grávidas tem influência nos seus comportamentos de saúde (Roth, 2004). De acordo com Silva (2012), um adequado suporte social nos períodos de gravidez e pós-parto, favorece um maior controlo do ambiente e autonomia, veiculando esperança, apoio e proteção à mulher.

Rapoport e Piccinini (2006) reforçam a importância do apoio social sobre o empowerment da mulher grávida, afirmando que a presença deste apoio tende a aumentar a capacidade de resposta materna, traz benefícios para o comportamento e emoções da grávida, sendo promotor da saúde.

Como ser social, no decurso da gravidez, a mulher vai ouvindo histórias e relatos de partos, muitas vezes dramatizados, sugerindo a dificuldade deste momento. Noutras circunstâncias, também a grávida, tendo vivido um parto anterior, desenvolve expectativas mais positivas ou carregadas de maior negatividade, que aumentam com o aproximar do final da gravidez. Surge, portanto, o medo do parto, muitas vezes associado ao medo da dor, mas também do desconhecido ou de complicações.

Segundo Lyberg e Severinsson (2010), as expectativas negativas ou as memórias de um parto anterior difícil, afetam e forçam as grávidas a lidar com a sua situação. Assim sendo, estas querem estar envolvidas, ser supervisionadas e incluídas nas decisões acerca da sua gravidez e futuro parto. Logo, o medo do parto faz com que as mulheres queiram estar preparadas, delineando um plano individualizado para o mesmo.

O medo do parto pode funcionar, afinal, como catalisador do empowerment da grávida, para tal, é determinante a relação estabelecida com a equipa de enfermeiros obstetras, que lhes faculta o sentimento de segurança, confirmação e respeito.

Com base nestas circunstâncias, no âmbito da Unidade Curricular Relatório Final do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia pela Escola Superior de Saúde de Viseu, surge a necessidade de realizar uma investigação acerca da influência dos fatores acima mencionados no empowerment da grávida no terceiro trimestre.

Por consequência, são originadas as seguintes questões de investigação: Que variáveis sociodemográficas têm influência sobre o empowerment da grávida no último trimestre da gestação? Que relação existe entre as variáveis de contexto obstétrico e o empowerment da grávida? Que variáveis psicossociais (perceção de apoio social e medo do parto) determinam o empowerment da grávida no último trimestre da gestação?

Apresentamos como objetivos do estudo elaborado: caracterizar a amostra segundo o seu perfil sociodemográfico e obstétrico; identificar as variáveis sociodemográficas da amostra que influenciam o empowerment da grávida no último trimestre da gestação; analisar a relação entre as variáveis de contexto obstétrico e o empowerment da grávida; determinar as variáveis psicossociais que possam ter influência no empowerment da grávida.

O trabalho apresentado será constituído por duas grandes partes, sendo a primeira o enquadramento teórico da temática, na qual fazemos uma abordagem à constituição da maternidade ao longo do desenvolvimento da gravidez, exploramos a temática do empowerment na gestação, do apoio social, bem como as aulas de preparação para o nascimento, terminando com uma análise acerca do medo do parto.

Na segunda parte consta toda a investigação empírica, estando incluídos os capítulos da metodologia, os resultados e a discussão. No primeiro capítulo, abordamos os métodos de investigação aos quais recorreremos, realizamos a caracterização da amostra, os procedimentos utilizados e especificamos os testes estatísticos empregados na análise de dados. No capítulo dos resultados procedemos a uma análise descritiva das características obstétricas da amostra, bem como a uma análise inferencial, procurando associações entre as variáveis. Por último, na discussão, para além da análise das limitações metodológicas do estudo, realizamos uma análise dos resultados obtidos à luz das evidências científicas atuais.

Terminamos com a apresentação das conclusões, onde salientamos os achados mais relevantes do nosso estudo, sugerindo temáticas para futuras investigações na área.

A pesquisa bibliográfica foi o método selecionado por forma a enquadrar e justificar a temática em estudo.



## **PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. GRAVIDEZ E MATERNIDADE: DESENVOLVIMENTO DO *EMPOWERMENT*

Gravidez e maternidade são dois processos distintos do ciclo de vida da mulher, possuindo diferentes dimensões vivenciais e temporais, embora sejam muitas vezes confundidos e assimilados como sinónimos, pela sua interligação na realidade que é ser mãe.

Segundo alguns autores citados por Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes (2008), a constituição da maternidade é um processo que se inicia ainda antes da concepção, através das primeiras relações e identificações da mulher, das atividades lúdicas infantis, desenvolve-se na adolescência, até ao desejo de ter um filho e na gravidez propriamente dita.

De acordo com Meireles e Costa (2003) a gravidez/maternidade é uma etapa desenvolvimental que supõe a redefinição da identidade em torno das tarefas de construção da identidade materna e da construção da relação mãe-bebé. Na resolução destas duas tarefas psicológicas, tem um papel fundamental a vivência do corpo e das transformações físicas da gravidez.

Pode-se encarar a gravidez como uma fase de desenvolvimento, uma crise de mudança e adaptação aos novos papéis de mãe e pai, às novas condições corporais, psicológicas e familiares (Monforte e Mineiro, 2006). De acordo com Canavarro (2006) sempre que existe um projeto adaptativo de maternidade, a gravidez é uma época que, do ponto de vista psicológico, permite a preparação para ser mãe, através do ensaio cognitivo de papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria.

A construção do projeto de maternidade e a sua consolidação de forma progressiva vão ocorrendo durante os nove meses do período de gestação (*Idem*). Tal como refere Corbett (2008), os meses da gravidez são utilizados pelas mulheres na adaptação ao papel maternal, um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social.

Na adaptação psicológica na gravidez interferem aspetos transgeracionais, culturais e socioeconómicos, associados ao que se espera da mulher inserida numa determinada sociedade (Piccinini *et al.*, 2008). Se, por um lado, os fatores socioeconómicos e culturais

têm efeito na forma como a gravidez é vivida no seio familiar, por outro lado as alterações psicológicas e somáticas podem também influenciar o relacionamento familiar (Monforte e Mineiro, 2006). Assim sendo, ainda mais tendo em conta a conjuntura socioeconómica atual, torna-se importante perceber o eventual impacto dos fatores socioeconómicos na grávida e, mais especificamente, neste estudo, no seu nível de empowerment.

Sendo uma etapa de maturação, a gravidez pode ser muito stressante, mas também compensadora, enquanto a mulher se prepara para um novo nível de preocupação e responsabilidade (Corbett, 2008). Piccinini *et al.* (2008) acrescentam que a gravidez tanto pode desencadear uma crise emocional para as gestantes como dar início a um potencial de adaptação e resolução de conflitos.

De acordo com Piccinini *et al.* (2008) todas as mudanças associadas à gravidez, maternidade e paternidade têm um grande impacto nas primíparas, apesar das múltiparas também viverem este processo com intensidade, sendo que o modo como a mulher lida com todas estas mudanças no período gestacional deverá influenciar significativamente a relação futura com a criança.

Importa pois perceber, o conjunto de tarefas implicadas na aceitação do papel de mãe, ou seja, como se desenvolve a adaptação psicológica da mulher grávida ao longo dos diferentes trimestres de gravidez. Iremos analisar de forma resumida os primeiros dois trimestres, dando especial destaque ao terceiro trimestre por ser aquele sobre o qual o nosso estudo se irá debruçar.

Colman e Colman (1994) descrevem três fases num contexto de “normalidade” da vivência da gravidez que correspondem, aproximadamente, sob ponto de vista cronológico, aos três trimestres do ciclo gravídico: a fase de integração, a fase de diferenciação e a fase de separação.

O primeiro trimestre corresponde à fase de integração, durante a qual há a aceitação da notícia da gravidez. Ou seja, o primeiro passo para a adaptação ao papel de mãe é a mulher aceitar a ideia da gravidez e assimilar o estado de grávida no seu estilo de vida. Neste período, a mulher tem de integrar em si a gravidez, alterar hábitos de vida, preparar a sua pessoa, o seu organismo e a sua família para a chegada de um novo ser (Monforte e Mineiro, 2006; Corbett, 2008).

A partir do momento em que a gravidez é percebida, surge o sentimento de ambivalência entre querer ou não estar grávida, gera-se ansiedade que deve ser construtiva, entre o desejo de escapar desta situação e a preocupação com o bem-estar do

bebé. Estes sentimentos tendem a ser reprimidos e a expressar-se sobre forma de medo pelo bebé, aumentando sentido de responsabilidade e preocupação pelo novo ser (Monforte e Mineiro, 2006).

Em termos físicos, no primeiro trimestre, as alterações do sistema corporal são ténues, podem surgir as náuseas e vômitos, relacionados com a ambivalência da mulher face à criança e maternidade (Monforte e Mineiro *apud* Brazelton e Cramer, 2006). O feto ainda não é sentido, a mulher vai sendo capaz de incorporar a ideia de ter uma criança no seu corpo e autoimagem. É um momento de grande introspeção, sendo comum sentir maior necessidade de dormir. A criança é vista como parte de si própria, não como uma pessoa separada e única, a mulher é capaz de dizer “estou grávida” (Corbett, 2008).

A segunda fase da gravidez, também designada por fase da diferenciação coincide com o início da perceção dos movimentos fetais (Monforte e Mineiro, 2006). A mulher aceita o feto em crescimento como um ser distinto de si mesma e como um ser a cuidar, toma consciência que há uma vida independente a desenvolver-se dentro de si, é capaz de expressar “vou ter um bebé” (Corbett, 2008).

A diferenciação entre a mãe e o bebé permite o início da relação mãe-filho que engloba o cuidar, bem como a responsabilidade. A mulher começa a perceber a autonomia do feto, que se desenvolve de um modo próprio, começa a imaginar como será o seu bebé, os seus traços de personalidade e características pessoais, desenvolvendo sentimentos iniciais de formação de vínculo (Monforte e Mineiro, 2006; Corbett, 2008). Surge o bebé imaginário. O apego da mãe ao filho está realçado, sobretudo se a gravidez foi planeada, e aumenta aquando da ecografia que confirma a realidade do feto (Corbett, 2008).

Durante a gravidez, e à medida que a mulher se prepara emocionalmente para o novo papel de mãe, as relações familiares são reorganizadas. A disponibilidade, reações e toda a relação entre a grávida e a sua mãe são significativas na adaptação à maternidade (Corbett, 2008). A grávida repensa as suas experiências positivas e negativas enquanto filha desde a infância à adolescência, adquirindo capacidade de se identificar com alguns comportamentos da sua mãe, de forma a adotar os que considera adequados (Canavarro, 2006).

Por outro lado, a relação conjugal também sofre alterações. Durante a gravidez as mulheres manifestam duas grandes necessidades deste relacionamento: o sentirem-se amadas e a aceitação da criança pelo companheiro. O nascimento de uma criança altera para sempre a relação do casal e é importante que os seus elementos sejam capazes de partilhar entre si as suas necessidades de dependência mútua. Também a relação sexual,

ainda durante a gravidez, é afetada por vários fatores físicos, emocionais e mitos, sendo determinante a comunicação sobre as vontades e receios dos elementos do casal neste âmbito, a qual pode ser facilitada pelo enfermeiro que realiza a vigilância da gravidez (Corbett, 2008).

Segundo Canavarro (2006), durante a gravidez deve haver uma reestruturação da relação do casal na dimensão afetiva, sexual e das rotinas quotidianas, para tal, devem adquirir alguma flexibilidade quanto à partilha, tomada de decisão e, sobretudo, ao apoio emocional.

Importa neste ponto esclarecer que as relações familiares durante a gestação e o apoio social percebido pela grávida será, posteriormente, tratado com maior profundidade, visto ser uma das variáveis em estudo.

No terceiro e último trimestre da gravidez que corresponde à fase da separação, começa-se a pensar no trabalho de parto. A mulher prepara-se para a separação que ocorre no momento do parto. Para tal, a grávida deve ser capaz de fazer a separação psicológica do seu bebé, antes da separação biológica (Monforte e Mineiro, 2006).

A mulher começa a pensar “vou ser mãe”, preparando-se verdadeiramente para o parto e para a maternidade. Refere-se ao bebé como ser individual com traços de personalidade únicos, fazendo planos concretos relativamente ao mesmo, como a preparação do enxoval, do quarto, pensa em nomes (Corbett, 2008).

Os últimos meses de gravidez são fundamentais na preparação psicológica para a separação do bebé, como um ser real e distinto da mãe, para que no momento da diferenciação do parto não seja vivido como uma perda de parte de si, e sim como uma extensão de si própria (Monforte e Mineiro, 2006).

De acordo com Canavarro (2006), a proximidade do parto pode conduzir a um aumento da ansiedade e a uma nova ambivalência: por um lado, surge o desejo de conhecer o filho e terminar com a gravidez; por outro lado, há vontade de a prolongar, adiando a necessidade de novas adaptações exigidas pelo nascimento do bebé.

Com a aproximação do final do terceiro trimestre, os desconfortos físicos associados ao aumento de volume tornam-se cada vez mais evidentes, perturbam os movimentos da mulher, interferindo com a sua capacidade para executar as suas atividades diárias, bem como dificultam o repouso, diminuindo o conforto. É por esta ocasião que a maioria das mulheres começa a ficar impaciente e ansiosa pelo desencadear do trabalho de parto,

independentemente do parto ser encarado com alegria ou receio, ou uma mistura das duas emoções. Surge um desejo intenso de chegar ao fim da gravidez, ver tudo terminado e ultrapassado, o que indica que a grávida está preparada para enfrentar o nascimento (Corbett, 2008).

O pensamento da mulher é dominado, no final da gravidez, pelo momento em que esta culmina – o parto. Há uma certa ansiedade e angústia relativamente ao nascimento do bebé, pois o parto é vivido como um momento irreversível, imprevisível e desconhecido, sobre o qual não se tem controlo (Monforte e Mineiro, 2006). O medo associado ao parto pode ser manifestado e será âmbito de estudo.

Os nove meses de gestação preparam assim a mulher de forma indispensável para a maternidade que se aproxima. De acordo com Piccinini *et al.* (2008) o processo de construção da maternidade inicia-se, de facto, em etapas bem anteriores à gestação, seguindo o seu curso após o nascimento do bebé. Logo, o diferencial para um exercício mais ativo da maternidade não será propriamente o nascimento e, sim, a conceção. É a partir da conceção que o bebé passa de facto a existir, assim, a gravidez é o primeiro momento de relação dos pais com o seu bebé.

Os mesmos autores acrescentam ainda que se deve entender o período gestacional como uma etapa importante da constituição da maternidade, na qual a grávida exerce de modo cada vez mais ativo o papel de mãe, cujo ápice acontecerá após o nascimento do bebé. Entende-se então que, na gravidez, a maternidade não é futura, é presente (*Idem*).

De acordo com Abbyad e Robertson (2011) tornar-se mãe é um processo no qual a mulher se torna ativamente envolvida na procura de cuidados, informação e conselhos ao longo da gravidez. A preparação para a gravidez, parto e os cuidados ao recém-nascido ocorre através da frequência de cursos, da seleção de materiais de leitura acerca destes assuntos, pesando os conselhos recebidos e através da observação de outros pais.

Entendemos, portanto, que tornar-se mãe é empoderar-se para ser mãe. Assim sendo, cresce a importância de estudar o nível de *empowerment* da grávida no terceiro trimestre, ou seja, verificar a capacitação da grávida para a maternidade no último trimestre da gravidez.

## 2. EMPOWERMENT INDIVIDUAL

Durante a gestação ocorrem diversas transformações psicológicas e fisiológicas na mulher. Esta necessita de inúmeras informações acerca do ciclo gravídico-puerperal as quais lhe permitirão adquirir poder de decisão e autonomia para se auto-cuidar bem como cuidar do seu filho, conquistando autoridade para lidar com as mudanças (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira e Damasceno, 2010).

De acordo com Cardoso, Santos e Mendes (2007), a qualidade da vigilância pré-natal é garantida na medida em que as consultas são complementadas com ações educativas cujo objetivo é contribuir para o aumento do conhecimento da grávida sobre o seu corpo, para uma melhor compreensão das alterações ocorridas. Deste modo, a mulher torna-se capaz de atuar de forma mais consciente e positiva na sua gravidez e parto. É necessário “resgatar a experiência do gestar e parir como expressão de poder, dignidade e beleza” (Santos *apud* Cardoso, Santos e Mendes, 2007).

A informação, o poder de decisão, a autonomia e a autoridade são alguns dos constructos integrantes do conceito em estudo, o *empowerment*. Para uma análise fundamentada do tema, importa, antes de mais, entendermos o conceito de empowerment e, mais especificamente, de empowerment individual da grávida.

Na análise dos sistemas de saúde, o empowerment traduz-se num processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte do cidadão, o qual promove um acréscimo de poder e controlo que se traduz na participação e tomada de decisão efetiva, permitindo o exercício responsável da cidadania, na área da saúde (Mesquita, 2007).

A temática do empowerment em saúde é igualmente abordada por Pereira, Fernandes, Tavares e Fernandes (2011) referindo que foi adotado nos cuidados de saúde com o objetivo de capacitar o cidadão para assumir o controlo da gestão da sua saúde/doença. Surgiu através da evolução na conceção de autonomia e responsabilidade do indivíduo, de modo a ultrapassar a tentação para atitudes paternalistas, de proteção excessiva e de tomadas de decisão assumidas, de forma unilateral, pelos profissionais de saúde.

De um modo global, o empowerment propicia a adoção de estratégias individuais e coletivas com vista à introdução, alargamento e reforço de todo um conjunto de ações e

comportamentos que promovem o aumento dos níveis de saúde, assim como à redução e eliminação de comportamentos que a comprometam (Mesquita, 2007).

A participação ativa do cidadão e a possibilidade de tomada de decisão na área da saúde, enquanto fatores essenciais ao empowerment assumem uma importância extrema e manifestam-se como necessidades estratégicas que comportam duas grandes vantagens: não apenas permitem avaliar o desempenho do sistema, sendo espelho da qualidade dos serviços e revelando de forma clara as necessidades do mesmo para que sejam mais facilmente diagnosticadas, como visam, igualmente, o desenvolvimento do controlo e responsabilidade dos cidadãos sobre a sua própria saúde e da comunidade, tornando-se parceiros num sistema que promove vidas saudáveis (*Idem*).

Segundo Baffour, Jones e Contreras (2006), a teoria do empowerment procura ajudar os indivíduos, famílias, grupos e comunidades a aumentar a sua força pessoal, socioeconómica e política por forma poderem exercer influência na melhoria das suas circunstâncias. O empowerment pode ser utilizado por quem está em campo como as assistentes sociais, os profissionais de saúde ou outros profissionais relacionados, com vista a moderar a importância que a ausência de poder tem na perpetuação dos problemas sociais e de saúde.

Empoderar as mulheres e famílias tem o potencial de aumentar a sua autoestima e ensina-lhes modelos práticos de como exercer influência na melhoria das suas circunstâncias de vida (*Idem*).

A aplicação do empowerment na saúde, por significar a participação ativa dos cidadãos nos processos, traduz-se no desenvolvimento de novas relações de parceria entre os profissionais de saúde e os utilizadores destes serviços, conduzindo, necessariamente, à reorientação das estratégias de gestão dos serviços de saúde, dissipando-se o poder pré-estabelecido dos profissionais e políticos de saúde (Mesquita, 2007).

Numa prática que englobe a filosofia do empowerment, o poder é partilhado, os clientes são ajudados a experimentar uma sensação de poder na relação com os profissionais, os quais são colaboradores em vez de superiores (Carter, 2002). Pereira *et al.* (2011) acrescentam ainda, neste sentido, que se torna necessário um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre o cliente e o profissional de saúde. Se as escolhas mais importantes que afetam a saúde são tomadas pelo próprio cidadão, este tem de estar consciente do seu poder para alcançar os seus objetivos.

O conceito de empowerment em saúde engloba os termos capacitação e *advocacy* ou *self-advocacy*. Capacitar significa fornecer meios e oportunidades, tornar possível, dar/aumentar o poder, para que os cidadãos se sintam capazes, competentes, independentes e auto-confiantes. Por outro lado, a *advocacy* refere-se a ação em defesa ou a representação do sistema interventor pelo sistema cliente, pretendendo-se, contudo que passe a ser o cliente a autorrepresentar-se, a defender os seus interesses, a proteger-se, ou seja, que se verifique uma *self-advocacy* (Pereira *et al.*, 2011).

Ao utilizar o termo empowerment individual entendemos que este se refere à capacidade desenvolvida pelo indivíduo em tomar decisões de vida pessoais, estando esta capacidade relacionada com os constructos de autoeficácia e de competência pessoal, bem como no desenvolvimento de competências para a mudança social (Mesquita, 2007). Os objetivos da prática baseada no empowerment são ajudar o indivíduo a alcançar um sentido de poder pessoal, ficando mais consciente da ligação entre os problemas individuais com os comunitários, desenvolver capacidades úteis e trabalhar para a mudança social (Carter, 2002).

Em termos comunitários, o termo empowerment está associado a estratégias de melhoria das condições de vida e saúde das famílias em risco. Baffour, Jones e Contreras (2006) realizaram um estudo com defensoras (*advocates*) da saúde familiar inseridas na comunidade afro-americana no qual, pela sua intervenção, o nível de empowerment das mulheres grávidas, mães e das suas famílias aumentou, através do aumento do conhecimento acerca dos fatores de risco, da maior aceitação da ajuda profissional e pelo aumento do número de mulheres e famílias a receber cuidados de saúde regulares. Ou seja, cumpridos os objetivos da intervenção prevê-se uma melhoria da saúde materna e infantil, bem como uma redução significativa dos resultados negativos associados à gravidez.

Existem, portanto, três níveis de análise e prática do empowerment, o individual, o organizacional ou grupal, e o comunitário (Pereira *et al.*, 2011). Para uma melhor compreensão do texto e uma vez que pretendemos analisar o empowerment individual, na grávida, passaremos a utilizar, simplesmente, o termo empowerment para nos referirmos ao empowerment individual.

O conceito de empowerment, que tem vindo a ser divulgado recentemente, centra-se na responsabilidade individual e autonomia para alcançar um estado de saúde, pelo que o constituinte principal dos cuidados médicos e de enfermagem foi mudado para as próprias grávidas. Perante tal contexto social, torna-se necessário que a educação pré-natal forneça

o apoio que permita à mulher grávida lidar com as alterações físicas e psicológicas associadas à gravidez e experiencie um parto satisfatório (Kameda e Shimada, 2008).

O termo empowerment é originado nos conceitos de *reforçar* o poder, *transferir/dar* poder, ou *capacitar*. Assim sendo, as autoras definem o empowerment na grávida como um sentimento de auto-realização e uma maior independência, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, originando um aumento da energia psicológica espontânea para alcançar a gravidez e parto desejados (Kameda e Shimada, 2008).

Kovach, Becker e Worley (2004) realizaram um estudo acerca do nível de empowerment em grávidas com maior risco de resultados negativos de saúde, tendo desconstruído o conceito de empowerment em três termos: a auto-eficácia, a auto-determinação e a capacidade de decisão. Os autores pretenderam estudar a relação entre os profissionais de saúde na comunidade e as mulheres grávidas, bem como a mudança do nível de empowerment percebido pelas grávidas, ao longo do tempo, através da medição da auto-eficácia, auto-determinação e capacidade de decisão.

Os resultados deste estudo reforçam o impacto positivo da relação entre os profissionais de saúde na comunidade e as grávidas de risco, sugerindo ainda que o aumento da sensação de empowerment pode ter um impacto positivo global na saúde da mulher e do bebé (*Idem*).

Considerando a auto-eficácia como um dos elementos-chave do empowerment, o desenvolvimento de estratégias de coping baseadas nesta teoria deve ser estimulada de forma a promover o empowerment da mulher durante o trabalho de parto. Estas estratégias para o aumento da auto-eficácia devem ser trabalhadas ainda durante a gravidez, nomeadamente através das aulas de preparação para o parto (Ip, Tang e Goggins, 2009). Kameda e Shimada *apud* Toda (2008) reforça esta ideia, referindo que a prioridade mais importante da educação pré-natal é apoiar o empowerment da grávida.

No estudo desenvolvido por Ip, Tang e Goggins (2009) realizado numa amostra de mulheres chinesas primíparas, verificaram que as mulheres submetidas a uma intervenção educacional manifestaram menores níveis de dor e ansiedade no trabalho de parto. De acordo com os autores envolver-se ativamente no processo do parto, recorrendo a estratégias de coping durante o trabalho de parto, pode ajudar a promover um sentimento de “estar sobre controlo” às mulheres que supera os estímulos dolorosos, o que resulta, em troca num possível aumento da tolerância à dor. O sentimento de controlo sobre si mesmas, durante o trabalho de parto, conduziu à descrição de uma menor dor percebida, bem como à diminuição da ansiedade.

Como vimos, no último trimestre, a grávida prepara-se cada vez mais para o parto, pelo que, no final da gravidez, empoderar a mulher implica, necessariamente, conferir-lhe autonomia e tomada de decisão para vivenciar a realidade do parto. O nascimento, em si, pode ser um evento empoderador na vida da mulher, pode, contudo, reduzir a sua autoconfiança e influenciar a sua reprodução no futuro. O sentimento de estar em controlo durante o parto contribui para a experiência global de empowerment no nascimento.

No estudo de Lindgren e Erlandsson (2010) que incluiu 735 mulheres que planearam o seu parto em casa, as entrevistadas descreveram o parto como um processo doloroso mas também poderoso, no qual se puderam manter em controlo reconhecendo as sensações, recebendo apoio e orientação, sendo capazes de identificar as suas necessidades. A dor e o esforço necessários para o nascimento do bebé foram descritos como superiores a todas as outras experiências, porém, conseguir lidar com esta situação originou, em muitas mulheres, uma sensação muito forte de poder/empowerment.

Num outro estudo qualitativo a mulheres canadianas que tiveram o seu parto em casa, verificou-se que estas se sentiram muito seguras com a sua capacidade para contribuir ativamente na tomada de decisão durante os seus partos. As palavras “poder” e “empowerment” foram usadas pela maioria das mulheres entrevistadas para descrever as várias maneiras nas quais as enfermeiras parteiras contribuíram para a sua sensação de empowerment. O sentimento de empowerment e autoconfiança permitiu às mulheres relaxar e vivenciar os seus partos com a compreensão evidente de que os seus desejos seriam ouvidos e atendidos sempre que possível. Esta sensação de compreensão levou-as a sentirem-se apoiadas emocionalmente pelas parteiras (Janssen, Henderson e Vedam, 2009).

De acordo com Kameda e Shimada (2008), autoras da escala de empowerment para grávidas utilizada neste estudo, a capacidade de avaliar o nível de empowerment permite a associação deste com outros fatores, de modo a identificar as condições favorecedoras ou prejudiciais para o empowerment da grávida. Deste modo, é possível definir melhor os meios para potenciar eficazmente o empowerment. Neste sentido, procuramos perceber a relação entre o empowerment da grávida no último trimestre e outros fatores identificados.

### 3. PERCEÇÃO DO APOIO SOCIAL

O apoio social é um dos aspetos do ambiente e um conceito bem conhecido e fortemente associado a boas práticas de saúde, influenciando o bem-estar físico e psicológico da pessoa (Roth, 2004).

De acordo com Griep, Chor, Faerstein, Werneck e Lopes (2005) os laços sociais têm influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de stresse, pelo que os indivíduos que dispõem de uma rede social, recebendo ajuda dos elementos dessa rede, beneficiam a sua saúde e bem-estar.

Os mesmos autores distinguem dois conceitos relativos aos laços sociais: a rede social e o apoio social. O primeiro diz respeito ao grupo de pessoas com as quais o indivíduo se relaciona, mantendo algum tipo de contato ou vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda nas diversas circunstâncias ao longo da vida (*Idem*). Rapoport e Piccinini (2006) referem-se à rede de apoio social como sendo a disponibilidade de sistemas e de pessoas significativas que proporcionam apoio e reforçam as estratégias de *coping* do indivíduo perante as diferentes situações de vida, como sejam a família extensa, os colegas de trabalho, os serviços de saúde ou religiosos, ou seja, a rede de apoio social engloba as relações mais íntimas bem como as ocasionais.

Por outro lado, pode-se definir apoio social como os recursos colocados à disposição por outras pessoas em caso de necessidade. O apoio social pode ser medido através da percepção individual do grau com as que relações interpessoais correspondem a determinadas funções de apoio, como o emocional ou o apoio material (Griep *et al.*, 2005). Logo, o apoio social, sendo um constructo multidimensional, envolve o conforto, a assistências e/ou informações que a pessoa pode receber das suas relações sociais formais ou informais. É, por isso, um importante meio aspeto de troca entre a pessoa e o mundo social em que está inserida (Rapoport e Piccinini, 2006).

Roth (2004) discrimina ainda o apoio social percebido como aquele que se acredita estar disponível em contraste com o que existe efetivamente. De acordo com esta classificação do apoio social, segundo o tipo de ajuda que é fornecida, Rapoport e Piccinini (2006) acrescentam ao apoio percebido, o apoio disponível, como sendo o que existe, e o recebido, aquele ou quem de facto dá apoio.

As expectativas do indivíduo acerca de como os outros irão reagir se lhes pedir ajuda influencia o apoio social. Cada pessoa, tendo em conta as suas experiências anteriores, irá

escolher a quem pedir ajuda, consoante as necessidades que precisa satisfazer. Para além deste aspeto, as pessoas com maior rede de apoio social e afetivo, têm mais capacidade para oferecer apoio e estabelecer relações próximas e significativas, integrando a rede de apoio de outras pessoas. Deste modo, estão mais aptas para lidar com os eventos stressantes da vida (Rapoport e Piccinini, 2006).

Os mesmos autores defendem que a rede de apoio social também pode ser influenciada pelo rendimento familiar, no seu desenvolvimento e manutenção. As melhores condições económicas, normalmente, favorecem uma maior disponibilidade de tempo para os relacionamentos, maior escolaridade e melhor emprego (*Idem*).

Segundo Roth (2004), que realizou um estudo sobre a perceção do apoio social na grávida de acordo com o local de residência, o apoio social pode contribuir para a preservação da saúde protegendo o indivíduo ou atuando como amortecedor dos efeitos do stress provocado pela doença. A gravidez, só por si, pode tratar-se de um importante fator vital de stress, pelo que o maior grau de apoio social tende a influenciar os comportamentos de saúde no período pré-natal, podendo interferir positivamente nos resultados da gravidez.

De acordo com Rapoport e Piccinini (2006), a procura de uma rede de apoio social pode começar ainda antes da gestação ocorrer e influenciar a decisão pelo momento mais adequado para engravidar. A decisão de ter um filho pode ser tomada pelo casal após a verificação da disponibilidade da rede de apoio social para os ajudar após o nascimento do bebé.

Uma forma de lidar com as preocupações da gravidez e durante o processo de nascimento, de acordo com Trillingsgaard, Elklit, Shevlin, e Maimburg (2011), é procurar assistência quer dos profissionais de saúde, quer dentro da sua rede social, tendo sido documentadas associações entre o tipo de ligação mãe-filho e a tendência para procurar a ajuda do companheiro durante a transição para a parentalidade.

O apoio social durante o período de gestação tende a influenciar positivamente o comportamento e emoções da mulher grávida, bem como se considera benéfico para a nova mãe, sobretudo nos primeiros meses de vida do bebé devido aos reajustes necessários no seu ritmo de vida (Rapoport e Piccinini, 2006).

O suporte emocional do companheiro é um importante fator de sucesso na concretização das etapas de desenvolvimento decorrentes da gravidez. Pelo que, segundo Corbett (2008), as mulheres solteiras, com apoio limitado, podem ter dificuldades em efetuar

esta adaptação. O mesmo autor refere que, em contrapartida, o apoio e preocupação do companheiro durante a gravidez acarreta benefícios para a mulher, tendo a grávida menos sintomas emocionais e físicos, menos complicações no trabalho de parto e nascimento, bem como uma adaptação mais fácil ao período pós-parto.

Neste sentido, Rapoport e Piccinini (2006), através da sua revisão bibliográfica sobre o tema, acrescentam que a presença do cônjuge que dá apoio na gravidez afeta, diretamente, o comportamento após o parto. Além do pai do bebé, as principais provedoras de apoio social, ou seja, quem oferece maior afeto, atenção e ajuda durante a gravidez, são as mulheres da família (mãe, irmãs), embora seja, tendencialmente, o marido, aquele que tem um impacto mais profundo no bem-estar materno, pela frequência e intensidade da relação conjugal quando comparada com as outras relações.

A relação da grávida com a sua mãe é significativa na sua adaptação à maternidade, a sua disponibilidade, as reações à gravidez da filha, o respeito pela autonomia da filha e a sua prontidão para reviver o passado são determinantes. Através do apoio e relatos de acontecimentos passados como a sua gravidez, parto e infância, a mãe da grávida permite-lhe lidar com os sentimentos de ambivalência e alegria que acompanham todo o processo, antecipar e preparar-se para o parto, para deixar de ser apenas filha e passar a ser também mãe (Corbett, 2008).

O facto da grávida ou mãe recente ser jovem ou adulta pode, igualmente, condicionar o apoio social percebido/recebido. A expectativa acerca do apoio das avós e do pai foi maior no caso das adolescentes, comparativamente com as mães adultas que contavam mais com as suas próprias capacidades para cuidar do bebé, embora também solicitassem ajuda ao pai do bebé e outras pessoas da família e, posteriormente, esperavam maior apoio por parte da creche (Rapoport e Piccinini, 2006).

Quanto maior e mais adequado for o apoio social recebido pela mãe, maior o seu sentido de responsabilidade pelo bebé, sobretudo em situações de stresse, e conseqüente, maior a sensibilidade das mesmas na interação com o seu filho. Tendo maior contacto com outras pessoas, as novas mães têm a possibilidade de ver, mais facilmente, as suas necessidades atendidas, podendo centrar-se nas necessidades do bebé. Considera-se, portanto, que o apoio social durante a gravidez, tem um impacto potencial positivo, pelo seu papel promotor da saúde, influenciando não apenas a experiência da gestação, mas também todo o desenvolvimento do bebé ao longo da sua infância (Rapoport e Piccinini, 2006).

As necessidades de apoio da grávida, ao longo da gestação, podem ser de diferentes tipos, surgir em diversas circunstâncias e requerer a ajuda de diferentes intervenientes, seja da rede de apoio social informal ou formal. Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros que realizam as consultas de vigilância da saúde da grávida, podem e devem, igualmente, desempenhar um papel determinante no apoio social prestado à grávida, contribuindo para a obtenção de resultados positivos em saúde a curto, médio e longo prazo, quer para a mulher, quer para o bebé.

Sendo já conhecido o efeito do apoio social na saúde e bem-estar do indivíduo e conhecendo a influência da rede social para a grávida e nova mãe, interessa-nos perceber, com este estudo, se existe relação entre a perceção de apoio social e o nível de empowerment da grávida no terceiro trimestre.

#### 4. PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

Dada a prevalência da família nuclear, muitas mulheres, nos dias de hoje, estão privadas da tradicional rede de suporte social informal na gravidez e nascimento, pelo que o sistema de saúde pode ser um meio de informação acerca da saúde reprodutiva da mulher, nomeadamente, através das aulas de preparação para o parto (Lee e Holroyd, 2009).

Os enfermeiros especialistas que desempenham funções na área da saúde materna e obstetria têm como uma das missões privilegiadas a preparação dos futuros pais e mães para os acontecimentos próprios da gravidez, o trabalho de parto e do pós-parto, podendo esta informação ser veiculada através dos cursos de preparação para a parentalidade (Silva, 2010).

Segundo Lee e Holroyd (2009) os enfermeiros obstetras foram identificados como os profissionais mais adequados para conduzir as aulas de preparação para o parto, uma vez que possuem uma perspetiva centrada no cliente. Um educador para o nascimento, para ser eficaz, tem de possuir um entendimento compreensivo da gravidez, parto e das necessidades em mudança da família. Para além do conhecimento profissional sobre estes temas, muitas enfermeiras obstetras vivenciaram pessoalmente o parto, o que as torna mais sensíveis àquilo que as mulheres querem e lhes permite responder de forma mais adequada às suas necessidades.

Os cursos de preparação para o nascimento realizados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) permitem que a mulher grávida e o companheiro desenvolvam competências que lhes permitam vivenciar a gravidez, o trabalho de parto e o parto como um processo fisiológico natural, que passa pela confiança na sua capacidade para gerar vida, como protagonistas deste mesmo evento (Silva, 2010).

De acordo com Consonni *et al.* (2010), a participação nos grupos de preparação para o nascimento durante os cuidados pré-natais representa uma oportunidade na qual se pode aprender a lidar com as dificuldades psicológicas experienciadas na gravidez.

A troca de experiências inerente à intervenção grupal nas aulas de preparação para o nascimento possibilita, de acordo com Cardoso, Santos e Mendes (2007) a perceção do individual no coletivo, diminuindo a ansiedade através dos discursos similares.

O acompanhamento que permite alcançar o desenvolvimento destas competências ultrapassa os procedimentos clínicos rotineiros e reducionistas, abrangendo uma

diversidade de temáticas inerentes à esfera biológica, fisiológica, social, emocional e psicológica. A conjugação destas vertentes deverá estar associada à filosofia de humanização na prestação de cuidados, já que humanizar significa dar condições humanas, tratar o humano com respeito, dignidade e acolhimento, cuidar com sabedoria e dedicação. Este conceito é mais amplo, envolvendo não só o conhecimento científico que o EESMO possui, mas também a sensibilidade para a cultura da mulher e da família e as práticas e atitudes que proporcionam, ao casal que espera o seu filho, o desenvolvimento de comportamentos que beneficiem o bem-estar materno, fetal, parental, conjugal e social (Silva, 2010).

Figueiredo *et al.* (2010) referem-se aos cursos de preparação para o parto como tendo os seguintes objetivos: prover a grávida de informações necessárias sobre a gestação, parto e cuidados ao recém-nascido; vencer a ansiedade inerente ao parto; reduzir a dor com técnicas de respiração e relaxamento; despertar na mulher processos de aprendizagem e conhecimento do seu corpo, de modo a que venha a desempenhar um papel pró-ativo e positivo no cuidado pela sua saúde; proporcionar o encontro/partilha com outras mulheres em situação semelhante; orientar o futuro pai para que esteja o mais próximo da sua mulher durante todo o processo; e apresentar à grávida o ambiente do trabalho de parto e parto. Silva (2010) acrescenta que uma das áreas de enfoque da atuação do EESMO nos cursos de preparação para a parentalidade é a colaboração no estabelecimento da relação entre pais-feto e outros significantes.

Os profissionais de saúde assumem uma posição de apoiantes e participantes do processo gravídico-puerperal, constituindo fonte de informações para as gestantes durante esse ciclo. As orientações fornecidas durante o período pré-natal são de suma importância visto que preparam a mulher para a gestação, o trabalho de parto e para os cuidados consigo mesma e ao recém-nascido (Figueiredo *et al.*, 2010).

Durante o trabalho de parto e parto a presença destas orientações torna-se evidente, uma vez que deixam a mulher segura e confiante ao longo do processo. Essas orientações incitam a parturiente a adquirir autoridade sobre o trabalho de parto, assumindo uma participação ativa (Figueiredo *et al.*, 2010).

De acordo com Lee e Holroyd (2009) há evidências credíveis que demonstram que as aulas de preparação para o nascimento podem aumentar o nível de conhecimento materno relativo ao parto, melhorar os resultados do parto como o menor uso de analgésicos e conduzir a uma experiência de parto mais satisfatória.

O EESMO contribui assim para a preservação da autonomia, reconhecendo que, tanto a mulher grávida como o seu companheiro são agentes ativos com capacidades para vivenciarem de forma completa, responsável e gratificante o nascimento do seu filho, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planejadas e vivências positivas de parentalidade (Silva, 2010).

No estudo de Serçekus e Mete (2010), cujo objetivo foi analisar as percepções das mulheres acerca da educação pré-natal, a maioria das participantes referiu que as aulas de preparação para o parto lhes forneceram informações acerca do parto vaginal e por cesariana o que lhes fez adotar uma visão positiva acerca do parto vaginal. Algumas participantes consideraram que a educação pré-natal reduziu a sua ansiedade acerca do parto, enquanto outras mulheres afirmaram que estas aulas tiveram a sua influência para que tivessem uma experiência de parto agradável. Ainda assim, houve participantes que revelaram terem ficado mais assustadas em relação ao parto após a informação recebida.

Os diferentes efeitos das aulas nas mulheres podem estar relacionados com a sua personalidade única. Se por um lado, algumas mulheres sentem o medo a dissipar-se quando adquirem novos conhecimentos que substituem os seus mitos, para outras, obter mais informação que a necessária causa-lhes maior medo, nomeadamente, através do conhecimento de eventuais complicações que possam surgir. Pelo que é necessário definir um programa educacional compatível com as necessidades individuais/grupais (*Idem*).

Apesar dos benefícios da preparação para o parto já descritos, alguns estudos também demonstram que certos cursos podem não ir ao encontro das necessidades informativas das mulheres. Tendo sido discutido até então que as aulas de preparação para o nascimento tendem a preparar as mulheres para aderirem às rotinas hospitalares, em vez de facilitar as suas respostas adaptativas ao trabalho de parto ou empoderá-las para atingirem os seus objetivos relativos ao parto (Lee e Holroyd, 2009).

Como vemos, os efeitos dos programas de preparação para o nascimento e parentalidade nos resultados perinatais são ainda controversos para os autores. As diferenças em relação a momento em que se iniciam, o tempo de intervenção e a avaliação dos seus resultados, associada à falta de estudos clínicos controlados com amostras de tamanho adequado, contribuem para esta controvérsia (Consonni *et al.*, 2010).

Segundo Lee e Holroyd (2009), a educação para o parto deve ser capaz de empoderar as mulheres e encorajá-las a participar ativamente na sua gravidez e parto. Pelo que Serçekus e Mete (2010) ressaltam a importância de se receber um feedback, por parte

das mulheres/casais, após os cursos de preparação para o parto, para uma melhoria contínua dos mesmos.

De um modo geral, segundo os autores, o aumento de conhecimentos, a partilha de experiências nas aulas de preparação para o parto, terá como efeito o aumento da responsabilidade, autonomia, permitindo a tomada de decisão, ou seja, interfere no nível de empowerment da grávida. Gostaríamos, neste sentido, de verificar qual a influência da frequência de cursos de preparação para o nascimento pelas grávidas, da nossa amostra, sobre o seu nível de empowerment.

## 5. MEDO DO PARTO

Apesar do aumento da literacia e dos avanços tecnológicos, o peso da herança cultural é ainda muito importante nas nossas vidas. Desde a infância que a mulher ouve descrições dramatizadas de partos difíceis e dolorosos. Esta transmissão cultural contribui para o aumento da ansiedade e medos inconscientes da grávida, pelo que muitas mulheres pensam que o parto será doloroso. Surge assim o medo da dor do parto (Monforte e Mineiro, 2006).

A grávida tende a questionar a sua capacidade para lidar com os desafios que o parto implica. Os sentimentos de incerteza e ansiedade podem surgir da experiência com a aproximação do parto, o qual é algo desconhecido, incontrolável e, simultaneamente, inevitável. Para algumas mulheres esta situação é tão angustiante que gera o medo do parto (Wijma, Wijma e Zar, 1998).

De acordo com Spice, Jones, Hadjistavropoulos, Kowalyk e Stewart (2009), cerca de 33% das mulheres admitem ter medo do parto, atingindo o pico da ansiedade no terceiro trimestre.

Muitas mulheres, por desconhecerem a anatomia e tudo o que envolve o nascimento, sentem medo da dor de parto e de futuras lesões. A informação e orientações dadas pelo enfermeiro poderão aliviar estes receios. Algumas mulheres podem verbalizar preocupações sobre que comportamento devem adotar durante o trabalho de parto e o parto e se os profissionais de saúde aceitarão os seus comportamentos (Corbett, 2008).

O medo do parto está associado ao medo aumentado durante o trabalho de parto o que conduz ao aumento da necessidade de analgésicos durante o parto. Do mesmo modo, as mulheres com um elevado nível de medo e que não pedem aconselhamento, relatam a experiência do parto de uma forma mais negativa que aquelas que procuram apoio com a enfermeira parteira (Spice *et al.*, 2009).

Segundo Wijma, Wijma e Zar (1998) as expectativas que a grávida tem sobre o parto são de extrema importância para a sua experiência e comportamento durante o parto. Do mesmo modo, a análise que a mulher fez de um parto prévio irão, de forma significativa, indicar o grau de ansiedade associado ao parto anterior, sugerindo uma estimativa do medo que esta poderá experienciar num eventual parto futuro.

É expresso o temor/medo à morte no parto, à dor, ao parto traumático, por fórceps, ventosa ou cesariana, ao filho disforme, à morte do filho (Monforte e Mineiro, 2006). Segundo Spice *et al.* (2009), o medo da dor, a baixa tolerância à dor são citadas como as razões mais comuns para o medo do parto. A falta de apoio social ou insatisfação expressa pelo companheiro também são preditivas do medo do parto.

De acordo com Corbett (2008), a primípara poderá estar temerosa e apreensiva por não saber o que vai acontecer, não tendo conhecimento prévio do desenlace do parto. Neste sentido, Spice *et al.* (2009) referem que o medo do parto é encontrado em maior nível nas nulíparas, o que se pode dever à ausência de uma experiência de parto anterior. Contudo, os mesmos autores afirmam que, quanto à categorização do medo do parto em moderado ou severo, é mais comum o medo moderado do parto em nulíparas e, por outro lado, é mais frequente o medo severo do parto e pedido de cesariana eletiva entre as mulheres que já tiveram filhos. Este medo severo do parto aparece relacionado com experiências de parto traumáticas.

Em última instância, o medo do parto pode transformar-se em perturbação de stresse pós-traumático. De acordo com Zambaldi, Cantilino e Sougey (2009), a presença de sintomas dissociativos ou emoções negativas no parto em mulheres que tiveram eventos traumáticos no passado, bem como nos casos em que ocorreu uma depressão na gravidez, apoio social diminuto e pouco apoio da equipa de saúde, há uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento desta perturbação.

Memórias de um parto complicado ou as expectativas negativas em relação ao parto que há de ocorrer afetam as mulheres e obrigam-nas a lidar com esta situação, não tendo alternativa. As grávidas querem ser envolvidas e supervisionadas, bem como na opinião de Lyberg e Severinsson (2010), incluídas nas decisões acerca da sua gravidez e parto. No estudo realizado por estas autoras a grávidas cuidadas por uma equipa de enfermeiras obstetras, as mulheres tinham receio de perder o controlo e falta de capacidade emocional para lidar com a situação, pelo que pretendiam estar preparadas e ter um plano individualizado para o parto. A sua relação com a equipa de enfermeiras teve a maior importância para se sentirem seguras, confirmadas e respeitadas.

Segundo Lyberg e Severinsson (2010), para a grávida, sentir-se confirmada e tratada com respeito pela enfermeira parteira durante a gravidez, parto e após o parto foi uma forma de ultrapassar o sentimento de estar presa e recear o parto que é inevitável. Por outro lado, a preparação individual do parto, de acordo com as opiniões e vontades de cada grávida,

tornou este acontecimento previsível para as mesmas, permitindo-lhes sentir-se sobre controlo.

A aquisição de poder/autoridade pela grávida será consequência do processo de busca de saber, e a resposta imediata será o melhor atendimento por parte dos profissionais de saúde. No âmbito do trabalho de parto, o processo educativo realizado previamente torna a mulher mais segura do que está a vivenciar, assumindo-se como sujeito ativo, e rebatendo a posição passiva, muitas vezes adotada devido a sentimentos de medo e insegurança (Figueiredo *et al.*, 2010).

Tendo em conta os estudos realizados, depreendemos uma eventual associação entre o medo do parto e o empowerment da grávida. Pretendemos, portanto, com o nosso estudo perceber qual a relação entre estes fenómenos no último trimestre de gravidez da mulher.



## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**



## 1. METODOLOGIA

Na fase metodológica do estudo de investigação é chegado o momento de apresentar os métodos selecionados, o problema, as questões e objetivos de investigação, o tipo de investigação, as variáveis, sendo definido o esquema conceptual de base. Em seguida, procedemos à apresentação e caracterização sociodemográfica da amostra, identificamos os instrumentos utilizados, procedendo aos testes de validade e fidelidade dos mesmos. Por último, iremos descrever os procedimentos necessários na recolha de dados, incluindo os procedimentos éticos, bem como, esclarecemos as medidas estatísticas aplicadas.

### 1.1. MÉTODOS

Previamente à definição da metodologia da investigação, é determinante a resolução da sua fase conceptual, através do enunciado dos objetivos, questões e/ou hipóteses de investigação. Neste sentido, como meio de concretização da fase metodológica, foi elaborado um projeto de investigação.

A palavra mudança é algo intrinsecamente associado à gravidez. Esta é uma experiência única, repleta de sentimentos e emoções de elevada intensidade. Gestar é muito mais que promover o desenvolvimento do feto, implica uma necessária adaptação biológica, corporal e também psíquica. Durante o período de gestação, impõe-se uma reconfiguração de relações da grávida, nomeadamente a relação conjugal e com a própria mãe, a reorganização do espaço psicológico da mulher, bem como o reajuste da sua situação socioeconómica (Gomes *et al.*, 2008).

Pelo que, neste momento da vida da mulher de grandes mudanças, é natural o surgimento de dúvidas, medos e insegurança. À medida que a gestação decorre, a mulher lida com diferentes emoções, condicionadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao processo gravídico que vão determinar a sua autonomia, sensação de autoeficácia e poder sobre o seu estado de saúde (Silva, Silva e Pinheiro, 2013).

A intervenção do enfermeiro, quer nas consultas de vigilância da saúde, quer em cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, ou através de outros contatos com a grávida, deve favorecer o empowerment da mulher grávida relativamente à

gravidez/parto/maternidade, para que estes momentos sejam vividos da forma mais saudável e autónoma pela mulher/casal e família.

Hughes (2007) afirma, no seu artigo que, para criar uma situação empoderadora, deve existir uma relação de confiança entre os indivíduos envolvidos, deste modo é importante lembrar que o significado literal de *midwife* é 'com a mulher' o que sugere uma relação de parceria entre iguais. Do mesmo modo, Silva, Silva e Pinheiro (2013) referem que os grupos de preparação para o nascimento surgem como uma forma de acolhimento, de criação de maior vínculo com os profissionais de saúde, troca de experiências, esclarecimento de dúvidas, prevendo-se como resultado o empowerment das grávidas, no intuito de poderem tomar decisões informadas e agir corretamente.

Pretendendo estudar a capacitação da grávida para a maternidade, isto é, a sua capacidade em tomar autonomamente decisões relativas à sua saúde, dando uso ao seu direito e responsabilidade para tal, definimos como variável dependente deste estudo o empowerment da grávida.

Ao utilizar, simplesmente, o termo *empowerment* referimo-nos ao empowerment individual da mulher grávida no terceiro trimestre de gestação, nosso objeto de estudo, não integrando o conceito de empowerment grupal ou organizacional.

O conceito de empowerment engloba, de um modo geral, duas vertentes: tornar-se *empowered* e o resultado de se ser *empowered*. Considera-se que o sujeito tem empowerment quando se torna capaz de participar ativamente, de forma responsável, com sentido pessoal de potência, consciência e competências estratégicas práticas (Mesquita, 2007).

Estar empowered significa perceber a capacidade de afetar um resultado, quer pela crença de que determinada ação conduz a um resultado, quer pela crença de que o indivíduo consegue desempenhar a ação necessária para obter esse resultado. Isto é, o empowerment trata-se de um processo, na medida em que o indivíduo desenvolve uma competência participatória responsável, ou a capacidade de ser responsável pela sua própria vida; bem como um resultado, ao atingir e perceber a capacidade de melhorar a sua vida, através do conhecimento, competências, atitudes e ações (*Idem*).

Neste sentido, e dada a limitação de estudos na área do empowerment na grávida, nomeadamente no que respeita aos fatores associados a este fenómeno, surge a seguinte problemática:

**Que fatores poderão estar relacionados com o sentimento de empowerment da mulher no último trimestre da gravidez?**

Pretendemos dar resposta a esta problemática, pelo que nos debruçarmos sobre alguns dos fatores que poderão influenciar o *empowerment* da mulher grávida, nomeadamente algumas características sociodemográficas, a frequência de cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, bem como outros fatores de contexto obstétrico e a expectativa/medo do parto e a perceção de apoio social, como variáveis psicossociais.

Deste modo, apresentamos as seguintes questões de investigação às quais pretendemos dar resposta no decurso do presente estudo:

Questão 1 – ***Que variáveis sociodemográficas tem influência sobre o empowerment da grávida no último trimestre da gestação?***

Questão 2 – ***Que relação existe entre as variáveis de contexto obstétrico e o empowerment da grávida?***

Questão 3 – ***Que variáveis psicossociais (perceção de apoio social e medo do parto) determinam o empowerment da grávida no último trimestre da gestação?***

Assim sendo, o objetivo global da investigação por nos desenvolvida consistiu em verificar se existe relação entre os fenómenos enunciados – frequência de aulas de preparação para o parto, perceção de apoio social e o medo do parto – e o empowerment da grávida no último trimestre.

Como objetivos de investigação específicos temos: identificar as variáveis sociodemográficas da amostra que influenciam o empowerment da grávida no último trimestre da gestação; analisar a relação entre as variáveis de contexto obstétrico e o empowerment da grávida; determinar as variáveis psicossociais que possam ter influência no empowerment da grávida.

Procurando dar resposta à problemática do empowerment na grávida no último trimestre e quais os fatores associados a este fenómeno recorreremos a um *survey* descritivo – correlacional, quantitativo, não-experimental e transversal.

- Seguimos uma metodologia de análise **quantitativa** de modo a garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação;

- O desenho do estudo enquadra-se num tipo de investigação **não-experimental** uma vez que não se pretende a manipulação das variáveis em estudo, apenas perceber se existem relações entre os fenómenos;

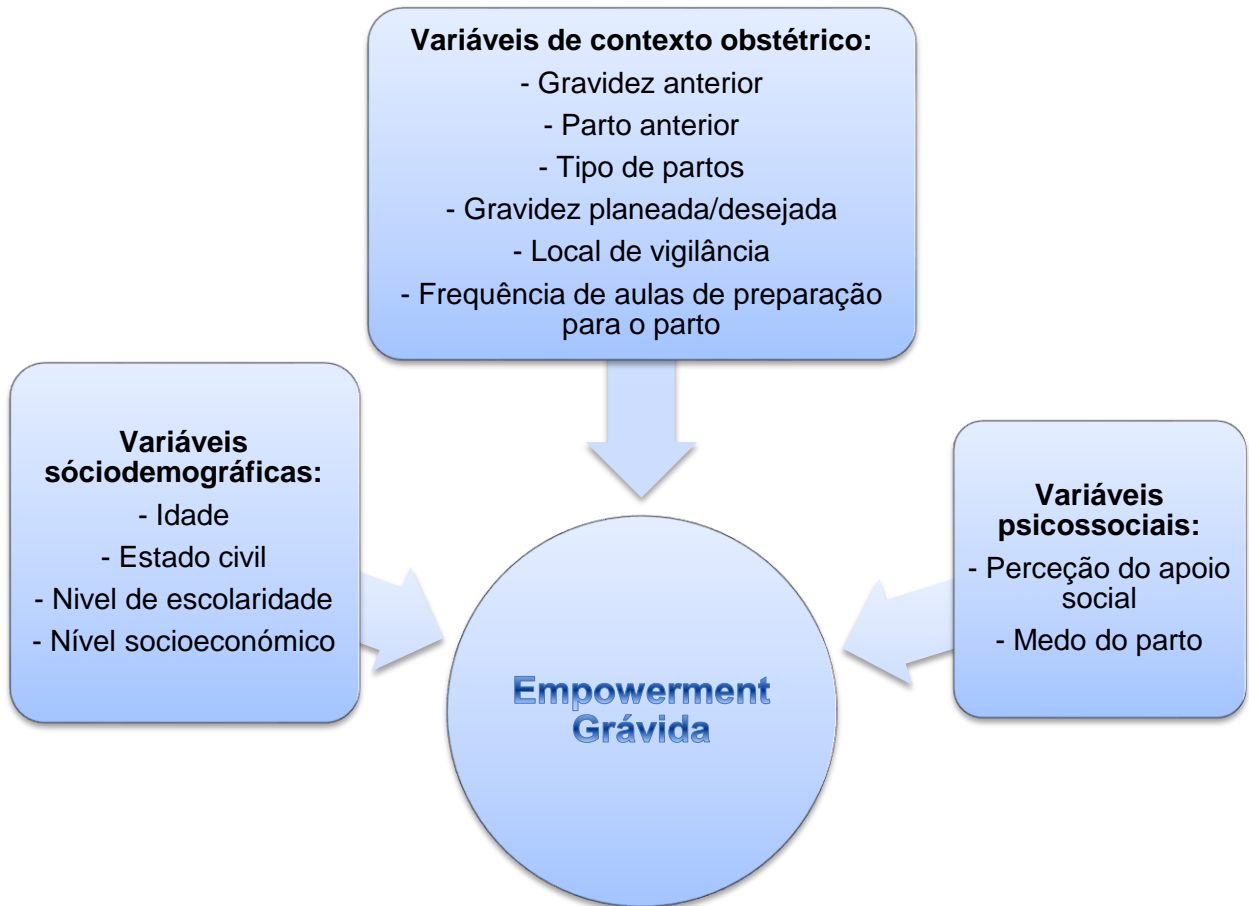
- Trata-se de um estudo **transversal**, visto que a causa e o efeito ocorrem em simultâneo. Contudo, a causa pode existir apenas no momento atual, desde há algum tempo no passado, ou ainda, ser uma característica do indivíduo;

- E é considerado um estudo **descritivo e correlacional**, uma vez que, possui atributos descritivos, ao recolher informação de forma independente ou conjunta sobre os conceitos ou variáveis, especificando as suas características e propriedades, bem como permitindo a possibilidade de fazer predições, por outro lado, como atributos correlacionais, encontramos o propósito de avaliar a relação existente entre pelo menos dois conceitos, categorias ou variáveis (Duarte, 2011)

Podemos ainda afirmar que se trata de um estudo de nível II, visto que parte de um quadro conceptual e procura analisar as eventuais relações entre variáveis, estabelecer relações de causalidade.

Para melhor compreensão das relações entre os fenómenos que pretendemos estudar, delineamos um esquema conceptual da investigação que apresentamos na seguinte representação esquemática (Figura 1):

**Figura 1** – Esquema conceptual de base



## 1.2. PARTICIPANTES

Recorremos a um tipo de amostragem não probabilístico, por conveniência, pelo que a amostra foi constituída pelas gestantes que se encontravam presentes nos locais definidos para colheita de dados, nos momentos mais convenientes à investigadora. A colheita de dados teve lugar de Julho a Outubro de 2013.

Como critérios de inclusão para a constituição da amostra, definimos que as participantes deveriam ser adultas (idade superior a 18 anos), no terceiro trimestre da gravidez (a partir da 27<sup>a</sup> semana de gestação). Foram excluídas da amostra todas as grávidas que não cumpriam estes requisitos, bem como aquelas que não compreendiam bem a língua portuguesa na forma escrita/oral, ou não aceitaram participar no estudo.

Obtemos um total de 240 questionários preenchidos, no entanto, 5 foram excluídos por lacunas graves de preenchimento. Assim sendo, a amostra final deste estudo é constituída por 235 grávidas no último trimestre de gestação, que se dirigiram à consulta nas maternidades seleccionadas, no período acima indicado.

Tendo em vista uma melhor compreensão da amostra que foi constituída no nosso estudo, apresentamos a sua caracterização sociodemográfica.

As 235 grávidas que englobam a nossa amostra possuem idades compreendidas entre os 19 e os 47 anos, ao que corresponde uma média de 32,01 anos com um desvio padrão de 5,025 anos. Tendo em conta o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2010) que afirma que estes se situam antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade, como meio de operacionalização desta variável distribuámos os elementos da amostra em duas classes (grávidas com idade inferior ou igual a 35 anos e idade superior ou igual a 36 anos), visto não se incluírem na amostra grávidas com idade inferior a 18 anos.

Deste modo, importa referir que a maioria das grávidas da amostra possui entre 19 e 35 anos de idade (75,74%), pelo que apenas 24,26% da amostra tem mais de 36 anos (cf. Quadro 1).

Quanto ao estado civil, agrupamos as grávidas da amostra em duas classes: com companheiro, incluindo casadas e em união de facto; e sem companheiro, da qual fazem parte as grávidas solteiras, divorciadas e viúvas. A maioria das grávidas da amostra é

casada ou vive em união de facto (67,66%), pertencendo ao grupo das múltiparas (36,17%). Verificámos uma percentagem de 32,34% de grávidas sem companheiro, sendo que encontrámos apenas uma grávida viúva, na totalidade da amostra (cf. Quadro 1).

Relativamente à escolaridade, optámos por diferenciar apenas três grupos de habilitações académicas: ensino básico, secundário e ensino superior, incluindo no último grupo, as grávidas com licenciatura, mestrado ou doutoramento. Assim sendo, verificamos que 48,08% da amostra possui um nível de escolaridade correspondente ao ensino superior, destas a grande maioria era nulípara (31,49%). Seguindo-se uma percentagem de 29,79% da amostra com ensino secundário e ainda 52 grávidas com nível de escolaridade até ao 3.º ciclo do ensino básico (22,13%) (cf. Quadro 1).

No que respeita à profissão atual, tendo em conta os grandes grupos da Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, salientamos que a maioria das grávidas se enquadra em três principais grupos: no grupo 2 “Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas”, com uma percentagem de 29,36%, das quais 43 (18,30%) são nulíparas; no grupo 5 “Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores” com uma percentagem de 17,00%, das quais a maioria era múltipara (9,79%); e no grupo 4 “Pessoal Administrativo”, com uma percentagem de 11,49%, das quais 16 (6,81%) era nulípara.

Dada a dispersão dos dados na variável profissão atual, optámos por simplificar a apresentação dos mesmos, distinguindo apenas dois grupos relativos à situação profissional atual que apresentamos no Quadro 1: empregada e desempregada (incluindo as situações de estudantes e reformadas). Apesar da maioria dos elementos da amostra estar empregada (79,15%), destacamos a percentagem significativa (20,85%) de grávidas sem ocupação profissional na atualidade, estando ou não grávidas do primeiro filho. Na totalidade da amostra, encontrámos 2 grávidas (0,85%) em situação de reforma (cf. Quadro 1).

Quanto ao rendimento mensal familiar, efetuámos uma divisão por classes, de 500 euros, tendo em conta um valor aproximado ao salário mínimo nacional português. Verificámos que a maioria (34,04%) das grávidas tem um rendimento familiar situado entre os 500 e os 1000 euros mensais, das quais 19,15% são nulíparas. 29,79% das grávidas da amostra recebem, em conjunto com a família nuclear, entre 1000 e 1500 euros, mensalmente. Uma percentagem de 25,11% tem um rendimento mensal familiar superior a 1500 euros, ao passo que 11,06% das grávidas tem um rendimento mensal familiar inferior a 500 euros (cf. Quadro 1).

**Em síntese:**

A amostra é constituída por grávidas no último trimestre da gestação, com idades compreendidas entre os 19 e os 47 anos, possuindo a maioria da amostra até 35 anos de idade (75,74%). A maioria das grávidas está casada ou a viver em situação de união de facto (67,66%), possui uma formação académica superior (48,08%), está empregada (79,15%), pertencendo ao grupo dos especialistas em atividades intelectuais ou científicas (29,36%) e tem um rendimento mensal familiar situado entre os 500 e os 1000 euros (34,04%).

**Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

Variáveis	Nulíparas		Multíparas		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade</b>						
≤ 35 anos	108	45,95	70	29,79	178	75,74
≥ 36 anos	18	7,66	39	16,60	57	24,26
<b>Estado civil</b>						
Sem companheiro	52	22,13	24	10,21	76	32,34
Com companheiro	74	31,49	85	36,17	159	67,66
<b>Escolaridade</b>						
Ensino Básico	16	6,81	36	15,32	52	22,13
Ensino Secundário	36	15,32	34	14,47	70	29,79
Ensino Superior	74	31,49	39	16,59	113	48,08
<b>Situação Profissional atual</b>						
Empregada	101	42,98	85	36,17	186	79,15
Desempregada	25	10,64	24	10,21	49	20,85
<b>Rendimento Mensal Familiar</b>						
< 500 euros	13	5,53	13	5,53	26	11,06
500 – 1000 euros	45	19,15	35	14,89	80	34,04
1000 – 1500 euros	35	14,89	35	14,89	70	29,79
> 1500 euros	33	14,04	26	11,06	59	25,11

**1.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Tendo definido os métodos do estudo de investigação e após a pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, procedemos à elaboração do instrumento de recolha de dados,

constituído por um conjunto de questionários selecionados. O modo de abordagem considerado mais apropriado para a realização deste estudo, foi a utilização de questionários autoadministrados, tendo em conta as características dos elementos da amostra e também devido às vantagens que estes instrumentos oferecem, nomeadamente, a economia de tempo e recursos.

O instrumento de colheita de dados (ver **APÊNDICE II**) utilizado neste estudo encontra-se dividido em cinco partes. A primeira parte sobre aos dados biográficos questiona acerca da idade, estado civil, escolaridade, profissão atual, rendimento mensal familiar. Na segunda parte, relativa às variáveis contextuais à gravidez, que integra quer os dados relativos à história obstétrica, através de seis questões (gravidez anterior, número de gravidezes anteriores, número de abortos espontâneos/morte fetal, número de interrupções médicas/voluntárias da gravidez, número de partos anteriores e o tipo de partos), quer os dados da gravidez atual, com cinco questões sobre se a gravidez foi planeada, desejada, qual a idade gestacional, o(s) local(ais) de vigilância da gravidez, bem como a frequência de curso de preparação para o parto/parentalidade.

Na terceira parte do instrumento surge o questionário de apoio social, adaptado do Medical Outcomes Study (MOS) (Sherbourne, Stewart, 1991). Por sua vez, o questionário da expectativa/experiência do parto (W-DEQ), versão A (Wijma e Wijma, 2005), para avaliação do medo do parto, corresponde à quarta parte do instrumento. Por último, surge na quinta parte, o questionário do empoderamento da mulher grávida (Kameda e Shimada, 2008).

Tendo em conta que recorreremos a três escalas distintas no instrumento de recolha de dados utilizado, após a apresentação dos critérios de operacionalização das variáveis estudadas por cada uma das escalas, iremos proceder, à avaliação das suas propriedades psicométricas, através dos estudos de fiabilidade e validade.

A fiabilidade é uma propriedade essencial dos instrumentos de medida, dizendo respeito ao grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Esta engloba duas dimensões: a estabilidade temporal, ou fiabilidade teste-reteste, que é determinada pela constância das respostas obtidas quando são efetuadas questões em condições idênticas, e a consistência interna que corresponde à homogeneidade dos enunciados da escala. Uma vez que a perceção do grau de apoio social pode variar no tempo, a fiabilidade teste-reteste não foi realizada no nosso estudo.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em

que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (Duarte, 2011).

Assim sendo, o estudo da consistência interna ou homogeneidade dos itens foi realizado através dos seguintes passos:

- a. Determinação do coeficiente de correlação de Pearson entre cada um dos itens e a nota global;
- b. Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, o qual mede a correlação entre cada item da escala e os restantes que pertencem ao mesmo universo. O valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator, ou seja, pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) considerando-se a consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008): muito boa, para alfa superior a 0,9; boa, se alfa entre 0,8 e 0,9; razoável, se alfa entre 0,7 e 0,8; fraca, para alfa entre 0,6, e 0,7; e inadmissível, se alfa inferior a 0,6;
- c. Determinação do coeficiente de bipartição (*split-half*), através do mesmo, dividem-se os itens de uma escala em dois grupos e é examinada a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, com o objetivo de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (Duarte, 2011).

### **1.3.1 Estudo Psicométrico da Escala de Apoio Social**

O apoio social é algo fundamental ao longo do desenvolvimento do ser humano, especialmente em períodos de transição e mudanças, nos quais é exigida adaptação por parte do indivíduo, como é o caso da gravidez e nascimento de um filho (Rapoport e Piccinini, 2006). Assim sendo, pretendemos estudar a perceção do grau de apoio social por parte das grávidas da nossa amostra.

Como meio de operacionalização desta variável utilizamos a escala de apoio social desenvolvida no “Medical Outcomes Study” (Sherbourne e Stewart, 1991) que mede a perceção dos indivíduos sobre o grau de apoio social foi submetida a procedimentos padronizados de tradução e versão para a língua portuguesa no Estudo Pró-Saúde, desenvolvido no Brasil, tendo sido posteriormente, validada para uma população de

grávidas por Silva e Coutinho (2005). Neste sentido, a versão utilizada no nosso estudo sofreu apenas ligeiras alterações em alguns itens, relativamente às versões dos autores brasileiros citados, nomeadamente a utilização dos pronomes pessoais no feminino, dadas as características da nossa amostra.

A escala de apoio social é constituída por 19 itens, os quais foram agrupados pelos autores em cinco dimensões de apoio. Cada item procura medir, numa escala ordinal de cinco pontos de Likert, a frequência com que a grávida acredita dispor de apoio social (Silva e Coutinho, 2005). Deste modo, o ponto 1 corresponde a “nunca”, 2 “raramente”, 3 a “às vezes”, 4 “quase sempre” e 5 refere-se a “sempre”.

Relativamente às dimensões originais da escala de apoio social temos:

- *Material*: composta por quatro questões, relativa à provisão de recursos práticos e ajuda material;
- *Afetiva*: engloba as demonstrações físicas de amor e afeto, sendo composta por três perguntas;
- *Interação social positiva*: inclui quatro questões e refere-se a contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se;
- *Emocional*: refere-se à habilidade da rede social para satisfazer as necessidades individuais relativas a problemas emocionais, como é o caso de situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida. Esta dimensão é composta por quatro questões;
- *Informação*: composta, igualmente, por quatro perguntas, diz respeito a contar com certas pessoas que aconselham, informam e orientam (GRIEP *et al.*, 2005).

Através da análise de conteúdo da escala para a nossa amostra, discriminámos apenas três dimensões pela análise fatorial. Na primeira dimensão incluímos o apoio *emocional* e *informação*, na segunda dimensão considerámos a função *afetiva* conjuntamente com a *interação social positiva*. E mantivemos em separado a dimensão do apoio *material*.

Considerando todos os 19 itens da Escala de Apoio Social subdivididos em três dimensões, temos que: a primeira dimensão *Apoio Emocional e Informação*, obtém-se pela soma de 8 itens (2,3,7,8,12,15,16 e 18); o índice relativo à dimensão *Função Afetiva e Interação Social Positiva* é calculado pela soma de 7 itens (5,6,9,10,13,17,19); e a terceira

dimensão considerada para a escala, relativa ao *Apoio Material*, obtém-se pela soma dos restantes 4 itens (1,4,11,14).

Tendo em conta as pontuações correspondentes da escala de Likert de cinco pontos, cotada da esquerda para a direita (1,2,3,4 e 5), o valor total da escala resulta da soma dos 19 itens, podendo variar entre 19 e 95. Quanto maior a pontuação obtida, maior é o apoio social percebido pela grávida.

Apresentamos no Quadro 2 as estatísticas (médias e desvios-padrão), bem como as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global, onde podemos visualizar, com maior facilidade, a combinação entre os mesmos.

**Quadro 2** – Consistência interna da escala de apoio social

N.º item	Itens	$\bar{x}$	Dp	Correlação item-total	$r^2$	$\alpha$ sem item
1	Que a ajude se ficar de cama	4,25	0,914	0,517	0,403	0,959
2	Para a ouvir	4,47	0,724	0,723	0,639	0,955
3	Para lhe dar um bom conselho numa situação de crise	4,42	0,788	0,738	0,698	0,955
4	Levá-la ao médico	4,57	0,709	0,534	0,399	0,957
5	Que demonstre amor e afeto por si	4,80	0,472	0,659	0,631	0,956
6	Para se divertir em conjunto	4,48	0,694	0,664	0,600	0,956
7	Para lhe dar informações que a ajudem a compreender uma determinada situação	4,23	0,751	0,695	0,607	0,955
8	Para confiar e falar dos seus problemas	4,51	0,759	0,792	0,754	0,954
9	Que lhe dê um abraço	4,61	0,703	0,786	0,753	0,954
10	Com quem relaxar	4,50	0,730	0,823	0,755	0,953
11	Prepare refeições	4,05	1,014	0,644	0,580	0,957
12	De quem você realmente quer conselhos	4,40	0,790	0,819	0,761	0,953
13	Com quem distrair a cabeça	4,36	0,757	0,801	0,740	0,954
14	Faça tarefas diárias se ficar doente	4,14	0,966	0,711	0,644	0,955
15	Compartilhar preocupações e medos mais íntimos	4,38	0,825	0,842	0,813	0,953
16	Para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal	4,30	0,831	0,817	0,794	0,953
17	Com quem fazer coisas agradáveis	4,46	0,699	0,786	0,701	0,954
18	Que compreenda os seus problemas	4,32	0,810	0,825	0,741	0,953

19	Que você ame e que a faça sentir querida	4,71	0,558	0,680	0,669	0,956
<b>Coefficiente Split-half</b>		Primeira metade				0,908
		Segunda metade				0,933
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>		0,957				

Como podemos verificar, os valores do alfa situam-se sempre acima de 0,9 (variando entre 0,953 e 0,959), logo constatamos uma consistência interna muito boa. Os coeficientes de correlação item-escala corrigidos revelam que o item 1 é o que apresenta um valor mais baixo ( $r=0,517$ ). A maior correlação obtida verifica-se no item 15 ( $r=0,842$ ) “compartilhar preocupações e medos mais íntimos”, sendo este o que melhor se associa à escala global.

Relativamente aos valores do coeficiente de bipartição (*split-half*), encontrámos uma semelhança entre os mesmos (primeira metade com  $\alpha=0,908$  e segunda metade com  $\alpha=0,933$ ), o que indica que ambas têm muito boa consistência na medição do constructo apoio social.

Os estudos de validade são referentes a três aspetos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério, e validade de constructo. Dentro destes aspetos a validade de constructo, subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “em que medida, este instrumento mede realmente o que procura medir?” (Duarte, 2011)

Para determinação da validade da escala utiliza-se a análise fatorial dos itens e resultados. A análise fatorial é, “um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para as descrever” (Pestana e Gageiro, 2008).

Apesar da Escala de Apoio Social já ter sido validada anteriormente, e de na forma original ter sido concebida para englobar cinco dimensões do apoio social (material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação), considerámos necessário proceder à análise de conteúdo para a nossa amostra.

Com o intuito de verificar a validade da análise fatorial utilizamos os testes estatísticos de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO),  $KMO=0,946$ , e o de Esfericidade de Bartlett,  $p < 0,01$ , os quais demonstraram existir um elevado grau de correlação entre os itens, pelo que utilização da análise fatorial é adequada nesta escala.

**Quadro 3** – Testes de verificação da validade da análise fatorial

KMO	Bartlett
0,946	$p = 0,000^*$

\* $p < 0,01$ 

Através do método *Scree-Plot*, no qual podemos observar a variância de cada fator graficamente, verificamos que a curva se tornou paralela ao eixo das abcissas a partir do terceiro fator, traduzindo a redução da variância explicada. Assim sendo, optamos por reter três fatores, em vez de cinco, o que corresponde 70,524% da variância total.

**Quadro 4** – Fatores identificados na análise fatorial

Fatores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1	11,157	58,722	58,722
2	1,200	6,315	65,038
3	1,042	5,486	70,524

Realizando um paralelismo entre os três fatores definidos para a nossa amostra e as dimensões originais da escala, podemos dizer que o primeiro fator agrega a função emocional e de informação, a segunda dimensão inclui a função afetiva e de interação social positiva, e o terceiro fator diz respeito ao apoio material.

Pela análise do Quadro 5, é possível verificar que a grande maioria dos itens apresentam uma correlação superior a 0,5 dentro da subescala, com exceção do item número 13 ( $\alpha=0,476$ ). Ainda assim, optamos por mantê-lo na subescala que engloba as funções emocional e de informação do apoio social, visto ser parte integrante da dimensão emocional na escala original.

**Quadro 5 – Composição de cada fator da escala**

Itens	Fatores		
	1	2	3
2. Para a ouvir	0,693		
3. Para lhe dar um bom conselho numa situação de crise	0,801		
7. Para lhe dar informações que a ajudem a compreender uma determinada situação	0,683		
8. Para confiar e falar dos seus problemas	0,660		
12. De quem você realmente quer conselhos	0,782		
15. Compartilhar preocupações e medos mais íntimos	0,711		
16. Para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal	0,785		
18. Que compreenda os seus problemas	0,735		
5. Que demonstre amor e afeto por si		0,821	
6. Para se divertir em conjunto		0,731	
9. Que lhe dê um abraço		0,638	
10. Com quem relaxar		0,557	
13. Com quem distrair a cabeça		0,476	
17. Com quem fazer coisas agradáveis		0,579	
19. Que você ame e que a faça sentir querida		0,779	
1. Que a ajude se ficar de cama			0,762
4. Levá-la ao médico			0,628
11. Prepare refeições			0,684
14. Faça tarefas diárias se ficar doente			0,657

Após a análise fatorial da escala verificámos, novamente, a sua fiabilidade no que respeita à consistência interna, através do cálculo do alfa de Cronbach e da correlação de Pearson entre cada fator e a escala global. Os testes de correlação realizados demonstram que todos os fatores estão significativamente correlacionados entre si, bem como com o valor global da escala de apoio social. Os valores dos coeficientes alfa de Cronbach são todos superiores a 0,7, oscilando entre 0,789 e 0,957, pelo que, segundo Pestana e Gageiro (2008) consideramos uma consistência interna boa a muito boa.

**Quadro 6** – Consistência interna da escala de apoio social (3 fatores)

	Correlações de Pearson			$\alpha$ de Cronbach
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	
	r	r	r	
<b>1</b>	---			0,944
<b>2</b>	0,839*	---		0,921
<b>3</b>	0,697*	0,689*	---	0,789
<b>Valor global</b>	0,955*	0,931*	0,834*	0,957

\*p&lt;0,01

Deste modo, distribuímos da seguinte forma os 19 itens da escala nas três dimensões: 8 itens na primeira subescala correspondente ao “apoio emocional e informação”; 7 itens na segunda subescala “função afetiva e interação social positiva”; e os restantes 4 itens na subescala “apoio material”. As designações de cada subescala estão, como vimos anteriormente, relacionadas com as dimensões concebidas para a escala original.

Os testes de correlação e normalidade foram realizados tendo em conta os 19 itens da escala. Posteriormente, verificámos os parâmetros de validade e precisão de cada uma das subescalas definidas.

Através da observação do Quadro 7 podemos verificar que na subescala Apoio Emocional e Informação, obtiveram-se valores de alfa muito bons, variando entre 0,933 e 0,942, sendo o valor de alfa da subescala 0,944. O item melhor correlacionado com a escala é o número 12 ( $r=0,845$ ) e o menos relacionado é o item 7 ( $r=0,708$ ).

Na subescala Função Afetiva e Interação Social Positiva salientamos que o item que melhor se correlaciona com este fator é o 9 ( $r=0,810$ ) e o item menos representativo da subescala é o 19 ( $r=0,719$ ). Os valores de alfa de Cronbach situam-se todos acima de 0,9, sendo o valor total da subescala de 0,921, pelo que temos uma consistência interna dentro da subescala e para o valor global muito boa (Quadro 7).

Quanto à subescala Apoio Material vemos que os valores do coeficiente alfa de Cronbach são mais baixos comparativamente com as outras subescalas, oscilando entre 0,678 e 0,783, sendo que temos uma consistência fraca, o que se pode justificar pelo número mais reduzido de itens nesta subescala (4). O item melhor correlacionado na subescala é o 14 ( $r=0,706$ ) e o que tem menor correlação é o item 4 ( $r=0,504$ ) (cf. Quadro 7).

Importa referir que em todas as subescalas os valores de correlação entre item-subescala são positivos, o que significa que quanto maior a ponderação de cada item, maior é o nível de apoio social percebido em cada uma das suas dimensões.

**Quadro 7 – Correlações itens – subescalas do apoio social**

N.º item	Item	r	$\alpha$
<b>Apoio emocional e informação</b>			
2	Para a ouvir	0,736	0,940
3	Para lhe dar um bom conselho numa situação de crise	0,782	0,937
7	Para lhe dar informações que a ajudem a compreender uma determinada situação	0,708	0,942
8	Para confiar e falar dos seus problemas	0,798	0,936
12	De quem você realmente quer conselhos	0,845	0,933
15	Compartilhar preocupações e medos mais íntimos	0,835	0,934
16	Para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal	0,844	0,933
18	Que compreenda os seus problemas	0,826	0,934
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da subescala</b>			0,944
<b>Função afetiva e interação social positiva</b>			
5	Que demonstre amor e afeto por si	0,729	0,915
6	Para se divertir em conjunto	0,718	0,913
9	Que lhe dê um abraço	0,810	0,903
10	Com quem relaxar	0,796	0,905
13	Com quem distrair a cabeça	0,773	0,908
17	Com quem fazer coisas agradáveis	0,795	0,905
19	Que você ame e que a faça sentir querida	0,719	0,914
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da subescala</b>			0,921
<b>Apoio material</b>			
1	Que a ajude se ficar de cama	0,561	0,756
4	Levá-la ao médico	0,504	0,783
11	Prepare refeições	0,645	0,714
14	Faça tarefas diárias se ficar doente	0,706	0,678
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da subescala</b>			0,789

No Quadro 8 apresentamos ainda as correlações de Pearson dos vários itens relativamente às três subescalas, onde podemos verificar que os valores da correlação de cada item são superiores na subescala correspondente (valores apresentados a *negrito*). Assim sendo, verificamos que os dados da validade discriminante obtidos confirmam a distribuição dos itens pelas subescalas.

**Quadro 8** – Correlações itens – subescalas do apoio social: validade discriminante

N.º item	Item	Apoio emocional e informação	Função afetiva e interação social positiva	Apoio material
		r		
2	Para a ouvir	<b>0,795*</b>	0,639*	0,571*
3	Para lhe dar um bom conselho (...)	<b>0,836*</b>	0,623*	0,578*
7	Para lhe dar informações (...)	<b>0,775*</b>	0,613*	0,550*
8	Para confiar e falar dos seus problemas	<b>0,847*</b>	0,771*	0,543*
12	De quem você realmente quer conselhos	<b>0,885*</b>	0,727*	0,629*
15	Compartilhar preocupações e medos (...)	<b>0,879*</b>	0,809*	0,608*
16	Para lhe dar sugestões de como lidar (...)	<b>0,886*</b>	0,737*	0,610*
18	Que compreenda os seus problemas	<b>0,871*</b>	0,762*	0,629*
5	Que demonstre amor e afeto por si	0,572*	<b>0,784*</b>	0,519*
6	Para se divertir em conjunto	0,601*	<b>0,800*</b>	0,505*
9	Que lhe dê um abraço	0,741*	<b>0,868*</b>	0,581*
10	Com quem relaxar	0,768*	<b>0,860*</b>	0,673*
13	Com quem distrair a cabeça	0,770*	<b>0,846*</b>	0,616*
17	Com quem fazer coisas agradáveis	0,737*	<b>0,857*</b>	0,602*
19	Que você ame e que a faça sentir querida	0,642*	<b>0,786*</b>	0,477*
1	Que a ajude se ficar de cama	0,482*	0,425*	<b>0,761*</b>
4	Levá-la ao médico	0,469*	0,511*	<b>0,678*</b>
11	Prepare refeições	0,569*	0,598*	<b>0,829*</b>
14	Faça tarefas diárias se ficar doente	0,653*	0,624*	<b>0,856*</b>

\*p<0,01

Através da matriz de correlação de Pearson (cf. Quadro 9), verificamos que as subescalas definidas para o apoio social se encontram positiva e significativamente correlacionadas entre si, variando entre  $r=0,689$  (função afetiva e interação social positiva vs

apoio material) e  $r=0,839$  (apoio emocional e informação vs função afetiva e interação social positiva). Deste modo, o aumento ou diminuição das ponderações de cada uma das subescalas se traduz num aumento ou, correspondente diminuição das ponderações das restantes subescalas.

Relativamente às correlações entre as subescalas e o valor global da escala de apoio social é possível verificar que estas são elevadas e positivas, variando entre  $r=0,834$  para o apoio material e  $r=0,955$  para o apoio emocional e informação. Assim sendo, o aumento/diminuição da ponderação de cada uma das subescalas conduz a um aumento/diminuição da ponderação do valor global.

**Quadro 9** – Matriz de correlação de Pearson entre subescalas e apoio social percebido pela grávida

	Correlações de Pearson			
	Apoio emocional e informação	Função afetiva e interação social positiva	Apoio material	Valor global
	R	r	r	r
<b>Apoio emocional e informação</b>	---	0,839*	0,697*	0,955*
<b>Função afetiva e interação social positiva</b>	0,839*	---	0,689*	0,931*
<b>Apoio material</b>	0,697*	0,689*	---	0,834*
<b>Valor global</b>	0,955*	0,931*	0,834*	---

\* $p<0,01$

### 1.3.2. Estudo Psicométrico da Escala da Expectativa/Experiência do Parto

O medo do parto pode ser considerado um domínio psicológico por si só, nesse caso, os instrumentos para a identificação da ansiedade em geral serão menos suscetíveis para medir este medo específico (Wijma, Wijma e Zar, 1998).

O *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ), que avalia o medo do parto, foi desenvolvido na Suécia, no ano de 1998, por Wijma K. e Wijma B., possuindo duas versões, A e B para serem aplicadas, respetivamente, antes e após o parto.

Sendo a nossa amostra constituída por grávidas com 27 ou mais semanas de gestação, para medir o constructo do medo do parto na gravidez, optámos pela utilização da escala da Expectativa/Experiência do Parto (W-DEQ), versão A, que diz respeito à expectativa de medo relativo ao parto, daí ter sido concebida para ser aplicada antes do mesmo acontecer.

Importa esclarecer que foi obtida a autorização prévia do autor Klaas Wijma, o qual nos enviou as versões, em inglês, da escala. Pelo que, o primeiro passo foi realizar a tradução da versão A da escala da língua inglesa para o português, em seguida recorremos a um perito para verificar a validade da tradução realizada. Posteriormente, procedeu-se à retroversão para inglês, não tendo sofrido alterações importantes.

Obtida a escala W-DEQ, versão A, em português, efetuámos a avaliação das propriedades psicométricas da escala através dos estudos de fiabilidade e validade do instrumento.

A escala W-DEQ, versão A, é constituída, na sua versão original, por 33 itens, os quais não foram agrupados pelos autores em diferentes dimensões. Em cada item é sugerido à grávida que quantifique os seus sentimentos pessoais e pensamentos numa escala ordinal de seis pontos de Likert, tendo em conta que os extremos da escala estão assinalados como “extremamente” e “nada”, referindo-se a sentimentos/pensamentos opostos. Os autores optaram por uma escala de seis pontos, em vez de uma com sete, para evitar respostas neutras, o que poderia provocar uma diminuição da variância (Wijma, Wijma e Zar, 1998).

Após os testes de viabilidade e fiabilidade da escala, optámos por eliminar da escala global os itens 32 “bebé morrer no parto” e 33 “bebé ser magoado no parto”, por apresentarem correlações negativas com a escala global. Por outro lado, uma vez que verificamos existirem correlações muito baixas ( $r \leq 0,3$ ) num número significativo de itens relativamente à escala global, decidimos trabalhar a escala em duas partes ou subescalas.

Assim sendo e após a análise de conteúdo, a primeira subescala, denominada por “Sentimentos positivos no trabalho de parto”, passou a ser composta por 18 itens, com duas dimensões, de acordo com a análise fatorial realizada: *sentimentos perante o trabalho de parto*, obtida pela soma de 11 itens (1, 4, 5, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 22 e 23); e *sentimentos perante o parto*, obtida pela soma de 7 itens (18, 21, 24, 26, 28, 29, 30).

A segunda subescala, denominada por “Sentimentos negativos no trabalho de parto” devido ao conteúdo dos itens que a compõem, ficou constituída por 13 itens, distribuídos, igualmente, em duas dimensões: *sentimentos de pânico*, obtida pela soma de 9 itens (3, 8, 11, 15, 19, 20, 25, 27 e 31); e *sentimentos de ansiedade*, obtida pela soma de 4 itens (2,6,7 e 12).

O score mínimo da escala é 0 e o máximo é de 165, sendo que, quanto maior é o score, maior é o medo do parto manifestado. Importa referir que os itens 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27 e 31 são cotados de forma inversa, no cálculo do score total individual de cada elemento da amostra (Wijma, Wijma e Zar, 1998).

Como referido anteriormente, optámos por excluir dois itens, após a validação da escala, ficando com um total de 31 itens cuja pontuação máxima é 5, pelo que, o score máximo, no nosso estudo, é de 155.

Deste modo, apresentamos no **Quadro 10**, as estatísticas (médias e desvios-padrão) e as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global, para facilitar a visualização das combinações entre os mesmos.

**Quadro 10** – Consistência interna da escala W-DEQ, versão A

N.º item	Itens	$\bar{x}$	Dp	Correlação item-total	$r^2$	$\alpha$ sem item
1	Fantástico	2,84	1,136	0,333	0,435	0,798
2	Assustador	3,04	1,031	0,006	0,334	0,809
3	Sozinha	4,06	1,052	-0,027	0,351	0,811
4	Forte	2,82	1,118	0,436	0,646	0,795
5	Confiante	2,75	1,139	0,462	0,661	0,794
6	Medo	2,75	1,233	0,174	0,556	0,805
7	Ansiosa	2,46	1,334	0,358	0,526	0,797
8	Fraca	3,20	0,939	0,035	0,480	0,808
9	Segura	2,70	1,049	0,447	0,572	0,795
10	Independente	2,95	1,055	0,449	0,466	0,795
11	Desolada	3,58	1,127	-0,071	0,422	0,813
12	Tensa	2,74	1,100	0,189	0,533	0,804
13	Satisfeita	2,39	1,311	0,536	0,656	0,790
14	Orgulhosa	2,06	1,440	0,622	0,669	0,785

15	Abandonada	4,26	0,993	-0,031	0,391	0,810
16	Composta	2,87	1,249	0,396	0,481	0,796
17	Relaxada	3,14	1,120	0,256	0,624	0,801
18	Feliz	1,57	1,507	0,610	0,634	0,785
19	Pânico	3,05	1,016	0,105	0,592	0,806
20	Desespero	3,32	0,959	0,032	0,483	0,808
21	Ansiedade para conhecer o bebé	1,62	1,484	0,568	0,567	0,787
22	Autoconfiança	2,59	1,006	0,545	0,791	0,792
23	Confiança	2,54	0,944	0,567	0,806	0,792
24	Dor	2,27	1,188	0,429	0,498	0,795
25	Comportar mal	3,35	1,033	-0,090	0,474	0,812
26	O corpo assumo controlo total	2,87	1,167	0,320	0,274	0,799
27	Perder o controlo	3,46	0,984	-0,040	0,540	0,810
28	Agradável	1,72	1,524	0,542	0,772	0,788
29	Natural	1,78	1,372	0,598	0,832	0,786
30	Como deveria ser	1,80	1,277	0,574	0,724	0,788
31	Perigoso	3,60	1,067	-0,161	0,343	0,815
32	Bebé morrer no parto	,85	1,291	0,080	0,570	0,809
33	Bebé ser magoado no parto	1,10	1,369	0,225	0,581	0,803
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>		0,805				

Através da análise do **Quadro 10** podemos verificar que os valores do alfa se situam acima de 0,7 (variando entre 0,785 e 0,815), pelo que estamos perante uma consistência interna razoável a boa. Os coeficientes de correlação item-escala corrigidos revelam que o item que melhor se relaciona com a escala é o 14 ( $r=0,622$ ) “orgulhosa”, tendo o maior valor de correlação.

Verificámos ainda a existência de vários itens com correlações item-escala muito baixas ou mesmo negativas como: o item 2 “assustador”, o 3 “sozinha”, 6 “medo”, 8 “fraca”, 11 “desolada”, 12 “tensa”, 15 “abandonada”, 19 “pânico”, 20 “desespero”, 25 “comportar mal”, 27 “perder o controlo”, 31 “perigoso” e 32 “bebé morrer”.

Com o intuito de não excluir um número significativo de itens, por apresentarem muito baixa correlação ou uma correlação negativa com a escala global, com a curiosidade dos mesmos abordarem sentimentos/pensamentos negativos, optamos por trabalhar a

versão A da escala W-DEQ em duas subescalas: a primeira que diz respeito aos sentimentos positivos perante o trabalho de parto, e a segunda que engloba os itens relativos a sentimentos negativos. Em cada uma das subescalas identificámos duas dimensões através da análise fatorial das mesmas, como será descrito de forma detalhada.

A constituição de cada uma das subescalas e forma de cotação da Escala W-DEQ, versão A, será apresentada, de forma detalhada, no capítulo da operacionalização das variáveis.

### **Estudo Psicométrico da Subescala Sentimentos Positivos no Trabalho de Parto**

Tendo em conta os valores de correlação item-total obtidos, bem como a diferenciação entre sentimentos positivos e negativos associados ao trabalho de parto e ao momento específico do parto, a subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto” passou a ser constituída por 18 itens.

Apresentamos, no Quadro 11, as estatísticas (médias e desvios-padrão) e as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global da subescala, para facilitar a visualização das combinações entre os mesmos.

Pela análise do quadro seguinte verificamos um valor de alfa de Cronbach elevado ( $\alpha=0,912$ ), indicando uma consistência interna muito boa da subescala sentimentos positivos no trabalho de parto. Os valores de correlação item-escala demonstram que o item 24 “dor” ( $r=0,223$ ) é o que menos se relaciona com a escala, ao passo que o item 14 “orgulhosa” ( $r=0,737$ ) trata-se do item com maior correlação, estando mais relacionado com a subescala.

**Quadro 11 – Consistência interna da subescala “sentimentos positivos no trabalho de parto”**

<b>N.º item</b>	<b>Itens</b>	$\bar{x}$	Dp	<b>Correlação item-total</b>	$r^2$	<b><math>\alpha</math> sem item</b>
1	Fantástico	2,84	1,136	0,491	0,417	0,910
4	Forte	2,82	1,118	0,591	0,589	0,907
5	Confiante	2,75	1,139	0,664	0,618	0,905
9	Segura	2,70	1,049	0,599	0,523	0,907
10	Independente	2,95	1,055	0,500	0,387	0,909

13	Satisfeita	2,39	1,311	0,710	0,610	0,904
14	Orgulhosa	2,06	1,440	0,737	0,626	0,903
16	Composta	2,87	1,249	0,549	0,451	0,908
17	Relaxada	3,14	1,120	0,474	0,560	0,910
18	Feliz	1,57	1,507	0,688	0,614	0,904
21	Ansiedade para conhecer o bebé	1,62	1,484	0,511	0,500	0,910
22	Autoconfiança	2,59	1,006	0,678	0,774	0,905
23	Confiança	2,54	0,944	0,706	0,789	0,905
24	Dor	2,27	1,188	0,223	0,393	0,916
26	O corpo assumo controlo total	2,87	1,167	0,250	0,181	0,916
28	Agradável	1,72	1,524	0,663	0,757	0,905
29	Natural	1,78	1,372	0,721	0,820	0,903
30	Como deveria ser	1,80	1,277	0,693	0,703	0,904
<b>Coefficiente Split-half</b>		Primeira metade				0,882
		Segunda metade				0,860
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>		0,912				

Um dos meios de testar a fiabilidade da subescala por nós utilizado foi o cálculo do coeficiente de bipartição da mesma. O índice de fiabilidade de *Split-half* para esta subescala revelou valores do alfa de Cronbach semelhantes nas metades da subescala, sendo na primeira  $\alpha=0,882$  e na segunda parte  $\alpha=0,860$ . Assim sendo, percebemos que existe uma boa consistência dos itens de ambas as metades da subescala na medição do constructo “sentimentos positivos no trabalho de parto”.

Posteriormente procedeu-se à análise fatorial da subescala de modo a diferenciar, na mesma, eventuais dimensões. Por forma a verificar a validade da análise fatorial, utilizamos os testes estatísticos de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO),  $KMO=0,893$ , e o de Esfericidade de Bartlett,  $p < 0,01$  (cf. Quadro 12). Estes testes demonstraram existir um grau elevado de correlação entre os itens, significativo ao nível de 0,05, o que indica ser adequada a utilização da análise fatorial nesta subescala.

**Quadro 12** – Testes de verificação da validade da análise fatorial da subescala “sentimentos positivos no trabalho de parto”

KMO	Bartlett
0,893	p = 0,000*

\*p<0,01

Ao observar a variância de cada fator através de um gráfico, pelo método *Scree-Plot*, podemos verificar que a curva se tornou tendencialmente paralela ao eixo das abcissas a partir do segundo fator, traduzindo a redução da variância explicada a partir do terceiro. Por este motivo, optámos por reter dois fatores, o que corresponde a 54,192% da variância total (cf. Quadro 13).

**Quadro 13** – Fatores identificados na análise fatorial da subescala “sentimentos positivos no trabalho de parto”

Fatores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1	7,655	42,528	42,528
2	2,100	11,664	54,192

Através da análise do Quadro 14, verificamos que existem alguns itens com uma correlação relativamente baixa dentro da dimensão, sobretudo, no segundo fator determinado. Ainda assim, optamos por manter todos os itens com alfa superior a 0,3. Importa referir que, na definição de fatores tivemos em conta que os itens integrados na subescala se referem aos sentimentos perante o trabalho de parto e perante o momento específico do parto.

**Quadro 14** – Composição de cada fator da subescala “sentimentos positivos no trabalho de parto”

Itens	Fatores	
	1	2
1. Fantástico	0,573	
4. Forte	0,668	
5. Confiante	0,736	
9. Segura	0,679	
10. Independente	0,568	
13. Satisfeita	0,775	
14. Orgulhosa	0,770	
16. Composta	0,619	
17. Relaxada	0,571	
22. Autoconfiança	0,748	
23. Confiança	0,768	
18. Feliz		0,345
21. Ansiedade para conhecer o bebé		0,509
24. Dor		0,603
26. O corpo assumo controlo total		0,411
28. Agradável		0,337
29. Natural		0,387
30. Como deveria ser		0,366

Após a análise fatorial da subescala verificámos, novamente, a sua fiabilidade no que respeita à consistência interna, através do cálculo do alfa de Cronbach e da correlação de Pearson entre cada fator e a subescala global. Os testes de correlação realizados demonstram que os dois fatores estão significativamente correlacionados entre si, bem como com o valor global da subescala de sentimentos positivos no trabalho de parto. Os valores dos coeficientes alfa de Cronbach são todos superiores a 0,8, oscilando entre 0,840 e 0,912, pelo que, segundo Pestana e Gageiro (2008) consideramos uma boa consistência (cf. Quadro 15).

**Quadro 15** – Consistência interna da subescala “sentimentos positivos no trabalho de parto”

	Correlações de Pearson		α de Cronbach
	Fator 1	Fator 2	
	R	r	
<b>1</b>	---	0,575*	0,904
<b>2</b>	0,575*	---	0,840
<b>Valor global</b>	0,918*	0,852*	0,912

\*p&lt;0,01

Assim sendo, distribuimos do seguinte modo os itens da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto”: 11 itens na primeira dimensão que corresponde aos “sentimentos perante o trabalho de parto”; e 7 itens na segunda dimensão, apesar das correlações mais baixas, à qual designámos “sentimentos no momento do parto”.

Realizamos os testes de correlação e normalidade tendo em conta os 18 itens da subescala e, em seguida, verificámos os parâmetros de validade e precisão das duas dimensões definidas.

Através da análise do Quadro 16, verificamos que no fator “Sentimentos perante o trabalho de parto”, obtivemos valores de alfa superiores a 0,8, variando entre 0,891 e 0,900, sendo o valor global da dimensão 0,904, pelo que temos uma boa consistência interna dentro do fator. O item que melhor se correlaciona com a dimensão da subescala é o número 13 ( $r=0,791$ ) e o menos relacionado é o item 10 ( $r=0,640$ ).

No que respeita à dimensão “Sentimentos no momento parto” vemos que a consistência interna dentro da mesma é razoável, situando-se os valores de alfa acima de 0,7, com um valor global de alfa da dimensão igual a 0,840. Salientamos ainda que o item que melhor se correlaciona com este fator é o número 29 ( $r=0,860$ ) e o item menos representativo desta dimensão é o 26 ( $r=0,472$ ) (cf. Quadro 16).

Em ambos os fatores da subescala obtivemos valores de correlação item-dimensão positivos, o que significa que quanto maior a ponderação de cada item, maior é a ponderação da subescala.

**Quadro 16** – Correlações itens – dimensões da subescala “sentimentos perante o trabalho de parto”

N.º item	Item	r	$\alpha$
<b>Sentimentos perante o trabalho de parto</b>			
1	Fantástico	0,652	0,899
4	Forte	0,713	0,895
5	Confiante	0,772	0,892
9	Segura	0,735	0,894
10	Independente	0,640	0,900
13	Satisfeita	0,791	0,891
14	Orgulhosa	0,741	0,896
16	Composta	0,670	0,899
17	Relaxada	0,679	0,898
22	Autoconfiança	0,751	0,893
23	Confiança	0,765	0,893
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da dimensão</b>			0,904
<b>Sentimentos no momento do parto</b>			
18	Feliz	0,781	0,806
21	Ansiedade para conhecer o bebé	0,717	0,820
24	Dor	0,500	0,850
26	O corpo assumo controlo total	0,472	0,853
28	Agradável	0,807	0,800
29	Natural	0,860	0,786
30	Como deveria ser	0,815	0,797
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da dimensão</b>			0,840

Ao analisar a validade discriminante dos itens da subescala, verificamos que, à exceção do item 14 “orgulhosa”, há consonância entre o maior valor de correlação e o fator/dimensão correspondente, o que confirma a distribuição correta dos itens nas dimensões da subescala (cf. Quadro 17).

**Quadro 17** – Correlações item-dimensões da subescala sentimentos positivos no trabalho de parto”: validade discriminante

N.º item	Item	Sentimentos perante o trabalho de parto	Sentimentos no momento do parto	Valor global
		r		
1	Fantástico	<b>0,652*</b>	0,276*	0,551*
4	Forte	<b>0,713*</b>	0,381*	0,641*
5	Confiante	<b>0,772*</b>	0,442*	0,708*
9	Segura	<b>0,735*</b>	0,363*	0,646*
10	Independente	<b>0,640*</b>	0,301*	0,555*
13	Satisfeita	<b>0,791*</b>	0,513*	0,754*
14	Orgulhosa	0,741*	0,635*	<b>0,781*</b>
16	Composta	<b>0,670*</b>	0,372*	0,609*
17	Relaxada	<b>0,679*</b>	0,206*	0,534*
22	Autoconfiança	<b>0,751*</b>	0,486*	0,716*
23	Confiança	<b>0,765*</b>	0,515*	0,739*
18	Feliz	0,569*	<b>0,781*</b>	0,742*
21	Ansiedade para conhecer o bebé	0,374*	<b>0,717*</b>	0,586*
24	Dor	0,094*	<b>0,500*</b>	0,302*
26	O corpo assumo controlo total	0,154**	<b>0,472*</b>	0,327*
28	Agradável	0,518*	<b>0,807*</b>	0,722*
29	Natural	0,547*	<b>0,860*</b>	0,766*
30	Como deveria ser	0,537*	<b>0,815*</b>	0,738*

\*p<0,01; \*\*p<0,05

Através da matriz de correlação de Pearson apresentada no Quadro 18 podemos constatar que as dimensões definidas da subescala “Sentimentos positivos no trabalho de parto” se encontram positiva e significativamente correlacionadas entre si, sendo o valor de correlação entre os “Sentimentos perante o trabalho de parto” vs “Sentimentos no momento do parto” de  $r=0,575$ . Apesar de ser uma correlação muito baixa, o facto de ser positiva indica que o aumento ou diminuição da ponderação de uma das dimensões da subescala tende a traduzir-se no aumento ou, correspondente, diminuição da ponderação da outra dimensão.

Quanto às correlações entre os fatores e o valor global da subescala dos “Sentimentos positivos no trabalho de parto”, verificámos serem elevadas e positivas, variando entre  $r=0,852$  para os “Sentimentos no momento do parto” e  $r=0,918$  para os “Sentimentos perante o trabalho de parto”. Deste modo, o aumento/diminuição da ponderação de cada uma das dimensões conduz a um aumento/diminuição da ponderação do valor global da subescala (cf. Quadro 18).

**Quadro 18** – Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da subescala “sentimentos positivos no trabalho de parto”

	Correlações de Pearson		α de Cronbach
	Sentimentos perante o trabalho de parto	Sentimentos no momento do parto	
	r	r	
Sentimentos perante o trabalho de parto	---		0,904
Sentimentos no momento do parto	0,575*	---	0,840
Valor global	0,918*	0,852*	0,912

\* $p<0,01$

### Estudo Psicométrico da Subescala Sentimentos Negativos no Trabalho de Parto

Após o estudo da primeira subescala criada para o W-DEQ, versão A, a segunda subescala, intitulada “Sentimentos negativos no trabalho de parto” passou a ser constituída por 15 itens, número de itens a partir do qual iniciámos o seu estudo psicométrico.

No Quadro 19 apresentamos as estatísticas (médias e desvios-padrão), bem como as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global da subescala, de modo a se poder observar as combinações entre os mesmos mais facilmente.

**Quadro 19** – Consistência interna da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto”

N.º item	Itens	$\bar{x}$	Dp	Correlação item-total	$r^2$	$\alpha$ sem item
2	Assustador	3,04	1,031	0,333	0,223	0,701
3	Sozinha	4,06	1,052	0,288	0,288	0,705
6	Medo	2,75	1,233	0,487	0,506	0,681
7	Ansiosa	2,46	1,334	0,265	0,431	0,710
8	Fraca	3,20	0,939	0,497	0,399	0,685
11	Desolada	3,58	1,127	0,339	0,310	0,700
12	Tensa	2,74	1,100	0,497	0,469	0,682
15	Abandonada	4,26	0,993	0,344	0,320	0,700
19	Pânico	3,05	1,016	0,576	0,524	0,675
20	Desespero	3,32	0,959	0,508	0,451	0,684
25	Comportar mal	3,35	1,033	0,449	0,428	0,688
27	Perder controlo	3,46	0,984	0,504	0,489	0,683
31	Perigoso	3,60	1,067	0,247	0,216	0,710
32	Bebé morrer no parto	0,85	1,291	-0,157	0,536	0,760
33	Bebé ser magoado no parto	1,10	1,369	-0,031	0,521	0,749
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>				0,716		

Através da análise do quadro acima verificamos um valor de alfa de Cronbach médio ( $\alpha=0,716$ ), o que nos indica uma consistência interna razoável da subescala sentimentos negativos perante o trabalho de parto. Apesar de alguns itens apresentarem correlações item-escala baixas, como se pode visualizar, os itens 32 “bebé morrer no parto” e 33 “bebé ser magoado no parto” são os únicos itens com correlações negativas. Por este motivo e como meio de aumentar a consistência interna da subescala, optámos por excluir estes dois itens.

Deste modo, apresentamos no Quadro 20 as estatísticas, as correlações itens – valor global da subescala, após exclusão dos itens 32 e 33, bem como os valores do coeficiente de bipartição da subescala.

**Quadro 20** – Consistência interna da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto” com exclusão dos itens 32 e 33

N.º item	Itens	$\bar{x}$	Dp	Correlação item-total	$r^2$	$\alpha$ sem item
2	Assustador	3,04	1,031	0,360	0,221	0,800
3	Sozinha	4,06	1,052	0,333	0,286	0,802
6	Medo	2,75	1,233	0,519	0,505	0,786
7	Ansiosa	2,46	1,334	0,268	0,425	0,812
8	Fraca	3,20	0,939	0,565	0,388	0,784
11	Desolada	3,58	1,127	0,375	0,307	0,799
12	Tensa	2,74	1,100	0,553	0,463	0,783
15	Abandonada	4,26	0,993	0,391	0,318	0,797
19	Pânico	3,05	1,016	0,631	0,516	0,778
20	Desespero	3,32	0,959	0,543	0,446	0,786
25	Comportar mal	3,35	1,033	0,456	0,428	0,792
27	Perder controlo	3,46	0,984	0,493	0,479	0,789
31	Perigoso	3,60	1,067	0,322	0,192	0,803
<b>Coefficiente Split-half</b>		Primeira metade				0,700
		Segunda metade				0,752
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>		0,806				

Pela análise do Quadro 20 verificamos um aumento do valor de alfa de Cronbach ( $\alpha=0,806$ ), com a exclusão dos itens mencionados, indicando uma boa consistência interna da subescala sentimentos negativos no trabalho de parto. Ao observarmos os valores de correlação item-escala vemos que o item 7 “ansiosa” ( $r=0,268$ ) é o menos relacionado com a subescala, ao passo que o item 19 “pânico” ( $r=0,631$ ) se trata do item com maior correlação.

Como é possível verificar no mesmo quadro, calculámos o coeficiente de bipartição da subescala de modo a testar a fiabilidade da mesma. O índice de *Split-half* demonstrou valores de alfa de Cronbach aproximados nas metades da subescala, sendo  $\alpha=0,700$  na primeira metade e na segunda metade  $\alpha=0,752$ . Verificamos, portanto, uma consistência razoável dos itens de ambas as metades da subescala na medição do construto “sentimentos negativos no trabalho de parto”.

Em seguida, realizámos a análise fatorial da subescala de modo a procurar eventuais dimensões distintas dentro da mesma. Como ponto de partida para a análise fatorial,

utilizamos os testes estatísticos de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o de Esfericidade de Bartlett (cf. Quadro 21). Sendo KMO=0,795 com um nível de significância inferior a 0,01, constatamos existir um grau de correlação médio a elevado entre os itens, logo, a utilização da análise fatorial é adequada nesta subescala.

**Quadro 21** – Testes de verificação da validade da análise fatorial da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto”

KMO	Bartlett
0,795	p = 0,000*

\*p<0,01

Através da visualização gráfica da variância de cada fator pelo método *Scree-Plot*, constatamos que a partir do segundo fator, a curva se tornou tendencialmente paralela ao eixo das abcissas, o que se traduz na redução da variância explicada a partir do terceiro fator. Assim sendo, optámos por reter dois fatores nesta subescala o que corresponde a 46,480% da variância total (cf. Quadro 22).

**Quadro 22** – Fatores identificados na análise fatorial da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto”

Fatores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1	4,137	31,824	31,824
2	1,905	14,656	46,480

O Quadro 23 que apresenta a composição de cada fator da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto” permite-nos verificar que a grande maioria dos itens apresenta uma correlação superior a 0,5 dentro da dimensão fatorial, com a única exceção do fator 31 ( $\alpha=479$ ) que optamos por manter na primeira dimensão da subescala à qual designamos por “sentimentos de pânico”.

**Quadro 23** – Composição de cada fator da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto”

Itens	Fatores	
	1	2
3. Sozinha	0,586	
8. Fraca	0,588	
11. Desolada	0,577	
15. Abandonada	0,646	
19. Pânico	0,566	
20. Desespero	0,623	
25. Comportar mal	0,608	
27. Perder controlo	0,720	
31. Perigoso	0,479	
2. Assustador		0,583
6. Medo		0,811
7. Ansiosa		0,724
12. Tensa		0,829

A fiabilidade de subescala no que respeita à sua consistência interna foi, novamente, estudada após a análise fatorial, através do cálculo do alfa de Cronbach e das correlações de Pearson entre cada fator e o global da subescala dos sentimentos negativos no trabalho de parto. Comprovamos que os dois fatores se encontram significativamente correlacionados entre si, tal como com o valor global da subescala, apesar do valor de correlação entre os dois fatores ser baixo. Os valores dos coeficientes alfa de Cronbach são todos superiores a 0,7, oscilando entre 0,751 e 0,806 pelo que consideramos uma consistência interna da subescala razoável, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) (cf. Quadro 24).

**Quadro 24** – Consistência interna da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto”

	Correlações de Pearson		α de Cronbach
	Fator 1	Fator 2	
	r	r	
<b>1</b>	---		0,797
<b>2</b>	0,332*	---	0,751
<b>Valor global</b>	0,898*	0,714*	0,806

\*p<0,01

Deste modo, os itens da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto” foram distribuídos da seguinte forma: 9 itens na primeira dimensão a qual corresponde aos “sentimentos de pânico”; e 4 itens na segunda dimensão, denominada por “sentimentos de ansiedade”. Em seguida, procedemos aos testes de correlação e normalidade tendo em conta os 13 itens da subescala, após o que verificámos os parâmetros de validade e precisão de ambas as dimensões definidas para a subescala.

Pela observação do Quadro 25, é possível constatar que no fator “Sentimentos de pânico”, os valores de alfa obtidos foram todos superiores a 0,7, oscilando entre 0,765 e 0,788, sendo o valor global da dimensão de 0,797, pelo que podemos afirmar a existência de uma consistência interna razoável dentro desta dimensão. O item melhor relacionado com a dimensão da subescala é o número 27 ( $r=0,693$ ) e o que menos se correlaciona é o item 31 ( $r=0,522$ ).

Quanto à dimensão “Sentimentos de ansiedade” (cf. Quadro 25), podemos verificar que a consistência interna é fraca a razoável de acordo com Pestana e Gageiro (2008), situando-se acima de 0,6. O valor global de alfa para este fator é de 0,751, importa, no entanto, ter em conta a reduzida dimensão deste fator (constituído por apenas 4 itens). O item melhor correlacionado com a dimensão é o número 6 ( $r=0,839$ ) e o menos representativo é o item 2 ( $r=0,620$ ).

Na totalidade dos fatores da subescala obtivemos valores de correlação item-dimensão positivos, pelo que quanto maior a ponderação de cada item, maior é a ponderação da subescala.

**Quadro 25** – Correlações itens – dimensões dos sentimentos negativos no trabalho de parto

N.º item	Item	r	$\alpha$
<b>Sentimentos de pânico</b>			
3	Sozinha	0,561	0,788
8	Fraca	0,649	0,772
11	Desolada	0,585	0,786
15	Abandonada	0,607	0,779
19	Pânico	0,675	0,768
20	Desespero	0,671	0,768
25	Comportar mal	0,621	0,777
27	Perder controlo	0,693	0,765
31	Perigoso	0,522	0,794
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da dimensão</b>			0,797
<b>Sentimentos de ansiedade</b>			
2	Assustador	0,620	0,769
6	Medo	0,839	0,618
7	Ansiosa	0,793	0,686
12	Tensa	0,765	0,678
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da dimensão</b>			0,751

Através da análise do Quadro 26, onde apresentamos as correlações item-dimensões da subescala, de modo a verificar a validade discriminante das mesmas, constatamos que, há concordância na distribuição dos itens nos dois fatores identificados. Sendo que o valor de correlação item-dimensão é superior no fator correspondente, apenas com exceção no item 19 “pânico”, cujo valor de r é superior para o valor global da subescala.

**Quadro 26** – Correlações item-dimensões da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto”: validade discriminante

N.º item	Item	Sentimentos de pânico	Sentimentos de ansiedade	Valor global
		r		
3	Sozinha	<b>0,561*</b>	0,077*	0,453*
8	Fraca	<b>0,649*</b>	0,350*	0,646*
11	Desolada	<b>0,585*</b>	0,137**	0,498*
15	Abandonada	<b>0,607*</b>	0,102*	0,498*
19	Pânico	0,675*	0,443*	<b>0,708*</b>
20	Desespero	<b>0,671*</b>	0,278*	0,628*
25	Comportar mal	<b>0,621*</b>	0,212*	0,560*
27	Perder controlo	<b>0,693*</b>	0,157**	0,588*
31	Perigoso	<b>0,522*</b>	0,121*	0,444*
2	Assustador	0,248*	<b>0,620*</b>	0,474*
6	Medo	0,323*	<b>0,839*</b>	0,632*
7	Ansiosa	0,075*	<b>0,793*</b>	0,427*
12	Tensa	0,393*	<b>0,765*</b>	0,649*

\*p<0,01; \*\*p<0,05

Podemos ainda constatar, através da matriz de correlação de Pearson (cf. Quadro 27) que as dimensões por nós definidas da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto” encontram-se positiva e significativamente correlacionadas entre si. O valor de correlação “sentimentos de pânico” vs “sentimentos de ansiedade” é de  $r=0,332$ , tratando-se de um valor de correlação muito baixo, contudo, o facto de ser positivo prevê que o aumento ou diminuição da ponderação de uma das dimensões da subescala tende a traduzir um efeito semelhante na ponderação da outra dimensão.

Relativamente às correlações entre os fatores e o valor global da subescala, vemos que são positivas e razoáveis a boas. Se nos “sentimentos de ansiedade” temos uma correlação de  $r=0,714$ , nos “sentimentos de pânico” temos uma correlação com o valor global mais elevada, sendo  $r=0,898$ . Assim sendo, o aumento ou diminuição da ponderação de cada uma das dimensões leva a um aumento ou diminuição, respetivamente, da ponderação do valor global da subescala.

**Quadro 27** – Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da subescala “sentimentos negativos no trabalho de parto”

	Correlações de Pearson		α de Cronbach
	Sentimentos de pânico	Sentimentos de ansiedade	
	r	r	
<b>Sentimentos de pânico</b>	---		0,797
<b>Sentimentos de ansiedade</b>	0,332*	---	0,751
<b>Valor global</b>	0,898*	0,714*	0,806

\*p<0,01

Para finalizar o estudo psicométrico da escala W-DEQ, versão A podemos ainda analisar as correlações de Pearson entre as dimensões das duas subescalas apresentadas no Quadro 28. Ao observarmos este quadro vemos que as correlações entre as diferentes dimensões das duas subescalas são, na sua maioria, muito baixas e negativas, com exceção da correlação entre o fator “Sentimentos de ansiedade” e o fator “Sentimentos perante o parto” ( $r=0,231$ ) e a subescala “Sentimentos perante o trabalho de parto” ( $r=0,001$ ). Embora, neste último caso, a correlação entre a dimensão e a subescala, além de ter um valor quase nulo, a correlação não é estatisticamente significativa.

Salientamos as correlações mais elevadas, presentes neste quadro, entre a dimensão “Sentimentos perante o trabalho de parto” e a dimensão “Sentimentos de pânico” ( $r= -0,436$ ), a correlação entre o fator “Sentimentos perante o trabalho de parto” e o valor global da subescala “Sentimentos negativos no trabalho de parto” ( $r= -0,405$ ), bem como a correlação entre a dimensão “Sentimentos de pânico” e o valor global da subescala “Sentimentos perante o trabalho de parto” ( $r= -0,380$ ). Estando perante correlações de Pearson com um valor negativo e com nível de significância inferior a 0,01 ( $p<0,01$ ), podemos afirmar que quanto maior a ponderação de cada uma das dimensões mencionadas, menor a ponderação das dimensões ou subescalas correlacionadas negativamente com as mesmas, variando a ponderação de uma de forma inversa à outra (cf. Quadro 28).

**Quadro 28** – Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões das subescalas da W-DEQ

	Correlações de Pearson				
	Sentimentos perante o trabalho de parto	Sentimentos no momento do parto	Sentimentos positivos no trabalho de parto (global)	Sentimentos de pânico	Sentimentos de ansiedade
	r	r	r	r	r
Sentimentos perante o trabalho de parto	---				
Sentimentos no momento do parto	0,575*	---			
Sentimentos positivos no trabalho de parto (global)	0,918*	0,852*	---		
Sentimentos de pânico	-0,436*	-0,208*	-0,380*	---	
Sentimentos de ansiedade	-0,173*	0,231*	0,001	0,332*	---
Sentimentos negativos no trabalho de parto (global)	-0,405*	-,046*	-0,281*	0,898*	0,714*

\*p <0,01

### 1.3.3. Estudo Psicométrico da Escala do Empowerment da Grávida

Tendo em vista a avaliação do nível de empowerment nas grávidas no terceiro trimestre de gravidez da nossa amostra, utilizamos a Escala do Empowerment da Grávida desenvolvida por Kameda e Shimada (2008), a qual é composta por 27 questões agrupadas em cinco dimensões: “autoeficácia”, “imagem futura”, “autoestima”, “apoio e garantias dos outros” e “alegria de uma adição à família”.

A escala do empowerment para grávidas consiste numa escala de quatro pontos de *Likert*, na qual, para cada item, existem quatro opções de resposta, sendo que 1 representa *discordo totalmente*, 2 *discordo*, 3 *concordo* e 4 *concordo totalmente*, tendo em conta que determinados itens são cotados inversamente. Segundo KAMEDA e SHIMADA (2008), quanto maior o score obtido, maior o nível de empowerment, assim sendo, pela soma das respostas aos itens, a menor pontuação possível é 27, e a máxima pontuação possível é 108.

Importa descrever neste ponto, a definição operacional das dimensões ou subescalas definidas para avaliar o empowerment da grávida, de acordo com as autoras, bem com os itens que as compõem:

– *Autoeficácia*: consiste na confiança que permite à grávida sentir que é capaz de gerir a gravidez e parto, e na autoavaliação da sua capacidade física (Kameda e Shimada 2008). O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos primeiros seis itens da escala;

– *Imagem futura*: diz respeito à criação de imagens/objetivos realistas relativos à gravidez, parto e tornar-se mãe (Kameda e Shimada, 2008). O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos itens 7 a 12 da escala;

– *Autoestima*: refere-se à aceitação e aprovação individual do facto de estar grávida e ser mãe (*Idem*). Obtemos o índice deste fator pela soma dos itens 13 a 19 da escala;

– *Apoio e garantias dos outros*: diz respeito à aceitação, respeito, apoio e cooperação pelas pessoas mais significativas para a grávida (*Idem*). O índice relativo a este fator é calculado pela soma dos itens 20 a 23 da escala;

– *Alegria de uma adição à família*: consiste na motivação para contribuir de forma positiva na gravidez e parto, e à esperança pelo futuro (*Ibidem*). O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos itens 24 a 27 da escala.

Após a criação da escala, esta foi validada pelas autoras para a população japonesa, existindo uma versão em inglês que nos foi facultada por Yukie Kameda, via correio eletrónico, a qual nos deu, igualmente por esta via, autorização para a utilização da escala no nosso estudo.

Em primeiro lugar, procedemos à tradução da escala na versão em língua inglesa para a língua portuguesa. Esta tradução foi revista, a fim de serem detetadas eventuais discordâncias entre a versão original e a traduzida e, em seguida, realizou-se a retroversão para o inglês, não tendo sofrido modificações significativas.

Importa esclarecer que a Escala do Empowerment da Grávida tinha sido já usada e validada em Portugal por Santos (2012) para uma amostra de 195 grávidas também no terceiro trimestre. Contudo, possuindo a nossa amostra um número ligeiramente superior de grávidas, optámos por proceder à validação da escala para a amostra presente.

Deste modo procedemos, em seguida, à avaliação das propriedades psicométricas da escala, através dos estudos de fiabilidade e validade, de modo semelhante ao utilizado para as escalas anteriores.

Deste modo, apresentamos no **Quadro 29**, as estatísticas (médias e desvios-padrão) e as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global, para facilitar a visualização das suas combinações.

**Quadro 29** – Consistência interna da escala do empoderamento da grávida

N.º	Itens	$\bar{x}$	Dp	Correlação item-total	$\alpha$ sem item
1	Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha	2,42	0,726	0,326	0,882
2	Posso muito bem lidar com o que me preocupa	2,77	0,619	0,562	0,876
3	Posso muito bem cuidar do que eu preciso durante a gravidez	2,98	0,606	0,561	0,876
4	Provavelmente, eu posso determinar quando ir ao médico	2,24	0,694	0,214	0,885
5	Eu sempre posso obter informações a considerar para o plano e instalações para o parto	2,91	0,574	0,550	0,877
6	Eu posso obter as informações que preciso de profissionais médicos	3,38	0,560	0,450	0,879
7	Eu não me consigo imaginar a criar os meus filhos	3,58	0,567	0,242	0,883
8	Eu sinto a realidade de que vou ser uma mãe	3,45	0,607	0,465	0,879

9	Eu tenho a minha imagem ideal do parto	2,67	0,721	0,452	0,879
10	Imagino como será o meu parto	2,93	0,609	0,461	0,879
11	Não posso imaginar um aumento da minha família	3,49	0,623	0,199	0,885
12	Imagino como será a minha gravidez	3,00	0,610	0,670	0,874
13	Eu acho que a minha força para o parto é menor que a das outras pessoas	3,06	0,689	0,053	0,889
14	Eu posso ter um parto como as outras pessoas	3,29	0,668	0,502	0,878
15	Eu não estou confiante sobre estar grávida	3,38	0,611	0,365	0,881
16	Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez	3,11	0,516	0,614	0,876
17	Estou satisfeita com a minha vida	3,29	0,564	0,519	0,877
18	Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha	2,42	0,683	0,357	0,881
19	Eu consigo viver com uma atitude positiva	3,10	0,568	0,575	0,876
20	A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser	3,19	0,605	0,495	0,878
21	A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual e dão apoio	3,45	0,585	0,474	0,878
22	Posso consultar com outras pessoas e pedir ajuda para alcançar os meus objetivos	2,97	0,569	0,471	0,878
23	Eu posso pedir ajuda sempre que necessitar	3,29	0,595	0,465	0,879
24	Estou ansiosa para a vida após o parto	3,29	0,666	0,486	0,878
25	Gostaria de desfrutar da minha gravidez	3,23	0,680	0,624	0,874
26	Eu sinto carinho pelo meu bebé por nascer	3,80	0,451	0,369	0,881
27	Estou entusiasmada com a perspectiva do parto	2,87	0,650	0,517	0,877
<b>Coefficiente Split-half</b>		Primeira metade			0,793
		Segunda metade			0,791
<b>Coefficiente alfa de Cronbach global</b>		0,883			

Através da análise do quadro 29, podemos constatar que os valores de alfa dos itens se situam, na sua totalidade, acima de 0,8 (oscilando entre 0,874 e 0,889), pelo que temos uma boa consistência interna na escala.

Observando os coeficientes de correlação item-escala, podemos constatar que o item 13 “Eu acho que a minha força para o parto é menor que a das outras pessoas” é o que menos se correlaciona com a escala ( $r=0,053$ ), ao passo que o item 12 obteve o maior valor de correlação ( $r=0,670$ ), sendo o melhor se associa à escala global. Apesar de termos

determinados itens com valores de correlação item-escala muito baixos ( $<0,2$ ), optámos por não excluir nenhum item dado termos uma boa consistência interna da escala global.

Quanto ao coeficiente de bipartição (*split-half*), verificamos a obtenção de valores semelhantes entre a primeira e a segunda metade ( $\alpha=0,793$  na primeira e  $\alpha=0,791$  na segunda metade), pelo que considera-se uma consistência razoável de ambas as metades da escala na medição do constructo do empowerment na grávida.

Relativamente aos estudos de validade desta escala, procuramos proceder à análise fatorial da mesma para determinar se, na nossa amostra, qual a subdivisão da escala em dimensões fatoriais que seria mais apropriada. Como meio de constatar a validade da análise fatorial, recorremos aos testes estatísticos de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO),  $KMO=0,876$ , e o de Esfericidade de Bartlett,  $p < 0,01$  (cf. Quadro 30). Ficou, deste modo, demonstrado que existe um bom grau de correlação entre os itens, pelo que é adequada a utilização da análise fatorial nesta escala.

**Quadro 30** – Testes de verificação da validade da análise fatorial da escala do empoderamento da grávida

KMO	Bartlett
0,876	$p = 0,000^*$

\* $p < 0,01$

Recorremos, em seguida, ao método dos componente principais (*Scree-Plot*) para observarmos a variância de cada fator no gráfico, tendo verificado, inicialmente, que faria sentido reter seis fatores, os quais correspondiam a 56,787% da variância total, sendo que todos os *eigenvalues* são superiores a 1 (cf. Quadro 31).

**Quadro 31** – Fatores identificados na análise fatorial da escala (6 fatores)

Fatores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1	7,434	27,534	27,534
2	2,666	9,874	37,408

3	1,694	6,274	43,682
4	1,304	4,828	48,511
5	1,185	4,389	52,900
6	1,049	3,887	56,787

Através do método *Varimax*, obtivemos a composição de cada fator, que apresentamos no Quadro 32. Como se pode verificar, alguns scores dos itens, são inferiores a 0,5, deixando dúvidas quanto ao enquadramento e capacidade de explicação de determinados itens acerca da dimensão correspondente.

**Quadro 32 – Composição de cada fator da escala (6 fatores)**

Itens	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
5. Eu sempre posso obter informações a considerar para o plano e instalações para o parto	0,626					
12. Imagino como será a minha gravidez	0,579					
16. Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez	0,582					
17. Estou satisfeita com a minha vida	0,511					
22. Posso consultar com outras pessoas e pedir ajuda para alcançar os meus objetivos	0,719					
25. Gostaria de desfrutar da minha gravidez	0,643					
1. Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha		0,911				
2. Posso muito bem lidar com o que me preocupa		0,473				
4. Provavelmente, eu posso determinar quando ir ao médico		0,487				
18. Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha		0,913				
8. Eu sinto a realidade de que vou ser uma mãe			0,557			
19. Eu consigo viver com uma atitude positiva			0,557			
20. A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser			0,465			
21. A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual e dão apoio			0,716			
3. Posso muito bem cuidar do que eu preciso durante a gravidez				0,573		
6. Eu posso obter as informações que preciso de profissionais médicos				0,538		
14. Eu posso ter um parto como as outras pessoas				0,530		

23. Eu posso pedir ajuda sempre que necessitar				0,762		
7. Eu não me consigo imaginar a criar os meus filhos					0,725	
11. Não posso imaginar um aumento da minha família					0,751	
13. Eu acho que a minha força para o parto é menor que a das outras pessoas					0,549	
15. Eu não estou confiante sobre estar grávida					0,668	
26. Eu sinto carinho pelo meu bebé por nascer					0,415	
9. Eu tenho a minha imagem ideal do parto						0,512
10. Imagino como será o meu parto						0,764
24. Estou ansiosa para a vida após o parto						0,364
27. Estou entusiasmada com a perspectiva do parto						0,583

Deste modo, recorrendo novamente ao método *Scree-Test*, optámos por forçar a subdivisão da escala em cinco fatores, impondo essa condição para a extração dos fatores. Pela análise do Quadro 33 verificamos que todos os *eigenvalues* são superiores a um e obtivemos uma variância total de 52,9%.

**Quadro 33** – Fatores identificados na análise fatorial da escala (5 fatores)

Fatores	Eigenvalue	% da Variância Explicada	% da Variância Acumulada
1	7,434	27,534	27,534
2	2,666	9,874	37,408
3	1,694	6,274	43,682
4	1,304	4,828	48,511
5	1,185	4,389	52,900

A composição de cada um dos fatores, obtida pelo método Varimax é apresentada no Quadro 34. Apesar de termos obtidos maiores scores dos itens de cada fator, comparativamente aos obtidos com seis dimensões, tendo em conta a análise fatorial das autoras da escala, constatámos não existir um paralelismo entre os fatores identificados na nossa amostra e as dimensões da escala previamente definidas. Ou seja, não houve

consistência relativamente à análise fatorial obtida no nosso estudo, pelo que utilizamos a estrutura fatorial das autoras da escala, optando por não eliminar qualquer item, independentemente do score obtido.

**Quadro 34 – Composição de cada fator da escala (5 fatores)**

Itens	Fatores				
	1	2	3	4	5
5. Eu sempre posso obter informações a considerar para o plano e instalações para o parto	0,620				
8. Eu sinto a realidade de que vou ser uma mãe	0,492				
12. Imagino como será a minha gravidez	0,583				
16. Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez	0,622				
17. Estou satisfeita com a minha vida	0,558				
22. Posso consultar com outras pessoas e pedir ajuda para alcançar os meus objetivos	0,701				
25. Gostaria de desfrutar da minha gravidez	0,669				
10. Imagino como será o meu parto		0,647			
19. Eu consigo viver com uma atitude positiva		0,593			
20. A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser		0,572			
21. A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual e dão apoio		0,519			
24. Estou ansiosa para a vida após o parto		0,484			
27. Estou entusiasmada com a perspetiva do parto		0,620			
1. Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha			0,878		
2. Posso muito bem lidar com o que me preocupa			0,468		
4. Provavelmente, eu posso determinar quando ir ao médico			0,587		
18. Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha			0,884		
7. Eu não me consigo imaginar a criar os meus filhos				0,681	
11. Não posso imaginar um aumento da minha família				0,741	
13. Eu acho que a minha força para o parto é menor que a das outras pessoas				0,607	
15. Eu não estou confiante sobre estar grávida				0,622	
26. Eu sinto carinho pelo meu bebé por nascer				0,421	

3. Posso muito bem cuidar do que eu preciso durante a gravidez					0,579
6. Eu posso obter as informações que preciso de profissionais médicos					0,546
9. Eu tenho a minha imagem ideal do parto					0,498
14. Eu posso ter um parto como as outras pessoas					0,533
23. Eu posso pedir ajuda sempre que necessitar					0,760

Assim sendo, prosseguimos o estudo psicométrico da escala do empowerment na grávida, distribuindo os 27 itens pelas dimensões correspondentes, do seguinte modo: 6 itens na primeira e segunda dimensões, denominadas respetivamente, por “autoeficácia” e “imagem futura”; 7 itens na terceira dimensão, correspondente à “autoestima”; e 4 itens em cada uma das dimensões restantes, respetivamente “apoio e garantias dos outros” e “alegria de uma adição à família”.

Procurando analisar a validade da escala, podemos constatar que na dimensão Autoeficácia, os valores de alfa de Cronbach ultrapassam, na maioria dos itens, 0,6, oscilando entre 0,59 e 0,679, com o valor de alfa da dimensão igual a 0,676, pelo que temos uma consistência fraca dentro da subescala. O item mais correlacionado trata-se do número 2 ( $r=0,709$ ), sendo o menos relacionado o número 6 ( $r=0,474$ ) (cf. Quadro 35).

Na dimensão Imagem Futura vemos através do Quadro 35 que o item melhor relacionado é o 12 ( $r=0,683$ ) e o que menos se relaciona com a subescala é o número 11 ( $r=0,468$ ). Quanto aos valores de alfa de Cronbach, vemos que variam entre 0,495 e 0,610, sendo o valor global da escala de 0,601, pelo que esta dimensão apresenta uma consistência interna fraca a inadmissível, de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008).

Quanto à dimensão Autoestima, os valores do coeficiente alfa de Cronbach oscilam entre 0,503 e 0,639. O valor de alfa do fator é de 0,594, sendo que a consistência interna da subescala e para o valor global é, igualmente, fraca a inadmissível. Ainda assim, consideramos que o item mais relacionado com a subescala é o 19 ( $r=0,650$ ) e o menos relacionado é o número 13 ( $r=0,380$ ) (cf. Quadro 35).

As correlações item-subescala relativas à dimensão Apoio e garantias dos outros, apresentadas também no Quadro 35, mostram que os coeficientes alfa de Cronbach oscilam entre 0,453 e 0,632, sendo o valor global da subescala de 0,611, pelo que temos uma consistência interna fraca a inadmissível. Podemos ainda verificar que o item mais

correlacionado com este fator é o número 20 ( $r=0,756$ ) e o que menos se relaciona é o 22 ( $r=0,574$ ).

Por último, na dimensão Alegria de uma adição à família, verificamos que o item que melhor se correlaciona com esta subescala é o número 27 ( $r=0,727$ ) e o menos relacionado é o 26 ( $r=0,537$ ). Os valores de alfa de Cronbach variam entre 0,497 e 0,632, sendo este o valor obtida pela subescala no seu global. Logo, esta dimensão apresenta, igualmente, uma consistência interna fraca a inadmissível (cf. Quadro 35).

Apesar de obtida uma consistência interna fraca a inadmissível dentro de cada uma das dimensões da escala, importa referir que em todos os casos, os valores de correlação entre item-subescala são positivos, o que significa que quanto maior a ponderação de cada item, maior será o nível de empowerment da grávida em cada uma das suas dimensões.

**Quadro 35 – Correlações itens – dimensões da escala**

N.º item	Item	r	$\alpha$
<b>Autoeficácia</b>			
1	Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha	0,666	0,627
2	Posso muito bem lidar com o que me preocupa	0,709	0,590
3	Posso muito bem cuidar do que eu preciso durante a gravidez	0,661	0,613
4	Provavelmente, eu posso determinar quando ir ao médico	0,577	0,665
5	Eu sempre posso obter informações a considerar para o plano e instalações para o parto	0,621	0,627
6	Eu posso obter as informações que preciso de profissionais médicos	0,474	0,679
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da dimensão</b>			0,676
<b>Imagem futura</b>			
7	Eu não me consigo imaginar a criar os meus filhos	0,530	0,570
8	Eu sinto a realidade de que vou ser uma mãe	0,579	0,553
9	Eu tenho a minha imagem ideal do parto	0,582	0,579
10	Imagino como será o meu parto	0,634	0,524
11	Não posso imaginar um aumento da minha família	0,468	0,610
12	Imagino como será a minha gravidez	0,683	0,495
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da dimensão</b>			0,601

<b>Autoestima</b>			
<b>13</b>	Eu acho que a minha força para o parto é menor que a das outras pessoas	0,380	0,639
<b>14</b>	Eu posso ter um parto como as outras pessoas	0,629	0,520
<b>15</b>	Eu não estou confiante sobre estar grávida	0,560	0,547
<b>16</b>	Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez	0,624	0,514
<b>17</b>	Estou satisfeita com a minha vida	0,589	0,529
<b>18</b>	Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha	0,416	0,623
<b>19</b>	Eu consigo viver com uma atitude positiva	0,650	0,503
<b>α de Cronbach da dimensão</b>			0,594
<b>Apoio e garantias dos outros</b>			
<b>20</b>	A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser	0,756	0,453
<b>21</b>	A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual e dão apoio	0,709	0,505
<b>22</b>	Posso consultar com outras pessoas e pedir ajuda para alcançar os meus objetivos	0,574	0,632
<b>23</b>	Eu posso pedir ajuda sempre que necessitar	0,673	0,551
<b>α de Cronbach da dimensão</b>			0,611
<b>Alegria de uma adição à família</b>			
<b>24</b>	Estou ansiosa para a vida após o parto	0,708	0,566
<b>25</b>	Gostaria de desfrutar da minha gravidez	0,765	0,497
<b>26</b>	Eu sinto carinho pelo meu bebé por nascer	0,537	0,629
<b>27</b>	Estou entusiasmada com a perspetiva do parto	0,727	0,534
<b>α de Cronbach da dimensão</b>			0,632

De modo a confirmar a validade da distribuição dos itens pelas dimensões da escala, apresentamos no Quadro 36 as correlações de Pearson item-dimensões. Através da leitura deste quadro, podemos constatar que a grande maioria dos itens apresenta valores de correlação superiores na dimensão à qual pertence, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). Apenas no caso do item 18, verificamos uma correlação superior na dimensão Autoeficácia, no entanto, optámos por manter este item no fator Autoestima, tal como os autores da escala defenderam na sua análise fatorial.

**Quadro 36** – Correlações item-dimensão da escala do empowerment: validade discriminante

N.º item	Auto eficácia	Imagem futura	Auto estima	Apoio e garantias dos outros	Alegria de uma adição à família
	r				
1	<b>0,666*</b>	0,235*	0,336*	0,124	0,174*
2	<b>0,709*</b>	0,361*	0,480*	0,426*	0,490*
3	<b>0,661*</b>	0,435*	0,468*	0,514*	0,391*
4	<b>0,577*</b>	0,178*	0,092	0,129**	0,161**
5	<b>0,621*</b>	0,472*	0,452*	0,400*	0,462*
6	<b>0,474*</b>	0,352*	0,401*	0,443*	0,391*
7	0,124	<b>0,530*</b>	0,294*	0,100	0,148**
8	0,268*	<b>0,579*</b>	0,463*	0,380*	0,447*
9	0,473*	<b>0,582*</b>	0,307*	0,379*	0,369*
10	0,371*	<b>0,634*</b>	0,359*	0,318*	0,419*
11	0,001	<b>0,468*</b>	0,343*	0,181*	0,082
12	0,579*	<b>0,683*</b>	0,543*	0,482*	0,600*
13	-0,119	0,130**	<b>0,380*</b>	0,052	0,089
14	0,383*	0,385*	<b>0,629*</b>	0,463*	0,425*
15	0,100	0,426*	<b>0,560*</b>	0,322*	0,338*
16	0,468*	0,505*	<b>0,624*</b>	0,551*	0,521*
17	0,379*	0,410*	<b>0,589*</b>	0,472*	0,477*
18	<b>0,631*</b>	0,256*	0,416*	0,132**	0,200**
19	0,427*	0,473*	<b>0,650*</b>	0,495*	0,478*
20	0,346*	0,371*	0,438*	<b>0,756*</b>	0,421*
21	0,244*	0,394*	0,483*	<b>0,709*</b>	0,408*
22	0,490*	0,332*	0,344*	<b>0,574*</b>	0,445*
23	0,351*	0,359*	0,439*	<b>0,673*</b>	0,367*
24	0,372*	0,371*	0,387*	0,467*	<b>0,708*</b>
25	0,489*	0,498*	0,543*	0,497*	<b>0,765*</b>
26	0,162**	0,369*	0,384*	0,287*	<b>0,537*</b>
27	0,409*	0,411*	0,454*	0,386*	<b>0,727*</b>

\*p < 0,01; \*\*p < 0,05

Para finalizar o estudo psicométrico da escala do empowerment da grávida, procedemos à verificação da sua fiabilidade, no que concerne à sua consistência interna, através do cálculo do alfa de Cronbach e correlações de Pearson entre cada fator e o valor global da escala.

Pela observação do Quadro 37 vemos que os testes de correlação realizados demonstram que todas as dimensões da escala se correlacionam entre si de forma estatisticamente significativa, bem como com o valor global da escala (nível de significância inferior a 0,01). Como verificamos anteriormente, os valores dos coeficientes alfa de Cronbach para as diferentes dimensões são baixos, oscilando entre 0,594 e 0,676, o que se traduz, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) numa consistência interna de cada fator, definido de acordo com as autoras da escala, fraca a inadmissível. Contudo, para a escala global temos um valor de alfa igual a 0,883, o que revela uma boa consistência interna da escala como um todo.

De acordo com a matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala do empowerment e o valor global, constatamos que as correlações entre as subescalas definidas são estatisticamente significativas, variando entre  $r=0,525$  (autoeficácia vs apoio e garantias dos outros) e  $r=0,661$  (imagem futura vs autoestima). Pelo que, um aumento ou diminuição das ponderações de cada uma das subescalas se traduz no aumento ou, correspondente, diminuição das ponderações das outras subescalas (cf. Quadro 37).

Analisando, no mesmo quadro, as correlações entre as diferentes dimensões e o valor global da escala do empowerment da grávida, podemos verificar que são todas positivas e superiores a 0,7, oscilando entre  $r=0,781$  para “Apoio e garantias dos outros” e  $r=0,871$  no caso da subescala “Autoestima”. Do mesmo modo, podemos afirmar que o aumento/diminuição da ponderação de cada uma das subescalas conduz a um aumento/diminuição da ponderação do valor global da escala.

**Quadro 37** – Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala

	Correlações de Pearson					$\alpha$ de Cronbach
	Auto eficácia	Imagem futura	Auto estima	Apoio e garantias dos outros	Alegria de uma adição à família	
	r	r	r	r	r	
<b>Auto eficácia</b>	---					0,676
<b>Imagem futura</b>	0,533*	---				0,601
<b>Auto estima</b>	0,585*	0,661*	---			0,594
<b>Apoio e garantias dos outros</b>	0,525*	0,536*	0,628*	---		0,611
<b>Alegria de uma adição à família</b>	0,538*	0,598*	0,642*	0,603*	---	0,632
<b>Valor global</b>	0,797*	0,822*	0,871*	0,781*	0,809*	0,883

\*p&lt;0,01

#### **1.3.4. Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas e contextuais à gravidez**

O termo variável refere-se a algo que pode variar, ou seja, representa qualquer característica que tem algum grau de variabilidade, que muda ou se altera em quantidade ou qualidade, dentro de determinado valor, campo de variação ou domínio.

As variáveis podem ser definidas consoante a relação existente entre si. Assim temos como variáveis independentes aquelas que determinam, influenciam ou condicionam outro fenómeno, a variável dependente. Por variável dependente entende-se aquela que é resultado, efeito, é causada ou depende da variável independente. Deste modo, definimos como variável dependente do nosso estudo, o empowerment da grávida no último trimestre de gravidez. Por sua vez, as variáveis sociodemográficas, contextuais à gravidez, bem como as variáveis psicossociais, foram definidas como variáveis independentes do nosso estudo.

A maior parte das variáveis não são diretamente observáveis ou mensuráveis. Para serem mensuráveis devem seguir um processo de operacionalização para o qual é fundamental definir cada variável, conceptual e operacionalmente (Fortin, 2009).

A operacionalização dos conceitos ou constructos apoiam-se em definições conceptuais específicas numa teoria ou são estabelecidos pelo investigador no decurso do processo de clarificação dos conceitos. Neste âmbito operacionalizar um conceito significa defini-lo de modo a que este possa ser observado e medido, ou seja, especificar quais as atividades ou operações necessárias para o medir (*Idem*).

Tendo, em capítulos anteriores esclarecido os métodos de operacionalização das variáveis psicossociais, mensuradas através de escalas, cabe-nos neste momento, esclarecer os critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas da amostra, como sendo: idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal familiar. Bem como das variáveis contextuais à gravidez: gravidez anterior; número de gravidezes anteriores, aborto espontâneo/morte fetal, e número de interrupções médicas/voluntárias da gravidez; parto anterior; tipo de parto; gravidez planeada; gravidez desejada; idade gestacional; local de vigilância da gravidez; e, por último, frequência de curso de preparação para o parto/parentalidade (cf. Quadro 38).

**Quadro 38** – Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas e contextuais à gravidez

Variável	Tipo de questão	Critérios de operacionalização
<b>Idade</b>	Aberta	≤35 anos ≥36 anos
<b>Estado civil</b>	Aberta	Sem companheiro (solteira, divorciada e viúva) Com companheiro (casada e em união de facto)
<b>Escolaridade</b>	Fechada múltipla	Ensino Básico (até ao 3.º ciclo) Ensino Secundário Ensino Superior (incluindo licenciatura, mestrado e doutoramento)
<b>Situação profissional</b>	Aberta	Empregada Não empregada (estudantes, desempregadas e reformadas)
<b>Rendimento familiar mensal</b>	Fechada múltipla	< 500 euros 500 - 1000 euros 1000 - 1500 euros > 1500 euros
<b>Gravidez anterior</b>	Fechada dicotómica	Com gravidez anterior Sem gravidez anterior
<b>N.º de gravidez anterior N.º de abortos espontâneos/morte fetal</b>	Aberta	Uma Duas Três ou mais
<b>N.º de interrupções médicas/voluntárias da gravidez</b>	Aberta	Uma Duas
<b>Parto anterior</b>	Fechada dicotómica	Sem parto anterior (nulíparas) Com parto anterior (múltiparas)
<b>Tipo de parto</b>	Fechada múltipla	Eutócico Distócico (ventosa, fórceps, cesariana e, no caso de mais de um parto anterior, sendo um deles distócico)
<b>Gravidez planeada Gravidez desejada</b>	Fechada dicotómica	Sim Não
<b>Idade gestacional</b>	Aberta	Pré-termo (< 37 semanas) Termo (≥ 37 semanas)
<b>Local de vigilância</b>	Aberta	Maternidade Maternidade e outros locais
<b>Frequência de curso de preparação para o parto/parentalidade</b>	Fechada dicotómica	Sim Não

#### 1.4. PROCEDIMENTOS NA SELEÇÃO DA AMOSTRA E COLHEITA DE DADOS

O presente estudo foi desenvolvido nos serviços de Consulta Externa das Maternidades Bissaya Barreto e Dr. Daniel de Matos, pertencentes ao Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

Pretendia-se inicialmente que a amostra incluísse as grávidas, no último trimestre da gravidez, a frequentar a consulta de vigilância da saúde pré-natal na Consulta Externa das Maternidades do CHUC, em Coimbra, bem como nos Centros de Saúde de Cantanhede e da Mealhada. Foram enviados os pedidos de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados às devidas instâncias e, uma vez que, o pedido encaminhado para a Administração Regional de Saúde (ARS) Centro/ Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego, do qual fazem parte os Centros de Saúde mencionados, não obteve, até à data, deferimento, a amostra cingiu-se às grávidas consultadas nas maternidades do CHUC.

Importa referir neste ponto, que a aplicação do instrumento de colheita de dados apenas teve lugar após cumpridos os procedimentos éticos necessários. Deste modo, foi recebida autorização por escrito, via correio eletrónico, dos autores das escalas, para a sua utilização. Em seguida, foi enviado um requerimento para a autorização da realização do estudo ao Conselho de Administração do CHUC através do Gabinete de Apoio à Investigação o qual foi deferido, após o Parecer Científico de consentimento escrito, por parte dos Diretores dos Serviços de Obstetrícia de ambas as maternidades, bem como após a aprovação pelo Conselho de Ética (**ANEXO I**).

Parece-nos relevante referir a demora (cerca de 5 meses) no deferimento para autorização da colheita de dados por parte do Conselho de Administração do CHUC, bem como a não obtenção de resposta por parte do ACES Baixo Mondego, mesmo após existência de um parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Centro e contatos sucessivos da nossa parte, o que atrasou todo o processo de investigação.

Ainda no sentido de pautar a nossa atuação de acordo com os princípios éticos que regem a nossa profissão, previamente ao preenchimento do instrumento de colheita de dados, foi entregue a cada uma das participantes um documento de consentimento informado, onde estavam explícitos os objetivos do estudo, a colaboração pretendida e se assegurava a confidencialidade do tratamento dos dados, de modo a garantir a participação livre e informada de cada um dos elementos da amostra (**APÊNDICE I**).

## 1.5. ANÁLISE DE DADOS

Toda a informação obtida através do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico, tendo sido processada através da utilização do programa informático *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0 após a criação da base de dados.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, bem como para testar as hipóteses formuladas no estudo, utilizaram-se técnicas de Estatística Descritiva, nomeadamente: as frequências absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central, como a média aritmética ( $\bar{x}$ ); e o desvio padrão (Dp) como medida de dispersão ou variabilidade.

Relativamente à análise inferencial recorreremos ao Teste paramétrico *t* de Student, bem como ao correspondente não paramétrico, U de Mann-Withney para estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as contextuais à gravidez e o empowerment da grávida no terceiro trimestre.

A regressão múltipla foi o método de estatística inferencial selecionado para determinar as relações entre as variáveis psicossociais e o empowerment da grávida, dada a natureza das variáveis. De modo a constatarmos quais as variáveis independentes preditoras da variável dependente recorreremos ao método de estimação *Stepwise* (passo a passo).

As hipóteses foram testadas utilizando um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5,0% ( $\alpha=0,05$ ), o que permite garantir a existência de relação entre as variáveis, considerando uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Os critérios de decisão em relação aos testes de hipóteses são baseados no estudo das probabilidades. Na análise estatística considerámos os seguintes valores de significância:

- a)  $p < 0,05^*$  – Diferença estatística significativa
- b)  $p < 0,01^{**}$  – Diferença estatística bastante significativa
- c)  $p < 0,001^{***}$  – Diferença estatística altamente significativa
- d)  $p \geq 0,05$  n.s. – Diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a quadros e tabelas, onde constam os dados mais relevantes. Uma vez que todos os dados foram obtidos através do

instrumento de colheita de dados, dispensámos a identificação do local, data e fonte na apresentação dos mesmos.

Postas todas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte, a apresentação e análise dos resultados.

## 2. RESULTADOS

Neste segundo capítulo da Investigação Empírica, procedemos à apresentação e análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos, pela aplicação do instrumento de colheita de dados à amostra em causa, de acordo e procurando dar respostas às questões de investigação inicialmente elaboradas.

Apresentaremos os dados em Quadros e Tabelas de forma sistematizada, permitindo uma leitura clara, objetiva e a compreensão dos mesmos.

### 2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Procedemos, neste capítulo, à análise descritiva dos resultados obtidos pela aplicação do instrumento de recolha de dados, evidenciando as características obstétricas das grávidas da amostra, uma vez que os dados biográficos foram abordados anteriormente na metodologia. Os dados, aqui traduzidos e apresentados, foram obtidos através da aplicação de testes estatísticos apropriados a cada variável obstétrica.

#### 2.1.1. Caracterização da amostra pelas variáveis de contexto obstétrico

Os dados da história obstétrica foram colhidos através de um conjunto de questões (6 a 11) do instrumento de colheita de dados. Por sua vez, as questões 12 a 16 remetiam-se aos dados obstétricos da gestação atual.

Procedemos à caracterização da amostra no âmbito das variáveis contexto obstétrico, pela análise dos resultados obtidos nestas questões e, subdividindo os elementos da amostra em dois grupos, tendo em conta a existência ou não de partos anteriores, múltiparas ou nulíparas, respetivamente.

### **Gravidez anterior**

Através da análise do quadro 39, verificamos que a maioria das mulheres entrevistadas, tiveram uma experiência anterior de gravidez (54,5%), num total de 128.

### **Número de gravidezes anteriores**

O número de gravidezes anteriores, na amostra, variou entre o mínimo de uma e um máximo de cinco, com uma média de  $1,55 \pm 0,886$  (cf. Tabela 1).

Analisando o quadro 39 observamos que, embora a maioria das grávidas tivessem apenas uma gravidez anterior (63,3%), 14 elementos da amostra (10,9%) tiveram três ou mais gestações anteriores.

### **Número de abortos espontâneos/morte fetal**

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, 38 grávidas, ou seja, 16,17% da amostra tinha história de, pelo menos, um aborto espontâneo ou morte fetal. Ressalva-se a uma maior ocorrência de perda gestacional nas grávidas multíparas em comparação com o número de grávidas nulíparas com história semelhante, obtendo-se uma percentagem de 65,8%, no primeiro caso e de 34,2% no segundo. Sendo que estas percentagens são apenas relativas ao número de grávidas com aborto espontâneo/ morte fetal anterior e não à totalidade da amostra (cf. Quadro 39).

### **Número de interrupções médicas/voluntárias da gravidez**

Relativamente ao número de interrupções da gravidez, englobando, neste parâmetro quer as interrupções médicas, quer as interrupções voluntárias, verificamos que, na amostra, existia um total de 13 grávidas (5,53%) com história de interrupção da gravidez, variando entre uma a duas interrupções, como valor máximo (cf. Tabela 1).

**Tabela 1** – Estatística descritiva das variáveis de contexto obstétrico: gravidezes anteriores, abortos espontâneos/morte fetal, interrupções da gravidez

	N	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp
Grávidas com gravidez anterior	128	1	5	1,55	0,886
Grávidas com abortos/morte fetal anterior	38	1	4	1,42	0,826
Grávidas com interrupção da gravidez anterior	13	1	2	1,31	0,480

### Parto anterior

A existência de um parto anterior tornou-se o nosso critério de diferenciação da amostra em grávidas nulíparas e múltiparas, daí não constar, diretamente, no Quadro 39. Ainda assim, pela Tabela 2, podemos comprovar a existência de um total de 109 grávidas na nossa amostra com história de parto anterior, tendo a maioria passado por esta experiência apenas uma vez, o que corresponde a 38,7% da amostra. A média de partos é de  $1,17 \pm 0,405$ . Apenas uma grávida, que representa 0,4% da amostra, tinha um historial de três partos anteriores (cf. Tabela 2).

**Tabela 2** – Número de partos anteriores

Partos anteriores	n	%	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp
1	91	38,7	1	3	1,17	0,405
2	17	7,2				
3	1	0,4				
Missing (0)	126	56,3				

### Tipo de partos

O tipo de partos anteriores vivenciados pelas grávidas da amostra foi classificado em dois grupos, eutócico e distócico, havendo uma diferença de apenas um ponto percentual entre estes dois grupos. Assim sendo, a percentagem apurada de grávidas com parto eutócico anterior foi de 50,5%, ao passo que a percentagem de mulheres com parto distócico prévio foi de 49,5%, como se pode verificar no Quadro 39.

### Gravidez planeada

Constatamos, pela observação do Quadro 39 que a gravidez foi planeada com maior frequência no caso das nulíparas (43,4%) comparativamente com as múltiparas (34,0%). Por outro lado, a percentagem de gravidez não planeada foi ligeiramente superior nas múltiparas (11,9%) do que nas nulíparas (10,6%).

### Gravidez desejada

Os resultados obtidos relativamente ao desejo da gravidez foram semelhantes aos resultados do planeamento da mesma. Assim sendo, obtivemos maior percentagem de gravidez desejada nas nulíparas (53,2% para 43,0% nas múltiparas), e, correspondente, maior percentagem de gravidez não desejada nas múltiparas comparativamente às nulíparas (3,0% vs 0,9%, respetivamente) (cf. Quadro 39).

### Idade gestacional

Quanto à idade gestacional no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, é de realçar a maior percentagem de grávidas com menos de 37 semanas de gestação em ambos os grupos, representando, no total, 71,1% da amostra. O valor mínimo encontrado, neste parâmetro, foi de 27 semanas e o máximo de 41 semanas. A média de semanas de gestação das grávidas da amostra foi de  $33,93 \pm 3,55$  (cf. Tabela 3).

**Tabela 3 – Número de semanas de gravidez**

Idade gestacional	n	%	N	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp
< 37 semanas	167	71,1	235	27	41	33,93	3,55
≥ 37 semanas	68	28,9%					

Apesar da diferença, em termos de percentagem ser muito baixa, a maioria das grávidas da amostra eram múltiparas, com menos de 37 semanas de gestação (35,7%), seguindo-se por nulíparas igualmente, com gestações pré-termo (35,4%). Neste âmbito, o

grupo menos representativo da amostra era constituído por multíparas com gravidezes de termo (10,2%) (ver Quadro 39).

### **Local de vigilância da gravidez atual**

Analisando os dados do local de vigilância da gravidez, observamos no Quadro 39, que a maioria dos elementos da amostra era seguida apenas na maternidade (69,8%). As multíparas com vigilância da gravidez apenas na maternidade eram o grupo mais prevalente (35,3%), sendo o menos frequente, no conjunto da amostra, as multíparas seguidas na maternidade e outros locais, como o centro de saúde ou privados (10,6%).

### **Frequência de curso de preparação para o parto**

Constatámos que a grande maioria das grávidas da nossa amostra não se encontrava a frequentar qualquer curso de preparação para o parto ou parentalidade (73,2%). De, aproximadamente, um quarto da amostra a frequentar um curso de preparação para o parto, apenas 8 eram multíparas (3,4%) e a maioria eram nulíparas (23,4%). Apesar de nunca terem passado pela experiência do parto, uma percentagem significativa de nulíparas (30,6%) não se encontrava, aquando do preenchimento do questionário, a ter aulas de preparação para o mesmo (cf. Quadro 39).

**Quadro 39** – Caracterização da amostra pelos dados obstétricos segundo a paridade

	Nulíparas		Múltiparas		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>História obstétrica</b>						
<b>Gravidez anterior</b>						
Com	19	8,1	109	46,4	128	54,5
Sem	107	45,5	0	0,0	107	45,5
<b>Número de gravidezes anteriores</b>						
Uma	13	10,2	68	53,1	81	63,3
Duas	5	3,9	28	21,9	33	25,8
Três ou mais	2	1,6	12	9,4	14	10,9
<b>Número de abortos espontâneos/morte fetal</b>						
Uma	10	26,3	18	47,4	28	73,7
Dois	2	5,3	4	10,5	6	15,8
Três ou mais	1	2,6	3	7,9	4	10,5
<b>Número de interrupções voluntárias/médicas da gravidez</b>						
Uma	4	30,8	5	38,5	9	69,2
Duas	3	23,1	1	7,7	4	30,8
<b>Tipo de partos</b>						
Eutócico	0	0,0	55	50,5	55	50,5
Distócico	0	0,0	54	49,5	54	49,5
<b>Gravidez atual</b>						
<b>Gravidez planeada</b>						
Sim	102	43,4	80	34,0	182	77,4
Não	25	10,6	28	11,9	53	22,6
<b>Gravidez desejada</b>						
Sim	125	53,2	101	43,0	226	96,2
Não	2	0,9	7	3,0	9	3,8
<b>Idade gestacional</b>						
< 37 semanas	83	35,4	84	35,7	167	71,1
≥ 37 semanas	44	18,7	24	10,2	68	28,9
<b>Local de vigilância</b>						
Maternidade	81	34,5	83	35,3	164	69,8
Maternidade e outros locais	46	19,6	25	10,6	71	30,2
<b>Frequência de curso de preparação para o parto/ parentalidade</b>						
Sim	55	23,4	8	3,4	63	26,8
Não	72	30,6	100	42,6	172	73,2

**Em síntese:**

- a) No total da amostra, verificamos que a maioria das mulheres não se encontrava grávida pela primeira vez, tendo 54,5% da amostra, pelo menos, uma gravidez anterior;
- b) Relativamente à história obstétrica, constatámos que 38 (16,17%) do total dos elementos da amostra tiveram uma experiência prévia de aborto espontâneo/morte fetal, e 13 (5,53%) tinham história de uma interrupção médica e/ou voluntária da gravidez;
- c) Quanto ao número de partos, a maioria das mulheres nunca tinha vivido esta experiência anteriormente (56,3%). Das grávidas com partos anteriores, na sua maioria tinham tido apenas um (38,7%) e apurámos a existência de um único elemento da amostra com história de três partos anteriores;
- d) Uma ligeira maioria das grávidas teve apenas partos eutócicos anteriores (50,5%), ao passo que as restantes 49,5% das mulheres da amostra tiveram partos distócicos;
- e) A gravidez foi planeada pela maioria dos elementos da amostra (77,4%), sendo mais frequentemente planeada pelas nulíparas (43,4%). Embora não tenha sido planeada em todos os casos, a gravidez era maioritariamente desejada pelas participantes do estudo (96,2%);
- f) A idade gestacional variou entre 27 a 41 semanas de gestação, encontrando-se, a maioria dos elementos da amostra, abaixo das 37 semanas de gravidez (71,1%);
- g) O local de vigilância preferido por 69,8% das grávidas foi, unicamente, a maternidade, sendo este o local mais escolhido, quer pelas nulíparas (34,5%), quer pelas múltíparas (35,3%);
- h) Relativamente aos cursos de preparação para o parto, a grande maioria das participantes não se encontrava a frequentar (73,2%) no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados. Das grávidas a frequentar estes cursos, 23,4% (a maioria) eram nulíparas.

### 2.1.2. Caracterização da amostra quanto à Percepção do Apoio Social

No presente estudo, como abordado na metodologia, optou-se por dividir a Escala do Apoio Social em três subescalas, sendo o valor global do Apoio Social a soma das dimensões, sendo que quanto maior o valor obtido, maior a percepção do apoio social na grávida. Podemos observar estes dados através do Quadro 40).

Em termos globais, o valor mínimo obtido foi de 41 e o máximo 95, com uma média de  $83,94 \pm 11,03$ . Verificamos que no grupo das nulíparas a média do score total na escala de apoio social foi superior à das múltíparas ( $\bar{x} = 85,18 \pm 9,96$  vs  $\bar{x} = 82,50 \pm 12,04$ ).

Analisando as dimensões da escala, relativamente ao *Apoio emocional e Informação*, os valores oscilam entre um mínimo de 14 e um máximo de 40, com média  $35,02 \pm 5,32$ . O valor médio encontrado nesta subescala é ligeiramente superior nas nulíparas.

Quanto à dimensão *Função afetiva e Interação social positiva* obtivemos valores mínimos (17) e máximos (35) idênticos em ambos os grupos, sendo a média desta subescala  $31,91 \pm 3,84$ . Comparando os dois grupos, o valor médio é, igualmente, ligeiramente superior nas nulíparas.

Na dimensão *Apoio Material*, tal como nas anteriores, o valor médio obtido foi superior nas nulíparas ( $\bar{x} = 17,21 \pm 2,60$  vs  $\bar{x} = 16,75 \pm 3,10$ ). Obtivemos, nesta dimensão um valor mínimo de 8 e o máximo 20, com média  $17 \pm 2,84$ . Ou seja, esta foi a dimensão da escala com menor pontuação obtida.

**Quadro 40** – Caracterização do valor global da escala de apoio social e suas dimensões em função da existência de parto anterior

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	$\bar{x}$	<b>Dp</b>
<b>Total da Escala de Apoio Social</b>					
Nulíparas	126	41	95	85,18	9,96
Múltiparas	109	46	95	82,50	12,04
Total	235	41	95	83,94	11,03
<b>Apoio emocional e informação</b>					
Nulíparas	126	14	40	35,75	4,80
Múltiparas	109	18	40	34,20	5,78
Total	235	14	40	35,03	5,32
<b>Função afetiva e interação social positiva</b>					
Nulíparas	126	17	35	32,22	3,52
Múltiparas	109	17	35	31,55	4,17
Total	235	17	35	31,91	3,84
<b>Apoio material</b>					
Nulíparas	126	8	20	17,21	2,60
Múltiparas	109	8	20	16,75	3,10
Total	235	8	20	17,00	2,84

### 2.1.3. Caracterização da amostra relativamente ao Medo do Parto

No nosso estudo verificámos ser necessário trabalhar a Escala da Expectativa/Experiência do Parto (W-DEQ) em duas subescalas distintas, os Sentimentos positivos no trabalho de parto e os Sentimentos negativos no trabalho de parto, integrando cada uma destas subescalas, duas dimensões.

Assim sendo, temos em conta os valores globais das subescalas obtidos pela soma das dimensões respetivas, considerando que, quanto maior o score obtido – o qual pode oscilar entre 0 e 155 – maior foi o medo do parto manifestado pelas grávidas. Para melhor compreensão dos dados apresentados neste subcapítulo podemos confrontar com o Quadro 41.

Analisando a dimensão *Sentimentos perante o trabalho de parto*, temos um valor mínimo 0 e máximo de 54, com média  $29,65 \pm 9,04$ . O valor médio obtido é, ligeiramente, superior no grupo das nulíparas ( $\bar{x} = 30,18 \pm 8,04$  vs  $\bar{x} = 29,03 \pm 10,08$ ).

Por outro lado, na dimensão *Sentimentos no momento do parto*, o valor médio obtido foi ligeiramente superior no grupo das múltiparas ( $\bar{x} = 14,04 \pm 7,38$  vs  $\bar{x} = 13,27 \pm 6,34$ ). Obtivemos, nesta dimensão, 1 como valor mínimo e máximo 35, média  $13,63 \pm 6,84$ .

O valor global da subescala *Sentimentos positivos no trabalho de parto* teve um mínimo de 4 e máximo de 89, com média  $43,27 \pm 14,13$ , na nossa amostra. Comparando os grupos nulíparas vs múltiparas, podemos constatar que os valores médios obtidos nesta subescala foram muito aproximados.

Na dimensão *Sentimentos de pânico* temos um valor mínimo de 6 e um máximo de 45, com média  $31,89 \pm 5,67$ . As múltiparas da amostra apresentam uma média ligeiramente superior nesta dimensão comparativamente com as nulíparas ( $\bar{x} = 32,57 \pm 5,55$  vs  $\bar{x} = 31,31 \pm 5,74$ ).

Quanto à dimensão *Sentimentos de ansiedade*, os valores oscilam entre um mínimo de 0 e o máximo de 20, com média  $10,99 \pm 3,57$ . Tal como na dimensão anterior, a média obtida pelas grávidas múltiparas foi ligeiramente superior à das nulíparas ( $\bar{x} = 11,52 \pm 3,35$  vs  $\bar{x} = 10,53 \pm 3,71$ ).

Relativamente ao valor global da subescala *Sentimentos negativos no trabalho de parto*, obtivemos um valor mínimo de 6 e o máximo de 65, com média  $42,89 \pm 7,64$ . O valor

médio da subescala foi superior no grupo das multíparas ( $\bar{x} = 44,09 \pm 7,14$  vs  $\bar{x} = 41,84 \pm 7,93$ ).

**Quadro 41** – Caracterização das dimensões da escala W-DEQ em função da existência de parto anterior

	N	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp
<b>Sentimentos perante o trabalho de parto</b>					
Nulíparas	126	3	48	30,18	8,04
Multíparas	109	0	54	29,03	10,08
Total	235	0	54	29,65	9,04
<b>Sentimentos no momento do parto</b>					
Nulíparas	126	1	35	13,27	6,34
Multíparas	109	2	35	14,04	7,38
Total	235	1	35	13,63	6,84
<b>Valor global – Sentimentos positivos no trabalho de parto</b>					
Nulíparas	126	12	77	43,45	12,32
Multíparas	109	4	89	43,06	16,02
Total	235	4	89	43,27	14,13
<b>Sentimentos de pânico</b>					
Nulíparas	126	6	45	31,31	5,74
Multíparas	109	15	45	32,57	5,55
Total	235	6	45	31,89	5,67
<b>Sentimentos de ansiedade</b>					
Nulíparas	126	0	20	10,53	3,71
Multíparas	109	2	20	11,52	3,35
Total	235	0	20	10,99	3,57
<b>Valor global – Sentimentos negativos no trabalho de parto</b>					
Nulíparas	126	6	60	41,84	7,93
Multíparas	109	22	65	44,09	7,14
Total	235	6	65	42,89	7,64

#### 2.1.4. Caracterização das grávidas da amostra quanto ao nível de empowerment

A Escala do Empowerment da Grávida foi validada tendo em conta as cinco dimensões consideradas pelas autoras, deste modo, o valor global do empowerment é calculado pela soma dos valores das dimensões. Sendo que, quanto maior o valor obtido, maior o nível de empowerment apresentado pela grávida. Podemos observar os dados da nossa amostra através do Quadro 42.

Em termos globais vemos que as múltiparas apresentaram uma média de empowerment ligeiramente superior comparada com o nível médio obtido pelas nulíparas da amostra ( $\bar{x} = 84,18 \pm 8,01$  vs  $\bar{x} = 83,01 \pm 8,56$ ). O valor global da escala varia entre o mínimo de 61 e o máximo de 105, com média de  $83,55 \pm 8,31$ .

Na dimensão *Autoeficácia* encontramos um valor mínimo de 12 e o máximo de 24 com média  $16,70 \pm 2,35$ . Os valores médios dos dois grupos, nesta subescala, são muito próximos.

Quanto à dimensão *Imagem Futura* verificamos que a média do empowerment nas grávidas múltiparas é ligeiramente superior à das nulíparas ( $\bar{x} = 19,55 \pm 2,56$  vs  $\bar{x} = 18,74 \pm 2,11$ ). Nesta subescala, o valor obtido oscilou entre 12 e 24 com média de  $19,11 \pm 2,17$ .

Relativamente à dimensão *Autoestima*, o valor mínimo e máximo foram, respetivamente, 16 e 28, com média  $21,65 \pm 2,33$ . A média do empowerment nesta subescala foi aproximada nos dois grupos.

A subescala *Apoio e garantias dos outros* obteve um valor mínimo de 8 e o máximo de 16 com média  $12,90 \pm 1,60$ . O valor médio de empowerment nesta dimensão foi ligeiramente superior nas nulíparas ( $\bar{x} = 13,01 \pm 1,70$  vs  $\bar{x} = 12,78 \pm 1,47$ ).

Por último, na dimensão *Alegria de uma adição à família* verificamos que o valor médio dos dois grupos é igualmente aproximado. O valor mínimo nesta subescala foi de 8 e o máximo 16, tendo sido a média  $13,09 \pm 1,71$ .

Ou seja, apesar dos valores médios de empowerment das múltiparas e nulíparas, encontrados nas várias dimensões serem muito próximos, verificamos uma tendência para um nível de empowerment superior nas múltiparas da amostra.

**Quadro 42** – Caracterização do valor global da escala do empowerment na grávida e suas dimensões, em função da existência de parto anterior

	N	Min.	Máx.	$\bar{x}$	Dp
<b>Valor global – Empowerment</b>					
Nulíparas	126	61	104	83,01	8,56
Múltiparas	109	61	105	84,18	8,01
Total	235	61	105	83,55	8,31
<b>Autoeficácia</b>					
Nulíparas	126	12	23	16,58	2,30
Múltiparas	109	12	24	16,84	2,40
Total	235	12	24	16,70	2,35
<b>Imagem futura</b>					
Nulíparas	126	13	24	18,74	2,11
Múltiparas	109	12	24	19,55	2,16
Total	235	12	24	19,11	2,17
<b>Autoestima</b>					
Nulíparas	126	16	27	21,56	2,45
Múltiparas	109	16	28	21,74	2,20
Total	235	16	28	21,65	2,33
<b>Apoio e garantias dos outros</b>					
Nulíparas	126	8	16	13,01	1,70
Múltiparas	109	9	16	12,78	1,47
Total	235	8	16	12,90	1,60
<b>Alegria de uma adição à família</b>					
Nulíparas	126	8	16	13,12	1,81
Múltiparas	109	9	16	13,27	1,59
Total	235	8	16	13,19	1,71

## 2.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Procedemos neste capítulo à análise inferencial dos dados obtidos tendo em conta as questões de investigação definidas anteriormente. Procurando verificar, através dos testes estatísticos adequados, a validade das questões elaboradas e, conseqüentemente retirar considerações acerca da existência ou não de relações estatisticamente significativas entre as variáveis.

**Questão 1** – *Que variáveis sociodemográficas tem influência sobre o empowerment da grávida no último trimestre da gestação?*

### Relação entre a idade e o empowerment da grávida

Com o intuito de verificar a relação estatística entre a idade e o empowerment da grávida, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney.

Pela análise das ordenações médias obtidas verificamos que estas são ligeiramente superiores nas grávidas com idade  $\leq 35$  anos no total do empowerment, bem como nas várias dimensões desta variável, à exceção da dimensão *Imagem Futura*. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 4).

**Tabela 4** – Teste U de Mann-Whitney: associação entre os grupos de idade e o empowerment da grávida

	$\leq 35$ anos (n=178)	$\geq 36$ anos (n=58)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	120,19	111,15	4682,50	0,377
<b>Imagem futura</b>	116,31	123,27	4772,50	0,496
<b>Autoestima</b>	118,39	116,77	5003,00	0,874
<b>Apoio e garantias de outros</b>	119,37	113,74	4830,00	0,579
<b>Alegria de uma adição à família</b>	118,44	116,63	4995,00	0,859

<b>Empowerment</b>	118,63	116,02	4960,00	0,800
--------------------	--------	--------	---------	-------

Mann-Whitney

### Relação entre o estado civil e o empowerment

Tendo como finalidade estudar a relação entre o estado civil e o empowerment das grávidas da amostra, recorreremos igualmente, ao Teste U de Mann-Whitney.

Constata-se, pela análise da Tabela 5, que apenas na dimensão *Imagem Futura* as ordenações médias obtidas foram superiores no grupo de grávidas sem companheiro, pelo que, nas restantes dimensões e no total do empowerment, a médias foram superiores nas grávidas com companheiro. Ainda assim, não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre o estado civil e o empowerment.

**Tabela 5** – Teste U de Mann-Whitney: associação entre os grupos do estado civil e o empowerment da grávida

	Sem companheiro (n=76)	Com companheiro (n=159)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	121,34	116,41	5788,50	0,599
<b>Imagem futura</b>	110,86	121,41	5499,50	0,261
<b>Autoestima</b>	121,28	116,43	5792,50	0,605
<b>Apoio e garantias de outros</b>	121,38	116,39	5785,50	0,591
<b>Alegria de uma adição à família</b>	120,66	116,73	5840,00	0,673
<b>Empowerment</b>	118,56	117,73	5999,50	0,930

Mann-Whitney

### Relação entre o nível de escolaridade e o empowerment da grávida

Para testar a associação entre o nível de escolaridade e o empowerment recorremos ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis.

Verificamos que as médias obtidas mais elevadas variam consoante a dimensão. Assim sendo, temos que nas dimensões *Autoeficácia* e *Alegria de uma adição à família*, a média é superior no grupo das grávidas com ensino básico. As grávidas com ensino secundário obtiveram maiores valores de média nas restantes dimensões, bem como no total do empowerment. Pelo que, constatamos que o grupo das grávidas com ensino superior ficou aquém dos outros grupos em qualquer uma das dimensões do empowerment.

Muito embora, em todo o caso, não encontramos uma relação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre o nível de escolaridade e o empowerment da grávida (cf. Tabela 6).

**Tabela 6** – Teste Kruskal Wallis: associação entre os grupos de escolaridade e o empowerment da grávida

	Ensino básico (n=52)	Ensino secundário (n=70)	Ensino superior (n=113)	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	127,57	121,26	111,58	2,243	0,326
<b>Imagem futura</b>	113,14	123,45	116,86	0,764	0,683
<b>Autoestima</b>	110,50	125,99	116,50	1,689	0,430
<b>Apoio e garantias de outros</b>	110,19	129,26	114,62	3,012	0,222
<b>Alegria de uma adição à família</b>	131,97	118,28	111,40	3,380	0,184
<b>Empowerment</b>	118,80	124,30	113,73	1,056	0,590

Kruskal Wallis

### Relação entre o nível socioeconómico e o empowerment

Do mesmo modo que para os níveis de escolaridade, recorremos ao teste de Kruskal Wallis para testar a relação entre o nível socioeconómico e o empowerment da grávida no terceiro trimestre.

Através da análise da Tabela 7 onde são apresentados os dados dos grupos do rendimento mensal familiar e sua relação com o empowerment, verificamos que apenas na dimensão Autoestima se encontra uma média superior no grupo com rendimento mensal entre os 1000 e os 1500 euros. No total do empowerment, bem como nas outras dimensões do mesmo, as médias são superiores no grupo de grávidas com rendimento mensal familiar entre os 500 e os 1000 euros.

Não encontramos, contudo, uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 7** – Teste Kruskal Wallis: associação entre os grupos de rendimento mensal e o empowerment da grávida

	< 500 (n=26)	500-1000 (n=80)	1000-1500 (n=70)	> 1500 (n=59)	$\chi^2$	p
	OM	OM	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	108,10	122,57	114,45	120,38	1,200	0,753
<b>Imagem futura</b>	100,88	123,63	117,14	118,93	2,268	0,519
<b>Autoestima</b>	94,69	116,21	127,55	119,36	4,608	0,203
<b>Apoio e garantias de outros</b>	99,08	126,00	113,26	121,12	3,741	0,291
<b>Alegria de uma adição à família</b>	114,94	129,83	108,94	114,05	4,058	0,255
<b>Empowerment</b>	99,81	124,63	115,87	119,56	2,727	0,436

Kruskal Wallis

**Questão 2** – Que relação existe entre as variáveis de contexto obstétrico e o empowerment da grávida?

### Relação entre a existência ou não de gravidez anterior e o empowerment

Com vista a testar a associação entre a existência de gravidez anterior e o empowerment, recorreremos ao Teste *t* de Student para amostras independentes.

Através da observação da Tabela 8, verificamos que as médias obtidas são superiores em todas as dimensões, bem como no total do empowerment das participantes com gravidez anterior, tendo encontrado diferenças estatísticas altamente significativas na dimensão *Imagem Futura* ( $t=3,615$ ;  $p < 0,001$ ). Pelo que podemos afirmar que a **existência de gravidez anterior** influencia a dimensão *Imagem futura* do empowerment da grávida (cf. Tabela 8).

**Tabela 8** – Teste *t* de Student: associação entre a existência ou não de gravidez anterior e o empowerment

	Com gravidez anterior (n=128)		Sem gravidez anterior (n=107)		Levene's p	t	p
	$\bar{x}$	Dp	$\bar{x}$	Dp			
<b>Autoeficácia</b>	16,80	2,345	16,58	2,351	0,889	0,732	0,465
<b>Imagem futura</b>	19,57	2,110	18,57	2,115	0,785	<b>3,615</b>	<b>0,000</b>
<b>Autoestima</b>	21,82	2,193	21,44	2,481	0,246	1,249	0,213
<b>Apoio e garantias de outros</b>	12,95	1,510	12,84	1,705	0,135	0,534	0,594
<b>Alegria de uma adição à família</b>	13,34	1,544	13,00	1,873	0,150	1,542	0,124
<b>Empowerment</b>	84,49	7,833	82,43	8,751	0,911	1,905	0,058

*t* de Student

### Relação entre a existência de parto anterior e o empowerment da grávida

Do mesmo modo que para a variável anterior, utilizamos o teste *t* de Student para amostras independentes de modo a verificar a relação entre a existência de partos anteriores e o empowerment da grávida no terceiro trimestre.

Pela análise da Tabela 9, podemos observar que, à exceção da dimensão *Apoio e garantias de outros*, as médias obtidos nas várias dimensões e no total do empowerment, são superiores nas grávidas com parto(s) anterior(es). Encontramos uma diferença estatística altamente significativa uma vez mais, na dimensão *Imagem futura* ( $t=-2,913$ ;  $p<0,01$ ), o que nos permite afirmar que a **existência de parto anterior** influencia esta dimensão do empowerment da grávida.

**Tabela 9** – Teste *t* de Student: associação entre a existência ou não de parto anterior e o empowerment

	Sem parto anterior (n=126)		Com parto anterior (n=109)		Levene's p	t	p
	$\bar{x}$	Dp	$\bar{x}$	Dp			
<b>Autoeficácia</b>	16,58	2,303	16,84	2,397	0,560	-0,862	0,389
<b>Imagem futura</b>	18,74	2,106	19,55	2,162	0,948	<b>-2,913</b>	<b>0,004</b>
<b>Autoestima</b>	21,56	2,448	21,74	2,196	0,220	-0,588	0,557
<b>Apoio e garantias de outros</b>	13,01	1,704	12,78	1,468	0,120	1,091	0,277
<b>Alegria de uma adição à família</b>	13,12	1,805	13,27	1,591	0,324	-0,658	0,511
<b>Empowerment</b>	83,01	8,559	84,18	8,005	0,470	-1,082	0,280

*t* Student

### Relação entre o tipo de partos e o empowerment da grávida

Tendo como objetivo verificar a relação entre o tipo de partos anteriores e o empowerment da grávida, recorremos ao teste *t* de Student para amostras independentes.

Através da observação e análise da Tabela 10, verificamos que não se existem diferenças estatisticamente significativas em qualquer das dimensões do empowerment, bem como no global da escala relativamente à variável “tipo de parto” ( $p > 0,05$ ).

Podemos ainda constatar que as médias dos dois grupos (parto eutócico e distócico) são muito aproximadas. Tendo encontrado a maior diferença de médias na dimensão *Autoeficácia*, a qual é superior no grupo das grávidas com história de parto anterior distócico.

**Tabela 10** – Teste *t* de Student: associação entre o tipo de parto e o empowerment

	Parto eutócico (n=55)		Parto distócico (n=54)		Levene's p	t	p
	$\bar{x}$	Dp	$\bar{x}$	Dp			
<b>Autoeficácia</b>	16,49	2,185	17,20	2,565	0,316	-1,563	0,121
<b>Imagem futura</b>	19,56	2,097	19,54	2,246	0,560	0,064	0,949
<b>Autoestima</b>	21,67	2,100	21,81	2,307	0,690	-0,336	0,737
<b>Apoio e garantias de outros</b>	12,73	1,353	12,83	1,587	0,213	-0,376	0,708
<b>Alegria de uma adição à família</b>	13,24	1,478	13,30	1,712	0,177	-0,196	0,845
<b>Empowerment</b>	83,69	7,159	84,69	8,823	0,122	-0,647	0,519

*t* Student

### Relação entre a ocorrência de uma gravidez planeada e o empowerment da grávida no terceiro trimestre

Recorremos, igualmente, ao teste U de Mann-Whitney para testar a relação entre o facto de a gravidez ser planeada e o empowerment da grávida.

Verificamos uma tendência para médias superiores nas várias dimensões da escala, tal como para o seu valor global, nas mulheres com gravidez planeada, à exceção da dimensão Imagem Futura. Contudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 11).

**Tabela 11** – Teste U de Mann-Whitney: associação entre a ocorrência de uma gravidez planeada e o empowerment

	Gravidez planeada (n=182)	Gravidez não planeada (n=53)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	119,99	111,16	4460,50	0,401
<b>Imagem futura</b>	117,05	121,25	4651,00	0,690
<b>Autoestima</b>	119,62	112,44	4528,50	0,495
<b>Apoio e garantias de outros</b>	118,48	116,37	4736,50	0,839
<b>Alegria de uma adição à família</b>	118,60	115,94	4714,00	0,799
<b>Empowerment</b>	119,21	113,86	4603,50	0,614

Mann-Whitney

### Relação entre a existência de uma gravidez desejada e o empowerment

Tal como na variável anterior, o teste U de Mann-Whitney foi o utilizado para verificar a relação entre a gravidez desejada e o empowerment da grávida no terceiro trimestre.

Pela análise da Tabela 12, podemos constatar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ( $p > 0,05$ ). Ainda assim, verificam-se médias superiores nas diferentes dimensões, assim como no valor global da escala, no grupo de grávidas que caracterizam a sua gravidez como desejada. Encontramos, apenas, uma exceção a esta tendência na dimensão *Autoeficácia*.

**Tabela 12** – Teste U de Mann-Whitney: associação entre uma gravidez desejada e o empowerment

	Gravidez desejada (n=226)	Gravidez não desejada (n=9)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	117,84	122,00	981,00	0,856
<b>Imagem futura</b>	119,06	91,44	778,00	0,227
<b>Autoestima</b>	118,09	115,83	997,50	0,922
<b>Apoio e garantias de outros</b>	118,96	94,00	801,00	0,270
<b>Alegria de uma adição à família</b>	119,35	84,06	711,50	0,120
<b>Empowerment</b>	118,52	104,94	899,50	0,556

Mann-Whitney

### Relação entre o local de vigilância da gravidez e o empowerment

Através da análise da Tabela 13, verificamos que para todas as dimensões e valor global do empowerment, as médias são superiores no caso das grávidas seguidas apenas na maternidade, comparativamente com o grupo de grávidas cuja vigilância da gravidez se processa em outros locais para além da maternidade como os centros de saúde e consultórios privados. Contudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

O teste estatístico utilizado para avaliar a relação entre o local de vigilância da gravidez e o empowerment foi o Teste U de Mann-Whitney.

**Tabela 13** – Teste U de Mann-Whitney: associação entre o local de vigilância da gravidez e o empowerment

	Maternidade (n=164)	Maternidade e outros (n=71)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	118,93	115,85	5669,00	0,747
<b>Imagem futura</b>	120,67	111,83	5384,00	0,355
<b>Autoestima</b>	118,52	116,81	5737,50	0,858
<b>Apoio e garantias de outros</b>	118,83	116,08	5686,00	0,772
<b>Alegria de uma adição à família</b>	118,41	117,04	5754,00	0,885
<b>Empowerment</b>	119,48	114,57	5578,50	0,610

Mann-Whitney

### Relação entre a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade e o empowerment da grávida

Com recurso ao teste estatístico U de Mann-Whitney, verificámos a relação entre a frequência de um curso de preparação para o parto e parentalidade e o nível de empowerment da grávida no último trimestre de gestação.

À exceção da dimensão *Apoio e garantias de outros*, as médias de empowerment encontradas foram superiores nas grávidas sem preparação para o parto (cf. Tabela 14, **APÊNDICE VII**). Porém, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na relação entre as variáveis ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 14** – Teste U de Mann-Whitney: associação entre a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade e o empowerment

	Com preparação para o parto (n=63)	Sem preparação para o parto (n=172)	UMW	p
	OM	OM		
<b>Autoeficácia</b>	116,50	118,55	5323,50	0,836
<b>Imagem futura</b>	104,94	122,78	4595,50	0,072
<b>Autoestima</b>	116,00	118,73	5292,00	0,783
<b>Apoio e garantias de outros</b>	121,92	116,56	5171,00	0,585
<b>Alegria de uma adição à família</b>	112,63	119,97	5080,00	0,456
<b>Empowerment</b>	113,60	119,61	5140,50	0,547

Mann-Whitney

**Questão 3** – *Que variáveis psicossociais determinam o empowerment da grávida no último trimestre da gestação?*

Dada a composição em diferentes dimensões das variáveis psicossociais incluídas no nosso estudo (percepção de apoio social e expectativa do parto), bem como da nossa variável dependente, de modo a verificar a relação entre as variáveis independentes e o empowerment da grávida no terceiro trimestre de gestação, recorreremos à análise de regressão múltipla. Este tipo de teste estatístico usa-se quando pretendemos analisar em simultâneo uma variável dependente (endógena) e duas ou mais variáveis independentes (exógenas), todas de natureza quantitativa.

O método de estimação usada foi o *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Na tabela 15 são apresentadas as correlações entre a autoeficácia e as variáveis independentes. Notamos que os valores correlacionais são ínfimos, oscilando entre ( $r=0,012$ ) no fator *Apoio emocional e Informação* e ( $r= - 0,131$ ) no fator *Função afetiva e interação social positiva*.

Verificamos também que as variáveis *Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Sentimentos no momento do parto* e *Sentimentos positivos no trabalho de parto* estabelecem relações inversas e as restantes diretas, sendo significativas apenas para *Sentimentos perante o trabalho de parto* e *Sentimentos positivos no trabalho de parto*. Inferimos assim que quanto menores os índices nas variáveis em que as correlações são diretas e maiores nas inversas menor é a *Autoeficácia*.

**Tabela 15** – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Autoeficácia e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Apoio emocional e informação	0,012	0,427
Função afetiva e interação social positiva	0,024	0,357
Apoio material	0,024	0,359
Apoio social – valor global	0,020	0,379
Sentimentos perante o trabalho de parto	-0,131	<b>0,022</b>
Sentimentos no momento do parto	-0,082	0,104
Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,124	<b>0,029</b>
Sentimentos de pânico	0,073	0,131
Sentimentos de ansiedade	0,103	0,058
Sentimentos negativos no trabalho de parto – valor global	0,103	0,059

A única variável a entrar no modelo de regressão e a que se revelou como preditora da Autoeficácia, foi a dimensão *Sentimentos positivos no trabalho de parto*. Esta variável explica apenas 1,7% da sua variabilidade sendo que o erro padrão de regressão, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados autoeficácia é de 2,330.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de *t*, dado apresentar significância estatística, permite afirmar que os Sentimentos positivos no trabalho de parto influenciam a Autoeficácia.

Pelo coeficiente padronizado beta aferimos que os *Sentimentos positivos no trabalho de parto* estabelecem uma relação inversa com a *Autoeficácia*, inferindo-se assim que quanto mais elevada a cotação nesta variável, menor a autoeficácia. Logo, dada a cotação inversa da escala, quanto maior a cotação obtida, menores os sentimentos positivos no trabalho de parto e menor a autoeficácia (cf. **Quadro 43**).

O modelo final ajustado para a Autoeficácia é dado então pela seguinte fórmula:

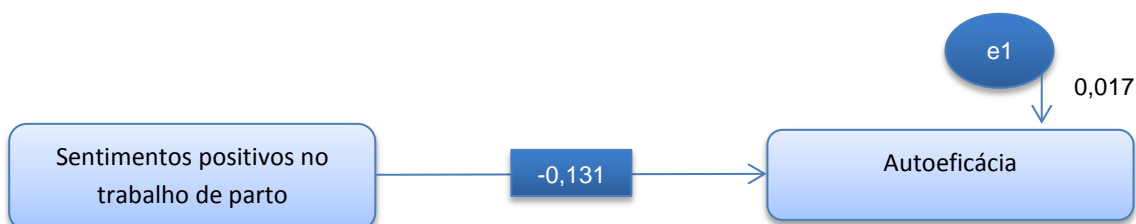
$$\text{Autoeficácia} = 17,712 + (-0,034 \text{ Sentimentos positivos no trabalho de parto})$$

**Quadro 43** – Regressão múltipla entre a dimensão Autoeficácia da grávida e as variáveis psicossociais

Variável dependente: <b>Autoeficácia</b>					
r = 0,131		Incremento de $r^2 = 0,017$			
$r^2 = 0,017$		F = 4,089			
$r^2$ Ajustado = 0,013		p = 0,044			
Erro padrão da estimativa = 2,330					
Pesos de Regressão					
Variável independente	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	17,712				
Sentimentos positivos no trabalho de parto	-0,034	-0,131	-2,022	0,044	
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
Regressão	22,201	1	22,201		
Residual	1264,948	233	5,429	4,089	0,044
Total	1287,149	234			

A **Figura 2** sintetiza a relação de dependência entre a variável preditora, cujo coeficiente padronizado é de ( $\beta = -0,131$ ) e a autoeficácia.

**Figura 2** – Gráfico da dimensão Autoeficácia em função dos Sentimentos positivos no trabalho de parto



Na continuação do estudo, verificamos através da **Tabela 16**, que as correlações entre a dimensão *Imagem futura* e as variáveis psicossociais são igualmente ínfimas, oscilando entre ( $r=0,061$ ) no *Apoio material* e ( $r=0,299$ ) nos *Sentimentos de pânico*.

Constatamos ainda a existência de relações inversas entre as variáveis *Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Sentimentos no momento do parto* e *Sentimentos positivos no trabalho de parto* e a variável dependente, o que nos permite afirmar que quanto mais elevados os índices nas variáveis com relação inversa e menor nas restantes, pior é a Imagem futura. Encontramos diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis à exceção da *Função afetiva e interação social positiva*, *Apoio material* e para o valor global do *Apoio Social*.

**Tabela 16** – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Imagem Futura e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Apoio emocional e informação	0,135	<b>0,019</b>
Função afetiva e interação social positiva	0,066	0,155
Apoio material	0,061	0,176
Apoio social – valor global	0,104	0,056
Sentimentos perante o trabalho de parto	-0,241	<b>0,000</b>
Sentimentos no momento do parto	-0,160	<b>0,007</b>
Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,232	<b>0,000</b>
Sentimentos de pânico	0,299	<b>0,000</b>
Sentimentos de ansiedade	0,128	<b>0,025</b>
Sentimentos negativos no trabalho de parto – valor global	0,282	<b>0,000</b>

No **Quadro 44**, apresentamos o modelo de regressão múltipla para a variável dependente *Imagem Futura*, onde podemos verificar que, relativamente a esta variável,

encontramos duas variáveis preditoras, os *Sentimentos de pânico* bem como os *Sentimentos positivos no trabalho de parto*. Estas variáveis explicam 10,6% da variabilidade da Imagem futura, sendo que o erro padrão da regressão para a variável dependente é de 2,057.

Sendo o teste F estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ), rejeitamos a nulidade entre as variáveis em estudo. Do mesmo modo, os valores de *t* apresenta-se como estatisticamente significativo, o que nos permite afirmar que os *Sentimentos de pânico* e os *Sentimentos positivos no trabalho de parto* influenciam a *Imagem futura*.

De acordo com a análise de coeficiente padronizado beta constatamos que existe uma relação direta entre as variáveis *Sentimentos de pânico* ( $\beta = 0,247$ ) e *Imagem futura*. Logo, quanto maiores os sentimentos de pânico, maior é a *Imagem futura*.

O mesmo não acontece com os *Sentimentos positivos no trabalho de parto*, os quais estabelecem uma relação inversa com a *Imagem futura* ( $\beta = -0,138$ ). Assim sendo, quanto mais elevada a cotação nesta variável, pior a *Imagem futura*, ou seja, quanto menores os sentimentos positivos no trabalho de parto, pior a *imagem futura*.

Consideramos, então, através da seguinte fórmula, o modelo final ajustado para a *Imagem futura*:

**Imagem futura** = 15,468 + (0,094 *Sentimentos de pânico*) + (- 0,021 *Sentimentos positivos no trabalho de parto*)

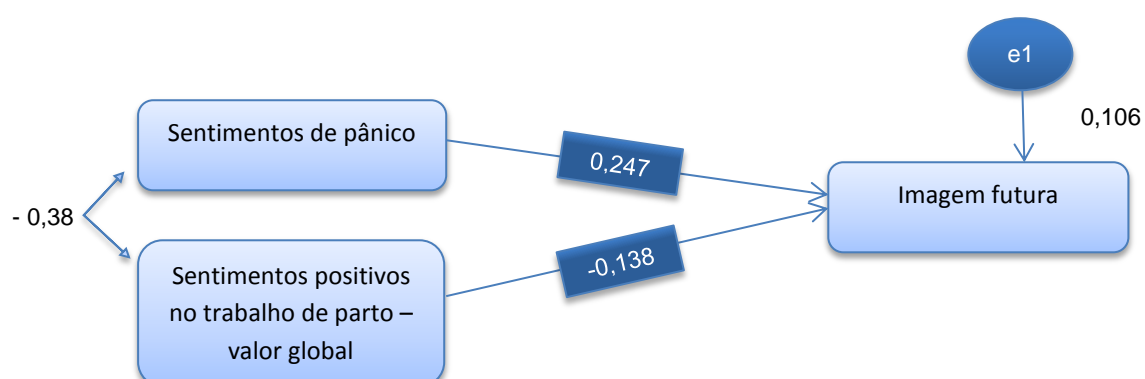
**Quadro 44** – Regressão múltipla entre a dimensão *Imagem futura* da grávida e as variáveis psicossociais

Variável dependente: <b>Imagem futura</b>	
r = 0,325	Incremento de $r^2 = 0,016$
$r^2 = 0,106$	F = 4,224
$r^2$ Ajustado = 0,098	p = 0,041
Erro padrão da estimativa = 2,057	
<b>Pesos de Regressão</b>	

Variável independente	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	15,468				
Sentimentos de pânico	0,094	0,247	3,681	0,000	
Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,021	-0,138	-2,055	0,041	
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
Regressão	116,313	2	58,157	13,745	0,000
Residual	981,585	232	4,231		
Total	1097,898	234			

A figura 3 apresenta o modelo ajustado com os coeficientes padronizados para a Imagem futura em função dos Sentimentos de pânico e dos Sentimentos positivos no trabalho de parto. O coeficiente para os sentimentos de pânico é positivo, sendo de ( $\beta=0,247$ ) e para os sentimentos positivos no trabalho de parto é negativo ( $\beta=-0,138$ ). Como podemos verificar, a correlação entre as variáveis independentes é negativa ( $r=-0,38$ ) mas fraca.

**Figura 3** – Síntese das relações entre a dimensão do empowerment Imagem futura e as variáveis predictoras



Pela análise da **Tabela 17**, é possível verificar a existência de correlações ínfimas entre a dimensão Autoestima e as variáveis psicossociais, variando entre ( $r=0,141$ ) para a *Função afetiva e interação social positiva* e para os *Sentimentos de ansiedade* e ( $r=0,264$ ) para os *Sentimentos perante o trabalho de parto*. Apesar das correlações serem muito fracas, encontramos diferenças estatisticamente significativas na relação entre todas as variáveis psicossociais e a Autoestima.

Podemos ainda perceber a existência de relações inversas entre as variáveis *Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Sentimentos no momento do parto* e *Sentimentos positivos no trabalho de parto* e a variável dependente, pelo que, quanto mais elevadas as cotações nestas variáveis com relação inversa e menor naquelas com relação direta, menor é a Autoestima.

**Tabela 17** – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Autoestima e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Apoio emocional e informação	0,189	<b>0,002</b>
Função afetiva e interação social positiva	0,141	<b>0,016</b>
Apoio material	0,152	<b>0,010</b>
Apoio social – valor global	0,179	<b>0,003</b>
Sentimentos perante o trabalho de parto	-0,264	<b>0,000</b>
Sentimentos no momento do parto	-0,183	<b>0,002</b>
Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,257	<b>0,000</b>
Sentimentos de pânico	0,256	<b>0,000</b>
Sentimentos de ansiedade	0,141	<b>0,016</b>
Sentimentos negativos no trabalho de parto – valor global	0,256	<b>0,000</b>

Quanto à variável Autoestima, verificamos entrar no modelo de regressão múltipla, que apresentamos no **Quadro 45**, três variáveis psicossociais preditoras (*Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Apoio emocional e informação* e *Sentimentos negativos no*

trabalho de parto), cuja percentagem de variância explicada é de 12,4%. O erro padrão da regressão para a variável Autoestima é de 2,197.

Os testes F apresentam significância estatística pelo que rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas no modelo. Também os valores de t são estatisticamente significativos, logo, foi possível comprovar que os *Sentimentos perante o trabalho de parto*, o *Apoio material e informação* e os *Sentimentos negativos no trabalho de parto* influenciam a *Autoestima*.

Os valores do coeficiente padronizado beta permitem-nos verificar a existência de uma relação inversa entre os *Sentimentos perante o trabalho de parto* e a *Autoestima*. Logo, quanto maior a cotação da variável independente, menores os sentimentos perante o trabalho de parto (pelo modo de cotação da escala) e menor a autoestima.

Já em relação às variáveis *Apoio emocional e informação* e *sentimentos negativos no trabalho de parto*, encontramos uma relação direta com a autoestima. O que significa que a maiores índices nas variáveis mencionadas, estará associado uma maior autoestima.

O modelo final ajustado para a Autoestima é representado pela seguinte fórmula:

$$\text{Autoestima} = 23,662 + (-0,054 \text{ Sentimentos perante o trabalho de parto}) + (0,074 \text{ Apoio emocional e informação}) + (0,044 \text{ Sentimentos negativos no trabalho de parto})$$

**Quadro 45** – Regressão múltipla entre a dimensão Autoestima e as variáveis psicossociais

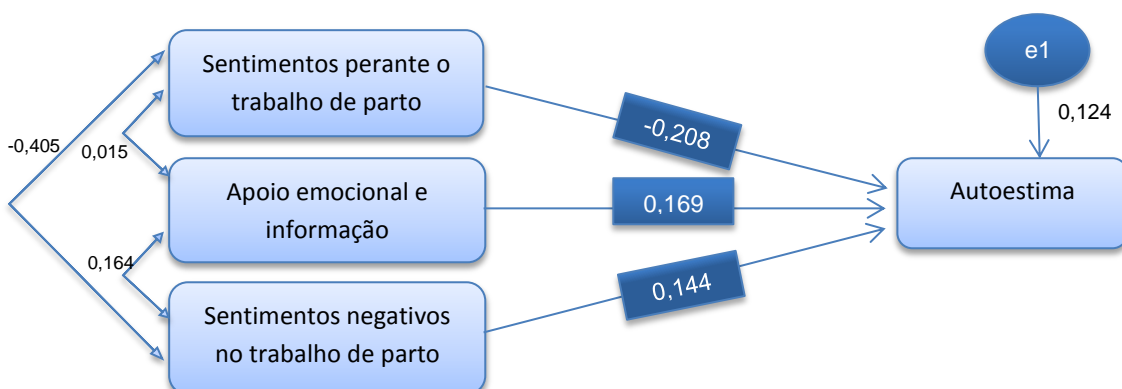
Variável dependente: <b>Autoestima</b>				
r= 0,351		Incremento de r <sup>2</sup> = 0,017		
r <sup>2</sup> = 0,124		F = 4,415		
r <sup>2</sup> Ajustado = 0,112		p = 0,037		
Erro padrão da estimativa = 2,197				
Pesos de Regressão				
Variável independente	Coeficiente B	Coeficiente padronizado	t	p
<b>Constante</b>	23,662			
<b>Sentimentos perante o trabalho de parto</b>	-0,054	-0,208	-3,072	0,002

<b>Apoio emocional e informação</b>	0,074	0,169	2,689	0,008	
<b>Sentimentos negativos no trabalho de parto</b>	0,044	0,144	2,101	0,037	
<b>Análise de variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma dos quadrados</b>	<b>GL</b>	<b>Média dos quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Regressão</b>	157,090	3	52,363	10,852	0,000
<b>Residual</b>	1114,595	231	4,825		
<b>Total</b>	1271,685	234			

A síntese das relações entre a variável Autoestima e as variáveis predictoras consta da Figura 4 apresentada em seguida. Como podemos verificar o coeficiente padronizado para os Sentimentos perante o trabalho de parto é negativo ( $\beta=-0,208$ ) e positivo no caso das outras variáveis ( $\beta=0,169$ ) para o Apoio emocional e informação e ( $\beta=0,144$ ) para os Sentimentos negativos no trabalho de parto.

Atentando nas correlações entre as variáveis independentes, constatamos que estas são ínfimas e positivas à exceção da correlação entre os Sentimentos perante o trabalho de parto e os Sentimentos negativos no trabalho de parto, a qual é negativa ( $r=-0,405$ ) mas fraca.

**Figura 4** – Gráfico do modelo ajustado para a Autoestima em função das variáveis predictoras



Relativamente à variável Apoio e garantias dos outros, verificamos que as correlações entre esta dimensão do empowerment e as variáveis independentes são mínimas, oscilando entre ( $r=0,038$ ) na variável *Sentimentos de ansiedade* e ( $r=0,315$ ) para o valor global da escala do *Apoio social*.

Tal como verificado nas correlações entre as anteriores variáveis dependentes e as psicossociais, apenas existem relações inversas entre as variáveis *Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Sentimentos no momento do parto* e *Sentimentos positivos no trabalho de parto* e a variável Apoio e garantias dos outros. Assim sendo, a cotações mais elevadas nestas variáveis com relação inversa e menores nas que apresentam relação direta, menor é o índice no Apoio e garantias dos outros.

Através da **Tabela 18** podemos ainda constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas relações entre todas as variáveis psicossociais e o Apoio e garantias dos outros, à exceção da variável *Sentimentos de ansiedade*.

**Tabela 18** – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Apoio e garantias dos outros e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Apoio emocional e informação	0,314	<b>0,000</b>
Função afetiva e interação social positiva	0,286	<b>0,000</b>
Apoio material	0,246	<b>0,000</b>
Apoio social – valor global	0,315	<b>0,000</b>
Sentimentos perante o trabalho de parto	-0,195	<b>0,001</b>
Sentimentos no momento do parto	-0,234	<b>0,000</b>
Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,238	<b>0,000</b>
Sentimentos de pânico	0,244	<b>0,000</b>
Sentimentos de ansiedade	0,038	0,281
Sentimentos negativos no trabalho de parto- valor global	0,199	<b>0,001</b>

No **Quadro 46** apresentamos o modelo de regressão múltipla para a variável Apoio e Garantias dos outros, tendo encontrado duas variáveis preditoras da variável dependente, o *Apoio social* (valor global) e os *Sentimentos positivos no trabalho de parto* (valor global), as quais explicam 15,3% da variabilidade do Apoio e garantias dos outros, sendo o erro padrão da regressão 1,478.

Dada a significância estatística dos testes F, rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas. Do mesmo modo, encontramos diferenças estatisticamente significativas para os valores de *t*, o que nos permite afirmar que o valor global do *Apoio social*, bem como os *Sentimentos positivos no trabalho de parto* influenciam o Apoio e garantias dos outros.

Através da análise dos valores do coeficiente padronizado beta, verificamos existir uma relação direta entre o Apoio social e a variável Apoio e garantias dos outros. Deste modo, quanto maior o valor global do apoio social percebido pela grávida, maior é o apoio e garantias dos outros.

Em contrapartida, o coeficiente padronizado beta indica-nos que a variável Sentimentos positivos no trabalho de parto ( $\beta=-0,233$ ) apresenta uma relação inversa com o Apoio e garantias dos outros. Pelo que, quanto maiores os sentimentos positivos no trabalho de parto, menor o apoio e garantias dos outros.

O modelo de regressão para o Apoio e garantias dos outros, é apresentado, por conseguinte, pela seguinte fórmula:

$$\text{Apoio e garantias dos outros} = 9,071 + (0,045 \text{ Apoio social} - \text{valor global}) + (-0,026 \text{ Sentimentos positivos no trabalho de parto})$$

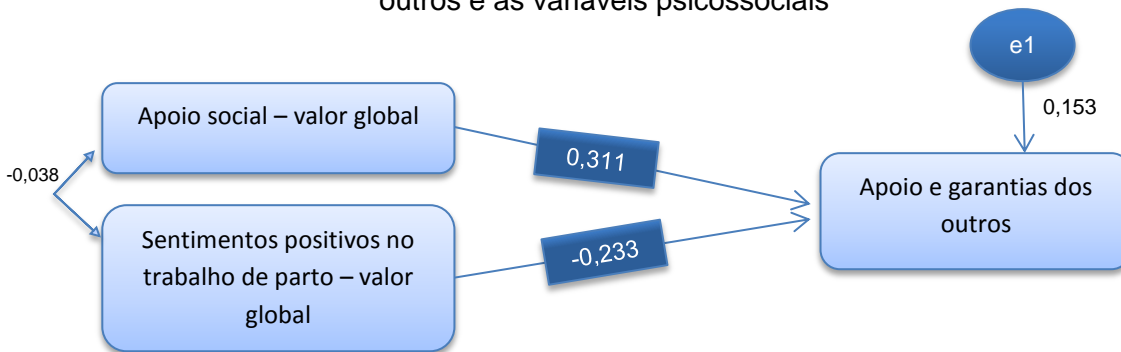
**Quadro 46** – Regressão múltipla entre a dimensão Apoio e garantias de outros da grávida e as variáveis psicossociais

Variável dependente: <b>Apoio e garantias dos outros</b>					
r= 0,392		Incremento de $r^2 = 0,054$			
$r^2 = 0,153$		F = 14,873			
$r^2$ Ajustado = 0,146		p = 0,000			
Erro padrão da estimativa = 1,478					
Pesos de Regressão					
Variável independente	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	
<b>Constante</b>	9,071				
<b>Apoio social – valor global</b>	0,045	0,311	5,145	0,000	
<b>Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global</b>	-0,026	-0,233	-3,857	0,000	
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
<b>Regressão</b>	91,818	2	45,909	21,011	0,000
<b>Residual</b>	506,931	232	2,185		
<b>Total</b>	598,749	234			

Na figura 5 apresentamos o esquema do modelo ajustado com os coeficientes padronizados para a variável Apoio e garantias dos outros em função do Apoio Social (valor global) e Sentimentos positivos no trabalho de parto (valor global). Tal como mencionado anteriormente, o valor do coeficiente padronizado para o Apoio social é positivo ( $\beta=0,311$ ) e negativo para a variável Sentimentos positivos no trabalho de parto ( $\beta=-0,233$ ).

Relativamente à correlação entre as variáveis independentes verificamos que esta é ínfima e negativa ( $r=-0,038$ ).

**Figura 5** – Síntese das relações entre a dimensão do empowerment Apoio e garantias dos outros e as variáveis psicossociais



No que diz respeito à variável Alegria de uma adição à família, constatamos que as correlações existentes entre esta dimensão e as variáveis independentes são igualmente ínfimas, variando entre ( $r=0,021$ ) para a variável *Função afetiva e interação social positiva* e ( $r=0,188$ ) no caso da variável *Sentimentos de pânico*.

O padrão das relações entre as variáveis psicossociais e a variável dependente mantém-se idêntico às restantes dimensões do empowerment. Assim, apenas se encontraram relações inversas entre as variáveis *Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Sentimentos no momento do parto* e *Sentimentos positivos no trabalho de parto* e a variável *Alegria de uma adição à família*. Isto indica-nos que perante cotações mais elevadas nestas variáveis com relação inversa e mais reduzidas nas com relação direta, corresponde uma menor Alegria de uma adição à família.

Neste caso, apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas nas relações entre as variáveis *Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Sentimentos no momento do parto*, *Sentimentos positivos no trabalho de parto* e *Sentimentos negativos no trabalho de parto*, com a variável dependente (cf. **Tabela 19**).

**Tabela 19** – Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Alegria de uma adição à família e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Apoio emocional e informação	0,058	0,187
Função afetiva e interação social positiva	0,021	0,372
Apoio material	0,063	0,170
Apoio social – valor global	0,052	0,215
Sentimentos perante o trabalho de parto	-0,171	<b>0,004</b>
Sentimentos no momento do parto	-0,149	<b>0,011</b>
Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,181	<b>0,003</b>
Sentimentos de pânico	0,188	<b>0,002</b>
Sentimentos de ansiedade	0,086	0,095
Sentimentos negativos no trabalho de parto – valor global	0,180	<b>0,003</b>

O modelo de regressão múltipla para a variável Alegria de uma adição à família é apresentado no **Quadro 47**, sendo que, foi encontrada apenas uma variável preditora da variável dependente, os Sentimentos de pânico, a qual explica 3,5% da variância da Alegria de uma adição à família, com um erro padrão de regressão de 1,680.

A nulidade da relação entre as variáveis apresentadas é rejeitada pela significância estatística dos testes F. O valor de *t* apurado é também estatisticamente significativo, pelo que podemos afirmar que os Sentimentos de pânico influenciam a Alegria de uma adição à família.

De acordo com o valor do coeficiente padronizado beta para a variável Sentimentos de pânico ( $\beta=0,188$ ), comprovamos a existência de uma relação direta entre esta variável independente e a variável Alegria de uma adição à família.

A fórmula apresentada em seguida, esquematiza o modelo de regressão para a variável dependente Alegria de uma adição à família:

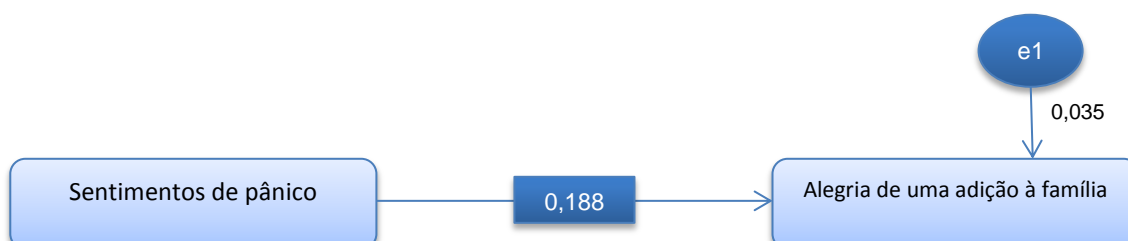
$$\text{Alegria de uma adição à família} = 11,384 + (0,057 \text{ Sentimentos de pânico})$$

**Quadro 47** – Regressão múltipla entre a dimensão Alegria de uma adição à família da grávida e as variáveis psicossociais

Variável dependente: <b>Alegria de uma adição à família</b>					
r= 0,188		Incremento de $r^2 = 0,035$			
$r^2 = 0,035$		F = 8,527			
$r^2$ Ajustado = 0,031		p = 0,004			
Erro padrão da estimativa = 1,680					
Pesos de Regressão					
Variável independente	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	11,384				
Sentimentos de pânico	0,057	0,188	2,920	0,004	
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
Regressão	24,070	1	24,070	8,527	0,004
Residual	657,692	233	2,823		
Total	681,762	234			

A síntese da relação entre a Alegria de uma adição à família em função dos Sentimentos de pânico é apresentada na **Figura 6**. Como podemos verificar o coeficiente padronizado para os Sentimentos de pânico é positivo ( $\beta=0,188$ )

**Figura 6** – Síntese das relações entre a dimensão do Alegria de uma adição à família e as variáveis psicossociais



Na **Tabela 20** apresentamos as correlações entre o Empowerment e as variáveis psicossociais. Pela análise da mesma, verificamos a existência de correlações muito fracas entre as variáveis independentes e a dependente, com uma oscilação de valores entre ( $r=0,123$ ) para a *Função afetiva e interação social positiva* e ( $r=0,256$ ) para os *Sentimentos de pânico*. Embora as correlações sejam na sua totalidade muito fracas, encontramos diferenças estatisticamente significativas na relação entre todas as variáveis psicossociais e o empowerment da grávida.

As variáveis *Sentimentos perante o trabalho de parto*, *Sentimentos no momento do parto* e *Sentimentos positivos no trabalho de parto* apresentam, tal como perante as restantes dimensões do empowerment, uma relação inversa com o valor global do empowerment. Assim sendo, quanto mais elevadas as cotações nas variáveis identificadas e menores os valores das restantes com relação direta, menor o empowerment.

**Tabela 20** – Tabela de Correlação de Pearson entre o empowerment e as variáveis independentes

Variáveis independentes	r	p
Apoio emocional e informação	0,164	<b>0,006</b>
Função afetiva e interação social positiva	0,123	<b>0,030</b>
Apoio material	0,125	<b>0,028</b>
Apoio social – valor global	0,154	<b>0,009</b>
Sentimentos perante o trabalho de parto	-0,247	<b>0,000</b>
Sentimentos no momento do parto	-0,192	<b>0,002</b>
Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,251	<b>0,000</b>
Sentimentos de pânico	0,256	<b>0,000</b>
Sentimentos de ansiedade	0,127	<b>0,026</b>
Sentimentos negativos no trabalho de parto – valor global	0,249	<b>0,000</b>

No modelo de regressão múltipla do Empowerment, apresentado no Quadro 48, entram três variáveis independentes, *Sentimentos de pânico*, *Sentimentos positivos no*

*trabalho de parto* – valor global e *Apoio emocional e informação*. Estas explicam 11,1% da variabilidade do Empowerment, com um erro padrão de regressão de 7,888.

Os testes F apresentam significância estatística pelo que rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas no modelo. Também os valores de *t* são estatisticamente significativos, logo, foi possível comprovar que os *Sentimentos de pânico*, os *Sentimentos positivos no trabalho de parto* e o *Apoio emocional e informação* influenciam o empowerment.

Tendo em conta os valores do coeficiente padronizado beta, verificamos que existe uma relação inversa entre os Sentimentos positivos no trabalho de parto e o Empowerment. Deste modo, quanto maiores os sentimentos positivos, maior o empowerment, de acordo com a cotação inversa da escala.

No caso das variáveis Sentimentos de pânico e Apoio emocional e informação, encontramos uma relação direta com o valor global do empowerment. Assim sendo, a maiores índices nestas variáveis corresponde maior empowerment.

O modelo final ajustado para a Empowerment é representado pela seguinte fórmula:

**Empowerment** = 71,586 + (0,232 Sentimentos de pânico) + (-0,112 Sentimentos positivos no trabalho de parto) + (0,210 Apoio emocional e informação)

**Quadro 48** – Regressão múltipla do empowerment da grávida e as variáveis psicossociais

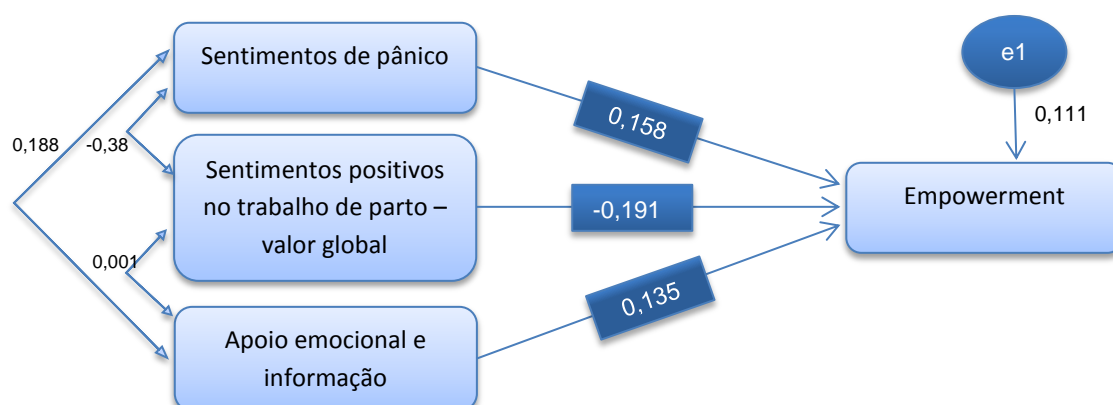
Variável dependente: <b>Empowerment</b>				
r= 0,332		Incremento de $r^2 = 0,017$		
$r^2 = 0,111$		F = 4,521		
$r^2$ Ajustado = 0,099		p = 0,035		
Erro padrão da estimativa = 7,888				
Pesos de Regressão				
Variável independente	Coeficiente B	Coeficiente padronizado	t	p
Constante	71,586			
Sentimentos de pânico	0,232	0,158	2,312	0,022

Sentimentos positivos no trabalho de parto – valor global	-0,112	-0,191	-2,834	0,005	
Apoio emocional e informação	0,210	0,135	2,126	0,035	
Análise de variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
Regressão	1785,560	3	595,187	9,566	,000
Residual	14372,525	231	62,219		
Total	16158,085	234			

Na Figura 7 consta a síntese das relações entre o Empowerment e as suas variáveis predictoras, com os coeficientes padronizados. Como é possível verificar, o coeficiente para os Sentimentos positivos no trabalho de parto é negativo ( $\beta=-0,191$ ), ao passo que para as outras variáveis é positivo: ( $\beta=0,158$ ) para os Sentimentos de pânico e ( $\beta=0,135$ ) para o Apoio emocional e informação.

Atendendo às correlações entre as variáveis independentes, constatamos que estas são ínfimas e positivas à exceção da relação entre os Sentimentos de pânico e os Sentimentos positivos no trabalho de parto ( $r=-0,380$ ).

**Figura 7** – Síntese das relações entre o empowerment da grávida e as variáveis psicossociais





### 3. DISCUSSÃO

Alcançada a fase de discussão dos resultados, cabe ao investigador salientar os resultados empíricos obtidos que assumem maior relevância na consecução dos objetivos de investigação traçados inicialmente, não descurando a clarificação das limitações identificadas no decurso da realização do presente estudo.

A discussão é uma fase de crucial importância no estudo científico, uma vez que é através da mesma que se efetua uma apreciação crítica dos dados, tendo em conta o quadro teórico de referência, ou seja, confrontando os principais resultados obtidos com os dados de outros estudos de investigação. De igual modo, a discussão proporciona uma melhor compreensão do significado dos resultados pelo enquadramento dos mesmos na problemática, questões e objetivos de investigação delineados.

Como refere Fortin (2009) é também na fase da discussão que o investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis. Pelo que, previamente à discussão dos resultados obtidos considera-se importante fazer uma reflexão acerca do trabalho desenvolvido, referindo e justificando algumas das dificuldades e limitações que surgiram nas diferentes etapas do processo de investigação.

#### 3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Destacamos, neste momento, algumas das limitações metodológicas identificadas no decurso do estudo.

Como primeiro ponto, assinalamos o número de elementos da amostra que, por ser reduzido, acarreta alguns constrangimentos, nomeadamente nas questões da validade e fiabilidade do estudo.

Para além deste aspeto, ainda quanto à constituição da amostra, a técnica de amostragem utilizada, amostragem acidental, constitui-se como uma outra limitação do estudo realizado. Apesar de ser de fácil realização e pouco dispendioso, é um tipo de amostragem não probabilístico, podendo a amostra não ser representativa da população. De acordo com Fortin (2009), poderá ter sido provocado um enviesamento dos resultados, pois

nada indica que as pessoas que responderam ao questionário sejam representativas da população-alvo.

O tamanho da amostra associado ao processo de amostragem acidental são dois fatores que impedem uma generalização dos resultados à população de grávidas no terceiro trimestre de gestação, sendo necessária uma confirmação dos resultados obtidos com outros estudos no mesmo âmbito, que envolvam amostras de tamanho superior.

A maior dificuldade encontrada ao longo do estudo prendeu-se com as autorizações para aplicação do instrumento por parte das instituições, que prejudicaram o normal desenvolvimento da investigação. Apesar da demora de cerca de 5 meses por parte do Gabinete de Apoio à Investigação dos CHUC, conseguimos obter um parecer favorável para a realização do estudo. O mesmo não se sucedeu com o pedido endereçado à ARS do Centro, sobre o qual não obtivemos qualquer resposta, independentemente da nossa insistência por diversas vias.

Este facto fez com que tivéssemos de adaptar o nosso desenho de investigação, no sentido em que, não nos foi possível comparar os resultados obtidos entre grávidas com vigilância hospitalar e grávidas apenas com consultas de vigilância nos cuidados de saúde primários. Deste modo, a variável “local de vigilância” teve de ser operacionalizada de outra forma, contemplando as grávidas com consultas de vigilância da gravidez exclusivamente na maternidade e as grávidas consultadas noutros locais, para além das maternidades.

De referir ainda que, sendo o instrumento aplicado nas consultas de vigilância da gravidez nas maternidades, onde são consultadas quer grávidas com patologia associada, quer grávidas sem patologia, encaminhadas pelos centros de saúde para consultas de rotina de acordo com os protocolos existentes entre as instituições, detetamos uma lacuna no questionário dos dados obstétricos, onde não configurou uma questão relativa à existência ou não de patologia associada à gravidez.

Não obstante às dificuldades e limitações referidas e, dados os constrangimentos existentes, as opções metodológicas tomadas na realização deste estudo foram as possíveis de serem utilizadas.

### 3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra do nosso estudo é constituída por 235 grávidas no terceiro trimestre de gestação cuja **idade**, no momento do preenchimento do instrumento, se situava entre os 19 e os 47 anos, com uma média de 32,01 anos, das quais 75,74% possuíam entre 19 e 35 anos de idade.

No nosso estudo, apesar de verificarmos uma tendência para resultados ligeiramente superiores nas diferentes dimensões do empowerment no grupo de grávidas com menos de 36 anos, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Santos (2012), não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Considerando os 35 anos como o extremo superior da idade reprodutiva (Graça, 2010), verifica-se uma tendência para piores resultados no empowerment nas grávidas com idade mais avançada. As conclusões de Gomes, Donelli, Piccinini e Lopes (2008) apontam para este sentido, uma vez que, a idade superior a 35 anos, pode constituir-se como fator suficiente para inclusão das grávidas no grupo de gestantes de alto risco. Deste modo, a grávida sentindo-se “diferente” e alvo de atenção, cuidados e indicações específicas, por vezes, exacerbadas, tende a maiores sentimentos de culpa, censura e sensação de incapacidade.

Relativamente ao **estado civil**, verificamos que a maioria das grávidas da amostra possui companheiro, ou seja, é casada ou vive em união de facto (67,66%). Das 32,34% de grávidas pertencentes ao grupo “sem companheiro”, apenas uma era viúva. Ao analisarmos o empowerment em função do estado civil das grávidas da amostra, constatamos não existirem diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões da variável dependente, embora, houvesse uma tendência para resultados superiores nas grávidas com companheiro.

De acordo com Santos (2012), o estado civil influencia o empowerment da grávida. As grávidas casadas ou a viver em união de facto, obtiveram neste estudo maiores cotações nas várias dimensões do empowerment, com destaque para a autoestima. Nascimento (2011) corrobora esta situação referindo que as grávidas solteiras, ao descobrirem a gravidez ficaram, na sua maioria preocupadas com as implicações deste acontecimento de vida, mudanças corporais e nos seus papéis familiares. A mesma autora acrescenta que a presença do companheiro e o apoio prestado por este reforçam a autoconfiança da grávida e favorecem o seu empowerment.

No que respeita à **escolaridade**, a maioria dos elementos da nossa amostra (48,08%) possuía um nível de escolaridade correspondente ao ensino superior, das quais, a maioria eram nulíparas, seguindo-se uma percentagem de 29,79% de grávidas com o equivalente ao ensino secundário, e menos de um quarto das grávidas participantes apresentavam um nível de ensino até ao 3.º ciclo do ensino básico (22,13%).

A maior percentagem de grávidas com ensino superior encontrada na nossa amostra corresponde aos resultados definitivos apurados pelos Censos 2011 segundo os quais “a população que possui ensino superior representa cerca de 15% e em 2001 era cerca de 9%. As qualificações mais elevadas são em regra detidas por mulheres, as quais representam cerca de 60%” (INE, 2012, p. 46).

Procedendo à análise do empowerment segundo o nível de escolaridade, constatamos que, embora não existissem relações estatisticamente significativas, nas dimensões Autoeficácia e Alegria de uma adição à família, as ordenações médias foram superiores no grupo de grávidas com ensino básico. Por outro lado, as grávidas com ensino secundário obtiveram ordenações médias superiores nas restantes dimensões do empowerment, bem como para o valor global.

Neste sentido, Piccinini *et al.* (2008) referem que os sentimentos de inadequação e estranhamento perante a gravidez e transformações a esta inerentes, a vários níveis, podem ocorrer dado o universo feminino atual, no qual a mulher é submetida a uma sobrecarga de exigências, sendo da sua responsabilidade, não apenas os tradicionais papéis de mãe e dona de casa, como também lhe é atribuído um necessário bom desempenho profissional e financeiro. Assim sendo, as mulheres com maiores habilitações académicas têm diversas preocupações e são submetidas a outros níveis de exigências.

Em contrapartida, a escolaridade reduzida é, em muitos casos, associada a uma menor autonomia, autoeficácia, busca de conhecimento, capacidade de decisão, bem como uma baixa autoestima (Kovach, Becker e Worley, 2004); (Maçola, Vale e Carmona, 2010); (Silva, Silva e Pinheiro, 2013). Na mesma linha, Camargo e Carrapato (2012) afirmam que a baixa escolaridade reduz o acesso a bons empregos e aumenta a probabilidade de ausência de uma atividade laboral remunerada, assim sendo, menores habilitações académicas favorecem a dependência financeira exclusiva dos companheiros por parte das grávidas, o que condiciona o exercício da autonomia de forma global.

Os resultados do estudo de Santos (2012) com grávidas no terceiro trimestre confirmam que as grávidas com grau de ensino superior tendem a apresentar maiores scores de empowerment, nas suas diferentes dimensões. Outro estudo apurou igualmente

que, as maiores habilitações académicas estão associadas a níveis mais elevados de empowerment (Cunha, Chibante e André, 2014).

Ao caracterizarmos a nossa amostra quanto ao **nível socioeconómico**, verificámos que a maioria das grávidas (34,04%) tinha um rendimento familiar mensal situado entre os 500 e os 1000 euros, grupo no qual encontramos ordenações médias superiores para o valor global do empowerment e para as suas dimensões, com exceção da dimensão autoestima, embora sem significância estatística em qualquer um dos casos. Apesar da conjectura económica atual, apenas 11,06% das grávidas participantes na amostra, referiu possuir um rendimento mensal familiar inferior a 500 euros.

A participação ativa e o controlo sobre o processo do parto é, de acordo com Tostes *apud* Dias e Deslandes (2012), importante para as mulheres de estratos socioeconómicos médios. Estas mulheres preferem ser submetidas a menos intervenções tecnológicas e ter o companheiro como acompanhante, ao passo que para as grávidas com um rendimento inferior é mais comum o desejo por um parto rápido – o qual está associado a dor e sofrimento – mesmo que isso implique o recurso à ajuda dos profissionais e intervenções disponíveis.

Os fatores sócio demográficos como estar empregada e o estatuto económico afetam as preferências reprodutivas da mulher não apenas diretamente como também indiretamente através do aumento da sua autonomia, o que, por sua vez, influencia as escolhas reprodutivas (Upadhyay e Karasek, 2012).

Segundo Camargo e Carrapato (2012), a gravidez é considerada como um período de maior vulnerabilidade da vida da mulher, esta vulnerabilidade pode ser agravada pelo baixo nível de escolaridade, situação conjugal instável e renda familiar insuficiente.

No que concerne às variáveis de contexto obstétrico, os primeiros dados a serem analisados foram os relativos à existência de **gravidez anterior**. A maioria das participantes do nosso estudo já tinha vivido a experiência da gravidez anteriormente (54,5%), estando grávidas pela segunda vez (63,3%). Encontramos ainda 14 elementos da amostra (10,9%) com história de três ou mais gravidezes prévias.

Quanto à existência de **parto anterior**, na nossa amostra encontramos um total de 109 grávidas com história de parto anterior, tendo vivido, na sua maioria, esta experiência apenas uma vez (38,7%), daí a média de partos neste grupo, ser pouco superior a um ( $\bar{x} = 1,17 \pm 0,405$ ). Verificamos ainda que apenas uma das participantes era uma grande múltipara, tendo 3 partos anteriores.

Ao testar a associação entre a existência de gravidez anterior e o empowerment, constatamos que as médias obtidas foram para a totalidade das dimensões, tal como para o valor global da escala, superiores no caso das mulheres com gravidez anterior, tendo encontrado apenas diferenças estatísticas altamente significativas para a dimensão Imagem futura ( $t=3,615$ ;  $p < 0,001$ ).

Do mesmo modo, o teste estatístico utilizado para avaliar a relação entre a existência de parto anterior e o empowerment obteve como resultados médias superiores em todas as dimensões da variável, bem como para o seu valor global no caso das mulheres com parto anterior. Verificamos também diferenças estatísticas muito significativas para a dimensão Imagem futura ( $t=-2,915$ ;  $p < 0,01$ ).

Estes resultados permitem-nos inferir que a existência de gravidez e de parto anterior influenciam a imagem futura da grávida.

A gravidez é o ponto de partida para a transição para a maternidade, a qual implica um processo de adaptação e reorganização pessoal, familiar e social. A chegada de um filho, sobretudo quando é o primeiro, pressupõe uma transição de identidade, de aquisição de novos papéis, neste caso, o papel de mãe, nunca antes vivenciado, pelo que, para as primíparas, as mudanças da gravidez assumem uma intensidade ainda maior (Alves *et al.*, 2007; Piccinini *et al.*, 2008; Simas, Souza e Scorsolini-Comin, 2013).

De acordo com Soares (2008), o exercício da parentalidade, quando acontece pela primeira vez implica alguma complexidade, uma vez que este novo papel acarreta um conjunto de atividades da exclusiva responsabilidade dos pais. Acrescentando ainda que, as mudanças inerentes ao processo de parentalidade são múltiplas, exigindo com frequência, várias e complexas alterações dos papéis familiares. A forma como esta transição é vivida pela família pode influenciar a vida dos seus membros.

Apesar da necessária reorganização dos papéis familiares com a chegada do novo membro, seja ou não o primeiro filho, a projeção de uma imagem futura é mais difícil para as mulheres que nunca experimentaram o papel de mãe.

Num estudo realizado por Piccinini *et al.* (2008) com grávidas primíparas, um dos sentimentos verbalizados foi a preocupação com o exercício do papel materno. Neste sentido, os autores destacaram do discurso das participantes, temas como a possível incapacidade de exercer a maternidade, o futuro incerto e a insegurança em lidar com os cuidados ao bebé.

As primíparas relataram um momento de transição que conduziu a alguma insegurança pela transformação de papéis de meninas em mulheres, mães e donas de casa, e o respetivo aumento de responsabilidades. O período de gestação foi importante para a transição para a maternidade, salientando-se o apoio e motivação dos familiares e enfermeiras, quer durante a gravidez, quer após o nascimento do bebé. Estas mulheres referiram sentir-se encorajadas e fortalecidas para vivenciar todas as mudanças e adaptações de vida futuras (Nascimento, 2011)

O grupo de grávidas da nossa amostra com história de parto anterior foi, igualmente, caracterizado quanto ao **tipo de partos** vivenciados. Constatamos uma equivalência entre a percentagem de grávidas com partos anteriores eutócicos e distócicos e, ao fazermos a associação entre o tipo de parto e o empowerment, não encontramos qualquer significância estatística na relação entre as variáveis.

Apesar de não termos encontrado na nossa amostra, uma associação estatística significativa entre o tipo de parto e o empowerment, importa expor a opinião de Tostes *apud* Tornquist (2012) segundo a qual, a cesariana é algo a ser lamentado como um fracasso, gerando sentimentos de frustração e incapacidade. Por outro lado, Pereira, Franco e Baldin (2011) afirmam que a experiência positiva do parto anterior parece ser um dos importantes determinantes do empoderamento da mulher com impacto na sua autonomia e capacidade de decisão sobre a via de parto.

No que respeita ao facto da **gravidez** ter sido **planeada/desejada** pelas grávidas da nossa amostra, apurámos que a frequência de gravidez planeada, bem como o desejo da gravidez foi superior nas nulíparas. Relembrando que o instrumento de colheita de dados foi aplicado no terceiro trimestre de gestação, encontramos ainda uma percentagem de 3% de múltiparas que admitiram ser uma gravidez não desejada.

Observando os resultados da associação entre o empowerment e as variáveis gravidez planeada/desejada, verificamos que, apesar das médias serem superiores para as diferentes dimensões do empowerment – à exceção da imagem futura – no caso de a gravidez ser planeada, não encontramos diferenças estatísticas significativas.

Do mesmo modo, não se verificou significância estatística na relação entre o desejo da gravidez e o empowerment, embora haja uma tendência para médias superiores nas várias dimensões – com exceção da dimensão autoeficácia – no grupo de grávidas que referiram ser uma gravidez desejada.

Maçola, Vale e Carmona (2010) apuraram que a falta de planeamento da gravidez teve uma influência negativa, com significância estatística, na autoestima das mulheres da

amostra. Os motivos de preocupação com a gravidez inesperada foram distintos, incluindo: a saúde da mulher como fator de complicação da gravidez, os prejuízos na relação com o parceiro e o impacto financeiro sobre a família. Os autores ressaltam ainda que, não ter desejado/planeado o nascimento de um filho, faz com que as mulheres reajam de maneira confusa e surpresa relativamente ao papel materno, manifestando dificuldades no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê.

Por outro lado, de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, Tostes (2012) afirma que, mesmo em mulheres sob condições tidas como mais favoráveis para a gestação, como é o caso de ter sido planeada e desejada pelo casal, por si só, a gravidez acarreta um certo nível de dificuldades e crises.

Relativamente ao **local de vigilância** da gravidez, verificamos que a maioria dos elementos da amostra fazia as suas consultas de vigilância apenas na maternidade (69,8%). Sendo o grupo mais prevalente, aquele constituído por multíparas seguidas unicamente nas consultas na maternidade e o menos comum, o grupo de multíparas com vigilância noutros locais (centro de saúde e privados) para além da maternidade. Importa reforçar que os locais de colheita de dados foram apenas as maternidades, pelo que, em todos os casos, existia vigilância nestes locais, o que pode ter enviesado os resultados.

Os resultados do teste estatístico utilizado para verificar a associação entre o local de vigilância e o empowerment demonstraram valores médios superiores no caso de grávidas seguidas apenas na maternidade para todas as dimensões do empowerment, bem como para o seu valor global. Contudo, não se observaram diferenças estatísticas significativas.

No estudo realizado por Santos (2012) com grávidas igualmente no terceiro trimestre, os resultados obtidos foram díspares. Embora, não tenha verificado a existência de diferenças estatísticas significativas, as grávidas com acompanhamento em regime particular apresentaram valores médios superiores em todas dimensões do empowerment, tal como para o seu valor global. Por outro lado, as grávidas vigiadas no centro de saúde registaram maiores níveis de autoestima.

A grande maioria das grávidas participantes na nossa amostra, não **frequentava aulas de preparação para o parto** ou parentalidade (73,2%), sendo que a maior parte das grávidas frequentadoras deste tipo de cursos eram nulíparas. No grupo das nulíparas encontramos, contudo, uma percentagem significativa de grávidas que, no momento em que preencheram o questionário, não estavam a frequentar aulas de preparação para o parto (30,6%).

Através da análise inferencial, verificamos não existir significância estatística na associação entre a frequência de aulas de preparação para o parto e o empowerment, apesar de ocorrer uma tendência para valores médios superiores nas várias dimensões da variável dependente, à exceção do apoio e garantias dos outros, no grupo de grávidas sem preparação para o parto.

De acordo com Figueiredo *et al.* (2010), os cursos de preparação para o parto surgiram com o intuito de combater a situação de completa inatividade por parte da mulher no ciclo gravídico-puerperal, pela ausência de informação que lhes conferisse autonomia em saúde, submetendo-se às ordens dos profissionais sem questionar.

Porém, no sentido dos resultados encontrados na nossa amostra, Lyberg e Severinsson (2010) verificaram que, de facto, as aulas de preparação para o parto preparam as mulheres para seguir as práticas hospitalares em vez de as empoderar para as questões do parto. Num estudo realizado por Serçekus e Mete (2010), apesar das vantagens encontradas perante a frequência de aulas de preparação para o parto, os achados revelaram que algumas grávidas aumentaram o seu medo em relação ao parto após receberem informação acerca do mesmo.

O sucesso das aulas de preparação para o nascimento e parentalidade prende-se, segundo Progianti e Costa (2012), com a construção de uma relação de confiança entre a enfermeira e o grupo de grávidas. O posicionamento seguro da enfermeira, bem como a ausência de uma postura autoritária nas discussões grupais, diferenciará por completo as ações educativas, retirando-lhes a sua natureza unicamente prescritiva e informativa. Os autores defendem que o simples ato de transmitir um conhecimento “superior” cria barreiras na relação enfermeira-cliente, pois ignora a sua dimensão cultural e, por si só, não é suficiente para transformar comportamentos e hábitos, não é capaz de promover as potencialidades de quem recebe a informação, não contribuindo para melhorias da saúde da pessoa e família.

Por outro lado, se as ações educativas tiverem na sua base a troca de experiências e conhecimentos de forma ética, flexível, dinâmica, terapêutica, reflexiva e tendo em conta a interação entre as pessoas, estas podem-se constituir como instrumentos de socialização de saberes, promoção da saúde e prevenção de complicações. Ou seja, os grupos de preparação para o parto, para além de promoverem melhores resultados em saúde no parto, favorecem os vínculos afetivos durante a gestação e no futuro das relações familiares e sociais (*Idem*).

Assim sendo, a educação em saúde é mais do que a imposição de valores por parte dos profissionais aos seus clientes, deve sim, ser percebida como relação horizontal entre estes, na qual os profissionais são mediadores da saúde, assumindo uma educação não condutivista, em que os indivíduos realizam escolhas dentro do respeito à liberdade. Só deste modo, é possível aumentar o empowerment da grávida (Figueiredo *et al.*, 2010).

Lyberg e Severinsson (2010) apuraram que quando as grávidas entram no hospital, são consideradas impotentes para lidar com o seu trabalho de parto de forma ativa. O tecnicismo do parto pode, em parte, explicar o porquê das parturientes ficarem satisfeitas com a sua capacidade de seguir as instruções da enfermeira parteira em vez de fazerem as suas escolhas. Porém, as mulheres precisam de ser envolvidas na sua situação e, mais especificamente, ter o poder sobre o seu parto, o que levará a uma maior sensação de gestão e significado relativa ao parto.

As mesmas autoras acrescentam ainda a sugestão de utilizar o empowerment como indicador de resultado na avaliação das aulas de preparação para o nascimento (*Idem*).

Analisando os dados da nossa amostra relativos à **perceção do apoio social**, verificámos que, quer para o score total da escala, quer nas três dimensões da mesma, as médias obtidas foram superiores, embora com uma margem mínima, no grupo das nulíparas.

No estudo realizado por Roth (2004), não foram encontradas diferenças significativas entre o apoio social percebido entre nulíparas e múltiparas. A autora observou, contudo, maiores scores de apoio social percebido, nas grávidas no terceiro trimestre e naquelas com complicações na gravidez.

Tendo recorrido ao método de regressão múltipla para análise inferencial das associações entre o empowerment e o apoio social, verificámos existir diferenças estatisticamente significativas na relação entre o apoio emocional e informação e a dimensão autoestima ( $t=2,689$ ;  $p=0,008$ ), bem como com o empowerment global ( $t=2,126$ ;  $p=0,035$ ). Do mesmo modo, encontramos significância estatística na relação entre o valor global do apoio social e a dimensão apoio e garantias dos outros ( $t=5,145$ ;  $p=0,000$ ).

O apoio social tem vindo a ser associado à competência pessoal, aos comportamentos de adesão, a estratégias de enfrentamento, perceção de controlo, sentido de estabilidade e bem-estar psicológico. De acordo com Baptista, Baptista e Torres (2006), um suporte social adequado proporciona apoio em momentos particulares da vida dos seres humanos como são exemplos os períodos de parto e pós-parto, favorecendo um maior

controlo do ambiente e autonomia às grávidas e puérperas através de um maior sentido de esperança, apoio e proteção.

Ao encontro dos resultados por nós obtidos, Nascimento (2011) apurou na sua amostra que a presença e apoio da mãe, bem como o reconhecimento da força da parturiente, por parte da sua mãe, contribuíram muito para a sensação de empowerment. A autora verificou que o apoio de pessoas próximas revelou um importante mecanismo de empoderamento, no sentido em que favoreceu a autoconfiança e permitiu superar a barreira do medo, do cansaço e desânimo, estimulando o seu papel ativo no parto.

A possibilidade de usufruir de momentos de cuidado e conforto, principalmente se oferecidos por pessoas com as quais a grávida possui um vínculo, contribui para o aumento da autoestima e sensação de apoio, o que se traduz em maior satisfação e segurança (Oliveira *et al.*, 2011)

Ainda no que respeita à autoestima, Maçola, Vale e Carmona (2010) constataram que a falta de apoio do marido influenciava negativamente a autoestima da mulher.

De acordo com Figueiredo *et al.* (2010), para que a mulher seja capaz de exercer a sua autonomia no processo do parto de forma mais efetiva, é necessário que a mesma detenha alguns conhecimentos. Realça-se aqui a importância do apoio emocional e informação. No entanto, o conhecimento não deve apenas ser veiculado para a parturiente, este deve ser partilhado com outros membros da família, nomeadamente, o companheiro, principal fonte de apoio neste período. Deste modo, torna-se possível que estes assumam um papel ativo no parto.

Pereira e Bento (2011) reforçam a importância do apoio e incentivo no trabalho de parto, afirmando que os cuidados prestados pela enfermeira obstétrica podem contribuir para que a parturiente obtenha o exercício do seu poder de parir, isto é, o acompanhamento e apoio da mulher no momento do nascimento do seu filho aumentam o seu empowerment neste processo.

Passando à análise dos dados obtidos na nossa amostra quanto ao **medo do parto**, verificámos uma tendência para scores mais elevados no grupo das múltiparas nas diferentes dimensões da escala W-DEQ. A subescala *Sentimentos negativos no trabalho de parto*, foi aquela onde os valores médios obtidos mais se diferenciaram entre o grupo de múltiparas e o grupo de nulíparas ( $\bar{x} = 44,09 \pm 7,14$  vs  $\bar{x} = 41,84 \pm 7,93$ ).

Estes resultados contrariam os dados obtidos por Spice *et al.* (2009) em cujo estudo, o medo do parto foi significativamente superior nas participantes que estavam à espera do primeiro filho.

No estudo conduzido por Wijma, Wijma e Zar (1998), foi realizada uma diferenciação dos itens com maior cotação entre os dois grupos, tendo-se constatado que, no grupo das nulíparas, os itens mais cotados (fraca, composta, segura, deserta e desolada) podem estar associados à fraqueza e incerteza. Por sua vez, os itens mais cotados no grupo das múltiparas (falta de auto-confiança, pânico, assustada, sem esperança e com medo) expressam mais claramente medo. Na opinião dos autores, esta diferença entre os grupos (incerteza *versus* medo) pode ser explicada pelo facto de que é mais fácil para as mulheres com partos anteriores imaginarem a situação do parto.

O parto, constitui-se, do ponto de vista psicológico como o momento em que as expectativas e ansiedades que acompanham a mulher ao longo de toda a gravidez tomam uma dimensão real. É na altura do parto que a grávida confirma ou não as esperanças e medos que o envolvem (Lopes, Donelli, Lima e Piccinini, 2005). Assim sendo, estes autores, encontraram, no seu estudo, respostas que indicam na maioria dos casos, expectativas negativas relativamente ao parto, contudo, verificaram a existência de expectativas positivas e negativas em simultâneo.

Através do método de regressão múltipla para análise inferencial da relação entre as dimensões do empowerment e o medo do parto, constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os *Sentimentos positivos no trabalho de parto* e a autoeficácia ( $t=-2,022$ ;  $p=0,044$ ), a imagem futura ( $t=-2,055$ ;  $p=0,041$ ), o apoio e garantias dos outros ( $t=-3,857$ ;  $p=0,000$ ) e o valor global do empowerment ( $t=-2,834$ ;  $p=0,005$ ).

Por sua vez, os sentimentos de pânico apresentam associação estatística significativa com a dimensão imagem futura ( $t=3,681$ ;  $p=0,000$ ), alegria de uma adição à família ( $t=2,920$ ;  $p=0,004$ ) e o valor global do empowerment ( $t=2,312$ ;  $p=0,022$ ).

Encontramos ainda significância estatística entre os sentimentos no trabalho de parto e a autoestima ( $t=-3,072$ ;  $p=0,002$ ), bem como entre esta mesma dimensão do empowerment e os sentimentos negativos no trabalho de parto ( $t=2,101$ ;  $p=0,037$ ).

Tal como podemos verificar, a relação existente entre os Sentimentos positivos no trabalho de parto e as diferentes dimensões do empowerment é inversa, o que, tendo em conta a forma de cotação da escala, nos indica que a menores sentimentos positivos no trabalho de parto corresponde menor empowerment da grávida.

Contudo, no caso dos Sentimentos negativos no trabalho de parto (pânico e ansiedade) encontramos uma relação direta com as dimensões do empowerment, o que se traduz por maior empowerment da grávida perante maior referência a sentimentos negativos, logo, scores de medo mais elevados.

Como vemos, os resultados obtidos são, de certo modo, contraditórios. Se, por um lado, as expectativas mais positivas relativamente ao parto se traduzem num maior nível de empowerment das grávidas da nossa amostra, por outro lado, a expectativa de emoções negativas no trabalho de parto, potencia a sua preparação, capacitação para o mesmo. As expectativas das grávidas com maior empowerment quanto ao trabalho de parto e momento do nascimento implicam quer a presença de sentimentos negativos, associados ao medo, à dor e sofrimento, quer emoções positivas como o autocontrolo, a autoeficácia e a alegria de conhecer o seu filho.

Através da pesquisa bibliográfica por nós realizada, não foram encontrados estudos que relacionassem diretamente as variáveis estudadas, contudo, consideramos colocar à discussão os resultados de algumas investigações que abordam, pelo menos, uma das temáticas em análise.

No estudo realizado por Tostes (2012) com o intuito de avaliar a percepção das grávidas acerca da assistência pré-natal, sentimentos e expectativas quanto à sua preparação para o parto, foram encontrados relatos contraditórios num grupo de gestantes que, apesar de afirmarem sentir-se preparadas para o parto, referiam inseguranças, receios e medos relativos ao parto. De acordo com a autora, a menor preparação das grávidas deveu-se, quer à existência de expectativas bastante negativas quanto ao parto, quer à lacuna na procura de respostas para as suas dúvidas e anseios. Esta falha na preparação deve-se ao facto de muitas mulheres afirmarem ser sua responsabilidade exclusiva, e não partilhada com os outros elementos envolvidos no processo (familiares e profissionais de saúde), sentirem-se mais preparadas e confiantes para o parto, como sendo esta uma capacidade adquirida com a gestação.

O facto da colheita de dados ter sido efetuada a grávidas no terceiro trimestre ajuda a compreender os resultados obtidos quanto às expectativas em relação ao parto. Segundo Piccinini *et al.* (2008) a insegurança e preocupação relatadas pelas participantes é justificável pela aproximação do parto, aquele momento de maior vulnerabilidade e expectativa. A ansiedade do terceiro trimestre pode contribuir para a formulação de expectativas negativas sobre o parto, incluindo o medo da dor e dos procedimentos obstétricos, a insegurança no que respeita ao atendimento que receberão na sala de partos,

bem como à própria capacidade de parir, para além do medo das transformações associadas ao nascimento do bebé (Lopes *et al.*, 2005).

Oliveira, Rodrigues, Guedes e Felipe (2010) reforçam esta mesma ideia, afirmando que a curiosidade e expectativa acompanham a mulher durante toda a gestação. Ao perceberem que o nascimento está para breve, a ansiedade aumenta, sentimento que não é único: a insegurança e o medo da morte somam-se ao sentimento de proteção e receio de perda, característicos da maternidade. Este conjunto de sentimentos torna a vivência do nascimento do bebé num período conturbado, pelo que, em vez de alegria e satisfação, a mulher vive momentos de tensão e medo receando eventuais complicações obstétricas e do recém-nascido.

A vulnerabilidade perante o trabalho de parto e parto parece aumentar consoante o menor suporte social, a menor informação e conhecimento detidos pela grávida, existindo uma influência importante dos cuidados pré-natais prestados pelos profissionais de saúde. A estes cabe o papel de transmitir conhecimento acerca do processo do parto, escutar as suas preocupações, esclarecer dúvidas, permitindo escolhas autónomas e informadas por parte da grávida, em vez de estas, simplesmente, serem persuadidas a adotar a opção preferida pelos prestadores de cuidados (Maier, 2010).

Apesar da maior referência a expectativas negativas das grávidas sobre o parto, segundo Conde *et al.* (2007), as mulheres que se percecionaram como auto-eficazes ao lidar com a experiência do parto, classificam-na, por regra, como mais positiva, comparativamente às mulheres com baixos sentimentos de eficácia, o que vai ao encontro dos resultados por nós obtidos na relação entre os sentimentos positivos no trabalho de parto e a autoeficácia. Importa referir que, sendo este estudo conduzido numa amostra de puérperas, os autores reportaram ainda que as mulheres percecionaram o parto como uma experiência simultaneamente positiva e negativa, de acordo com a qualidade do apoio social recebido e a ocorrência de complicações no parto.

Apesar do medo do parto ser algo de essência cultural, tendo vindo a ser transmitido de geração em geração, existem também evidências de mulheres que tiveram conhecimento do seu nascimento como uma experiência negativa e que isso as motivou positivamente no desejo de proporcionar aos filhos um nascimento seguro, tentando suprir, de alguma forma, o que lhes faltou (Nascimento *apud* Medeiros, Santos e Silva, 2011).

A falha na transmissão de informações à grávida, a limitação do seu conhecimento acerca da fisiologia do processo do parto, no qual é a protagonista, aumenta o seu medo relativamente ao mesmo e à dor. Por outro lado, a experiência positiva e de êxito num parto

anterior, parece ser um dos determinantes de empoderamento da mulher, aumentando a sua capacidade de decisão e autonomia (Pereira, Franco e Baldin, 2011).

O medo da dor, do parto traumático, da morte, sua ou do seu filho, do desconhecido é algo comum na grávida, sobretudo no final da gravidez pela proximidade do parto. Em simultâneo, este evento simboliza o culminar dos desconfortos da gravidez e a alegria de conhecer o tão esperado bebé, pelo que aumenta a vontade de que o momento do parto aconteça, a mulher prepara-se para o mesmo (Carvalho, 2011).

Esta ambivalência de sentimentos característica do terceiro trimestre da gravidez pode justificar os resultados contraditórios no que respeita à relação entre os sentimentos de medo e o empowerment nesta fase da gravidez.



#### 4. CONCLUSÕES

A maternidade é algo único e peculiar do universo feminino. Trata-se de um processo que implica um conjunto extremamente vasto de transformações e de aquisição de novos papéis, de modificações na esfera pessoal, familiar e social que se iniciam com a gravidez ou, na opinião de alguns autores, muito antes. Para muitas mulheres, maternidade é também sinónimo de maturidade, de responsabilidade, do desenvolvimento da capacidade para ser mãe.

A capacitação para a maternidade irá depender de um conjunto de condições intrínsecas ou extrínsecas à grávida, tendo sido nosso objetivo global verificar se existia relação entre alguns fatores como a frequência de aulas de preparação para o parto, perceção de apoio social e o medo do parto e o empowerment da grávida, no último trimestre de gestação.

O reduzido número de elementos da nossa amostra, associado à técnica de amostragem não probabilística por conveniência, bem como certas questões burocráticas no que respeita às autorizações para aplicação do instrumento de colheita de dados, constituíram-se como barreiras e impedem a generalização dos resultados obtidos.

Apesar das limitações do nosso estudo, pensamos ter contribuído para o descortinar de um conjunto de informações importantes acerca da temática do empowerment na grávida, ainda tão pouco estudada. Deste modo, apresentamos as principais conclusões alcançadas com o desenvolvimento desta investigação.

Traçando um perfil sociodemográfico médio dos elementos da nossa amostra, teríamos uma grávida com cerca de 32 anos, casada ou a viver em união de facto, com um nível de escolaridade equivalente ao ensino superior, empregada e cujo rendimento familiar se situa entre os 500 e os 1000 euros mensais.

Observando os grupos maioritários, no que respeita às características obstétricas, temos o perfil de uma mulher grávida pela segunda vez, com menos de 37 semanas de gestação, sendo a gravidez planeada, desejada e vigiada apenas na maternidade, não tendo, na maior parte dos casos, história de parto anterior. No grupo de gestantes com parto anterior, uma ínfima maioria teve parto eutócico. A grande maioria das grávidas, no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, não estava a frequentar curso de preparação para o nascimento.

Quanto às variáveis sociodemográficas e do contexto obstétrico, dando resposta às duas primeiras questões de investigação elaboradas, apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas na associação entre a gravidez e parto anterior e a *Imagem futura*, uma das dimensões do empowerment da grávida.

Dada a falta de associação entre a frequência de aulas de preparação para o nascimento e a variável dependente, salientamos o reduzido número de participantes a frequentar estes cursos aquando do preenchimento do instrumento de recolha de dados. Consideramos ainda que seria importante aprofundar o conhecimento acerca destas aulas, nomeadamente, os locais onde estão a ser lecionadas, os planos e estratégias de formação e por quem são coordenadas, para melhor testar a associação entre as mesmas e o empowerment da grávida no final da gestação.

Ao relacionarmos o apoio social percebido ao empowerment, constatamos a existência de relações estatisticamente significativas entre o valor global da escala do apoio social e a dimensão Apoio e garantias dos outros, bem como entre a dimensão Apoio emocional e informação e a Autoestima e valor global do empowerment.

O apoio social recebido quer sobre a forma de apoio emocional, de informação, na maioria dos casos através da figura do companheiro, mas também veiculado pelo profissional de referência, como o enfermeiro, é determinante na vivência da gravidez, parto e pós-parto. Influencia a autoconfiança, o sentimento de autoeficácia, a autoestima, aumentando a sensação de conforto, apoio e proteção. Ajuda a superar o medo, estimula um papel mais ativo da mulher no ciclo gravídico-puerperal, pelo que funciona como um mecanismo de empowerment.

Na continuidade da resposta à terceira questão de investigação enunciada, acerca da relação entre as variáveis psicossociais (apoio social e expectativas/medo do parto) e o empowerment, através dos resultados dos testes estatísticos apurámos que os Sentimentos positivos no trabalho de parto influenciam positivamente a maioria das dimensões do empowerment, bem como o seu valor global. Do mesmo modo, os Sentimentos de pânico parecem ter uma influência positiva sobre a Imagem futura, a Alegria de uma adição à família, e o empowerment – valor global.

As expectativas da grávida perante o trabalho de parto e nascimento do bebé podem ser positivas, negativas, ou mesmo, positivas e negativas em simultâneo, consoante um conjunto de fatores, como o apoio social percebido, as informações disponíveis, as experiências anteriores e o suporte fornecido pelos profissionais.

Na fase final da gravidez, a ânsia de conhecer o bebê, do culminar dos desconfortos normalmente associados, a expectativa pelo desfecho da gravidez, fazem com que a mulher se sinta cada vez mais preparada para vivenciar o parto. Em simultâneo, o receio de complicações, da dor, o medo do desconhecido ou o recordar de experiências prévias negativas, acentuam a sensação de medo perante o trabalho de parto. Esta ambivalência de sentimentos pode justificar os resultados contraditórios obtidos neste estudo, segundo os quais, os sentimentos positivos perante o parto parecem contribuir para o aumento do empowerment da grávida e, em simultâneo, este fator é influenciado positivamente na presença de expectativas negativas.

Neste sentido, torna-se premente a realização de outros estudos que se debrucem sobre a relação existente entre as expectativas do parto e o empowerment da grávida, aprofundando a questão do medo do parto, que confirmem ou não os resultados por nós obtidos. De facto, salientamos o interesse do desenvolvimento de outras investigações acerca da temática do medo do parto, sentimento tão comum entre as grávidas, sobretudo com o aproximar do momento do parto.

Consideramos ainda relevante ressaltar a importância do enfermeiro especialista em saúde materna, obstetrícia e ginecologia dentro da equipa de profissionais de saúde que cuida da mulher ao longo do seu ciclo gravídico-puerperal. Este deve ser o elemento-chave para o cuidado humanizado em obstetrícia. Ou seja, o enfermeiro especialista é aquele que, por excelência, dispõe de momentos mais apropriados e reúne as características para cuidar a grávida com um potencial libertador e gerador de novos comportamentos de saúde quer para a própria, quer para a restante equipa envolvida.

O cuidado de enfermagem em obstetrícia também deve ser empoderador. Ou seja, através da criação de uma relação terapêutica com a grávida, estabelecemos a possibilidade de realizar ações educativas que respeitem a sua individualidade, estimulem o aumento do conhecimento acerca de si mesma e daquilo que a rodeia, fornecendo-lhe ferramentas para poder exercer mudanças nesse ambiente e no seu comportamento, de modo a melhorar a sua saúde.

A mulher cuidada de modo empoderador, torna-se capacitada a definir os seus próprios problemas e necessidades, é ajudada a compreender como os resolver utilizando os seus próprios recursos ou através de apoio externo, vê aumentada a sua autoestima, autoeficácia e autonomia. Especialmente no período da gravidez e parto tão circundados de medos, dúvidas e ansiedades, a mulher com maior empowerment participa na tomada de decisão, sendo promovida a sua saúde – objetivo base dos cuidados de enfermagem.

Assim sendo, e dada a necessidade de reafirmar a importância dos cuidados especializados de enfermagem em obstetrícia, sugerimos ainda o desenvolvimento de mais investigação que permita avaliar, especificamente, a relação entre os cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo gravídico-puerperal e o empowerment da mulher, tanto durante a gravidez, como no parto e período pós-parto.

## LISTA DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, A. M.; Gonçalves C. S. F.; Martins, M. A.; Silva S. T. da; Auwerter, T. C.; Zagonel, I. P. S. (Out. – Dez. 2007) – A Enfermagem e Puérperas Primigestas: Desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*. 12 (4), 416-427.

Abbyad, C.; Robertson, T. R. (2011) – African American Women’s Preparation for Childbirth from the Perspective of African American Health-Care Providers. *The Journal of Perinatal Education*. 20 (1), 45-53.

Baffour, T. D.; Jones, M. A.; Contreras, L. K. (Jul. – Set., 2006) – Family Health Advocacy: An empowerment model for pregnant and parenting African American women in rural communities. *Family & Community Health*. 29 (3), 221-228.

Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D.; Torres, E. C. R. (Jan. – Jun., 2006) – Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 7 (1), 39-48.

Camargo, A. P.; Carrapato, J. F. L. (2012) – Relação existente entre nível de stress e perfil socioeconómico de gestantes. Florianópolis: *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. ISSN 1984-2147. 4(10), 105-133.

Canavarro, M. C. (2006) – Gravidez e Maternidade: Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In: Canavarro, M. C. (coord.) – *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora, 2ª Ed.

Cardoso, A. M. R.; Santos, S. M. dos; Mendes, V. B. (Jan. – Jun., 2007) – O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? *Diálogos Possíveis*. Brasília: Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva. 141-159.

Carvalho, M. E. S. (2011) – *O Bebê Imaginário, as Memórias dos Cuidados Parentais e as Representações Sonoro-Musicais na Gravidez no Estudo da Representação da Vinculação Materna Pré-Natal e da Orientação para a Maternidade*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia. 320p.

Carter, C. (Ago. 2002) – Perinatal care of women who are addicted: implications for empowerment. *Health & Social Work*. 27 (3), 166-173.

Colman, L. L.; Colman, A. D. (1994) – *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN 972-8047-78-9. 212p.

Conde, A.; Figueiredo, B.; Costa, R.; Pacheco, A.; Pais, A. (2007) – Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 8 (1), 49-66.

Consonni, E. B.; Calderon, I. M. P.; Consonni, M.; Conti, M. H. S.; Prevedel, T. T. S.; Rudge, M. V. C. (2010) – A multidisciplinar program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*. 7 (28). 6p.

Corbett, R. W. (2008) – Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In: Lowdermilk, D. L.; Perry, S. E. – *Enfermagem na Maternidade* (pp.245-303). Loures: Lusodidacta. 7.<sup>a</sup> Ed. ISBN 978-989-8075-16-1.

Cunha, M.; Chibante, R.; André, S. (Abr. 2014) – Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Edição Especial 1), 21-26.

Duarte, J. C. (2011) – *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Figueiredo, J. V.; Freitas, L. V.; Lima, T. M.; Oliveira, A. S.; Damasceno, A. K de C. (2010) – Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*. 1 (3), 124-128.

Fortin, M.-F. (2009) – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Trad. Nídia Salgueiro. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5. 595p.

Gomes, A. G.; Donelli, T. M. S.; Piccinini, C. A.; Lopes, R. C. S. (2008) – Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*. 12 (1), 99-106.

Graça, L. M. da (2010) – *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel. 4.<sup>a</sup> Ed. ISBN 978-972-757-654-8. 756p.

Griep, R. H.; Chor, D.; Faerstein, E.; Werneck G. L.; Lopes, C. S. (Mai. – Jun., 2005) – Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 21 (3), 703-714.

- Hughes, C. (2007) – Empowerment: challenges during pregnancy. *Journal of Diabetes Nursing*. 11 (8), 288-294.
- Instituto Nacional de Estatística (2012) – *Censos 2011 Resultados Definitivos*: Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN 978-989-25-0181-9. 560p.
- Ip, W.-Y.; Tang, C. S. K.; Goggins, W. B. (2009) – An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2125-2135.
- Janssen, P. A.; Henderson, A. D.; Vedam, S. (Dez. 2009) – The experience of a planned home birth: Views of the first 500 women. *Birth*. 36 (4), 297-304.
- Kameda, Y.; Shimada, K. (2008) – Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society*. Kanazawa University. 32 (1), 39-48.
- Kobach, A. C.; Becker, J.; Worley, H. (2004) – The impact of community health workers on the self-determination, self-sufficiency, and decision-making ability of low income women and mothers of young children. *Journal of Community Psychology*. 32 (3), 343–356.
- Lee, L. Y. K.; Holroyd, E. (2009) – Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *International Nursing Review*. 56, 361-368.
- Lopes, R. C. S.; Donelli, T. S.; Lima, C. M.; Piccinini, C. A. (2005) – O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18 (2), 247-254.
- Lyberg, A.; Severinsson, E. (2010) – Fear of childbirth: mother's experience of team-midwifery care – a follow-up study. *Journal of Nursing Management*. 18, 383-390.
- Lidgren, H.; Erlandsson, K. (Dez. 2010) – Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth*. 37 (4), 309-316.
- Maçola, L.; Vale, I. N.; Carmona, E. V. (2010) – Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista Escola Enfermagem USP*. 44 (3), 570-577.
- Maier, B. (Mai. 2010) – Women's worries about childbirth: making safe choices. *British Journal of Midwifery*. 18 (5), 293-299.
- Mesquita, A. C. N. (2007) – *Empowerment na doença crónica: o associativismo na insuficiência renal*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. ISBN 978-972-99371-4-9. 143p.

Monforte, M. F. M.; Mineiro, A. L. S. (Jan. 2006) – As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing*. 16 (206), 17-23.

Nascimento, N. M. (2011) – *A Contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender*. [Em PDF]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. [Consult. 15 Jul. 2014]. Disponível em WWW:<[http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo= 2459](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo= 2459)>.

Oliveira, A. S. S.; Rodrigues, D. P.; Guedes, M. V. C.; Felipe, G. F. (2010) – Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rene*. 11 (número especial), 32-41.

Oliveira, A. S. S.; Rodrigues, D. P.; Guedes, M. V. C.; Felipe, G. F.; Galiza, F. T.; Monteiro, L. C. (Abr. – Jun. 2011) – O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção das puérperas. *Cogitare Enfermagem*. 16 (2), 247 – 253.

Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes, O. (Mar. 2011) – Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. ISSN 0871-6196. 23 (267), 8-15.

Pereira, A. L. F.; Bento, A. D. (Jul. – Set. 2011) – Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*. Fortaleza. 12 (3), 471-477.

Pereira, R. R.; Franco, S. C.; Baldin, N. (2011) – Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc*. São Paulo. 20 (3), 579-589.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008) – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa. 5.<sup>a</sup> Ed. ISBN 978-972-618-498-0. 692p.

Piccinini, C. A.; Gomes, A. G.; Nardi, T. de; Lopes, R. S. (Jan. – Mar., 2008) – Gestação e constitui o da maternidade. *Psicologia em estudo*. Maringá. 13 (1), 63-72.

Progianti, J. M.; Costa, R. F. (Mar. – Abr., 2012) – Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gesta o e no parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 65 (2), 257-263.

Rapoport, A.; Piccinini, C. A. (Abr. 2006) – Apoio social e experiência da maternidade. *Revista brasileira do crescimento e desenvolvimento humano*. São Paulo. ISSN 0104-1282. 16 (1), 85-96.

- Roth, C. A. (2004) – *A survey of perceived social support among pregnant women in the intermountain region*. Montana: Montana State University. 72p.
- Santos, I. M. B. (2012) – *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez*. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. 178p.
- Serçekus, P.; Mete, S. (2010) – Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review*. 57, 395-401.
- Silva, M. J. E. da (2010) – O papel da enfermagem em medicina materno-fetal. In: Graça, L. M. da (2010) – *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel. (162-167). 4.<sup>a</sup> Ed. ISBN 978-972-757-654-8.
- Silva, K. S.; Coutinho, E. S. F. (Mai. – Jun., 2005) – Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 21 (3), 979-983.
- Silva, S. M. A. da (2012) – *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social*. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto. 142p.
- Silva, J. R.; Silva, R. L.; Pinheiro, T. X. A. (2013) – Aprimoramento do grupo de gestantes da comunidade de morada de Fé – Macaíba/RN. *Extensão e Sociedade*. Ano 4, 1(6).
- Simas, F. B.; Souza, L. V.; Scorsolini-Comin, F. (Jan. – Abr., 2013) – Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. São Paulo. ISSN 1980-6906. 15 (1), 19-34.
- Sherbourne, C. D; Stewart, A. L. (1991) – The Medical Outcomes Study social support survey. *Soc. Science Med*, 705 – 714.
- Soares, H. M. (2008) – *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 221p.
- Spice, K.; Jones, S. L.; Hadjistavropoulos, H. D.; Kowalyk, K.; Stewart, S. (Set. 2009) – Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 30 (3), 168-174.
- Tostes, N. A. (Abr. 2012) – *Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto*. Brasília: Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia. 105p.

Trillingsgaard, T.; Elklit, A.; Shevlin, M.; Maimburg, R. (Set. 2011) - Adult attachment at the transition to motherhood: predicting worry, health care utility and relationship functioning. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. ISSN 0264-6838. 29 (4), 354–363

Upadhyay, U. D.; Karasek, D. (2012) – Women’s Empowerment and Ideal Family Size: An examination of DHS Empowerment Measures in Sub-Saharan Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 38 (2), 78-89.

Wijma, K.; Wijma, B.; Zar, M. (1998) – Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 19, 84-97.

Wijma, K.; Wijma, B. (2005) – *The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*, version A.

Zambaldi, C. F.; Cantilino, A.; Sougey, E. B. (2009) – Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 58 (4), 252-257.

## APÊNDICES



## APÊNDICE I – DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Daniela Neves Silva, enfermeira a frequentar o 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, na Escola Superior de Saúde de Viseu, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, subordinado ao tema “**Empowerment individual da grávida: alguns fatores de capacitação para a maternidade**”.

Pretende-se com este estudo, debruçarmo-nos sobre alguns dos fatores que poderão influenciar o nível de *empowerment* da mulher grávida, nomeadamente o medo do parto, a frequência de cursos de preparação para o nascimento e parentalidade, a perceção de apoio social, bem como os fatores relacionados com os antecedentes obstétricos e história obstétrica atual e outros associados às características sociodemográficas.

A sua colaboração consiste no preenchimento do questionário que se apresenta em seguida (duração de preenchimento cerca de 10 minutos). O consentimento informado procura validar a sua participação de forma livre e informada.

#### **Assim, pedimos que assine a seguinte declaração:**

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui informada de forma detalhada, dos objetivos e justificação do presente trabalho de investigação, que tem como finalidade investigar o “*Empowerment individual da grávida: alguns fatores de capacitação para a maternidade*”.

Tenho conhecimento dos procedimentos e objetivos da Investigação sobre este estudo e que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão sobre o mesmo.

Foi-me assegurado que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, assim como me foi assegurado o anonimato e que sou livre de a qualquer momento poder desistir do estudo.

Concordo e aceito em participar de livre vontade neste estudo.

Assinatura:

---

\_\_\_/\_\_\_/2013

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

**APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**



## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

### *Empowerment Individual da Mulher Grávida*

Este questionário está enquadrado no estudo “*Empowerment Individual da Mulher Grávida*”. A sua concretização apenas é possível graças à sua colaboração, através do preenchimento deste questionário. Neste sentido pedimos-lhe que leia todas as questões e responda de forma sincera e espontânea a todas as perguntas. Não existem respostas corretas ou erradas, interessa-nos a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial.

**Muito obrigada.**

#### PARTE I – DADOS BIOGRÁFICOS

1. Idade \_\_\_\_ anos
2. Estado Civil \_\_\_\_\_
3. Nível de escolaridade
 

1º Ciclo (até ao 4º ano) _____	Licenciatura _____
2º Ciclo (até ao 6º ano) _____	Mestrado _____
3º Ciclo (até ao 9º ano) _____	Doutoramento _____
Secundário (até ao 12º ano) _____	
4. Profissão atual \_\_\_\_\_
5. Qual é o rendimento mensal da sua família:
 

Inferior a 500€ _____	Entre 1000€ e 1500€ _____
Entre 500€ e 1000€ _____	Superior a 1500€ _____

#### PARTE II – DADOS OBSTÉTRICOS

##### História Obstétrica

6. Esteve grávida anteriormente? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
- Se sim, qual:
  7. O n.º gravidezes anteriores \_\_\_\_\_
  8. O n.º abortos espontâneos/morte fetal \_\_\_\_\_
  9. N.º interrupções médicas/voluntárias da gravidez \_\_\_\_\_
  10. N.º partos anteriores \_\_\_\_\_
  11. Tipo de partos:
 

Normal _____	Fórceps _____
Ventosa _____	Cesariana _____

##### Gravidez atual

12. Foi uma gravidez planeada? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
13. É uma gravidez desejada? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
14. Idade Gestacional (em semanas) \_\_\_\_\_
15. Local (ais) de vigilância da gravidez atual \_\_\_\_\_
16. Frequenta algum curso de preparação para o parto/parentalidade? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**PARTE III – QUESTIONÁRIO DE APOIO SOCIAL** (adaptado de Sherbourne. Stewart, 1991)

No seguinte questionário, para cada afirmação, deve assinalar com **um círculo** o número correspondente à opção de resposta, sendo que: **1 – “nunca”**; **2 – “raramente”**; **3 – “às vezes”**; **4 – “quase sempre”**; **5 – “sempre”**.

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:

1. Que a ajude se ficar de cama	1	2	3	4	5
2. Para lhe ouvir	1	2	3	4	5
3. Para lhe dar um bom conselho numa situação de crise	1	2	3	4	5
4. Levá-la ao médico	1	2	3	4	5
5. Que demonstre amor e afeto por si?	1	2	3	4	5
6. Para se divertir em conjunto	1	2	3	4	5
7. Para lhe dar informações que a ajudem a compreender uma determinada situação	1	2	3	4	5
8. Para confiar e falar dos seus problemas	1	2	3	4	5
9. Que lhe dê um abraço?	1	2	3	4	5
10. Com quem relaxar	1	2	3	4	5
11. Prepare refeições	1	2	3	4	5
12. De quem você realmente quer conselhos	1	2	3	4	5
13. Com quem distrair a cabeça	1	2	3	4	5
14. Faça tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5
15. Compartilhar preocupações e medos mais íntimos	1	2	3	4	5
16. Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal	1	2	3	4	5
17. Com quem fazer coisas agradáveis	1	2	3	4	5
18. Que compreenda os seus problemas	1	2	3	4	5
19. Que você ame e que a faça sentir querida	1	2	3	4	5

**PARTE IV – QUESTIONÁRIO DA EXPECTATIVA/ EXPERIÊNCIA DO PARTO** (Adaptado de Wijma, Wijma, 2005)

Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres podem ter relativamente à perspectiva do trabalho de parto e parto.

As respostas a cada questão surgem numa escala de 0 a 5. As respostas dos extremos (0 e 5 respetivamente) correspondem a extremos opostos sobre um determinado sentimento ou pensamento.

Complete, por favor, cada questão desenhando um círculo à volta do número que corresponde à resposta que mais se aproxima daquilo que **imagina que será** o seu trabalho de parto e parto. Por favor responda àquilo que **imagina que será** o seu trabalho de parto e parto e não da *maneira que espera que sejam*.

**I. Como pensa que o seu trabalho de parto e parto vão ser, como um todo?**

1. Extremamente Fantásticos	0	1	2	3	4	5	Nada fantásticos
2. Extremamente Assustadores	0	1	2	3	4	5	Nada assustadores

**II. Como pensa que se sentirá, em geral, durante o trabalho de parto e parto?**

3. Extremamente sozinha	0	1	2	3	4	5	Nada sozinha
4. Extremamente forte	0	1	2	3	4	5	Nada Forte
5. Extremamente Confiante	0	1	2	3	4	5	Nada confiante
6. Com muito medo	0	1	2	3	4	5	Sem medo algum
7. Extremamente Ansiosa	0	1	2	3	4	5	Nada ansiosa
8. Extremamente fraca	0	1	2	3	4	5	Nada fraca
9. Extremamente Segura	0	1	2	3	4	5	Nada segura
10. Extremamente Independente	0	1	2	3	4	5	Nada independente
11. Extremamente Desolada	0	1	2	3	4	5	Nada desolada
12. Extremamente Tensa	0	1	2	3	4	5	Nada tensa
13. Extremamente satisfeita	0	1	2	3	4	5	Nada satisfeita
14. Extremamente orgulhosa	0	1	2	3	4	5	Nada orgulhosa
15. Extremamente Abandonada	0	1	2	3	4	5	Nada abandonada
16. Totalmente composta	0	1	2	3	4	5	Nada composta

17. Extremamente Relaxada	0	1	2	3	4	5	Nada relaxada
18. Extremamente feliz	0	1	2	3	4	5	Nada feliz

**III. O que acha que vai sentir durante o trabalho de parto e parto?**

19. Pânico extremo	0	1	2	3	4	5	Nenhum pânico
20. Desespero extremo	0	1	2	3	4	5	Nenhum desespero
21. Imensa ansiedade Para conhecer o bebé	0	1	2	3	4	5	Nenhuma ansiedade Para conhecer o bebé
22. Auto-confiança extrema	0	1	2	3	4	5	Nenhuma autoconfiança
23. Extrema confiança	0	1	2	3	4	5	Nenhuma confiança
24. Dores extremas	0	1	2	3	4	5	Nenhumas dores

**IV. O que pensa que vai acontecer quando o parto for mais intenso?**

25. Vou-me comportar muito mal	0	1	2	3	4	5	De todo, não me vou comportar mal
26. Vou deixar que o meu corpo assuma o controlo total	0	1	2	3	4	5	Não vou deixar, de todo, que o meu corpo assuma o controlo total
27. Vou perder totalmente o controlo de mim mesma	0	1	2	3	4	5	Não vou perder, de todo, o controlo de mim mesma

**V. Como imagina que será o verdadeiro momento em que parir o seu bebé?**

28. Extremamente Agradável	0	1	2	3	4	5	Nada agradável
29. Extremamente natural	0	1	2	3	4	5	Nada natural
30. Totalmente como Deveria ser	0	1	2	3	4	5	Nada como deveria ser
31. Extremamente Perigoso	0	1	2	3	4	5	Nada perigoso

**VI. Durante o último mês, teve fantasias sobre o trabalho de parto e parto como por exemplo...**

32. ... fantasias que o bebé irá morrer durante o parto? Nunca	0	1	2	3	4	5	Muitas vezes
33. ... fantasias que o bebé irá ser magoado durante o parto? Nunca	0	1	2	3	4	5	Muitas vezes

**PARTE V – QUESTIONÁRIO DO EMPODERAMENTO DA MULHER GRÁVIDA** (adaptado de Kameda, Shimada, 2008)

No seguinte questionário, deverá seleccionar com **uma cruz (x)** as opções **que melhor correspondem** ao modo como se sente perante a sua gravidez e parto.

Escala do Empoderamento da Grávida	1	2	3	4
	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
<b>Auto-eficácia</b>				
1. Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha				
2. Posso muito bem lidar com o que me preocupa				
3. Posso muito bem cuidar do que eu preciso durante a gravidez				
4. Provavelmente, eu posso determinar quando ir ao médico				
5. Eu sempre posso obter informações a considerar para o plano e instalações para o parto				
6. Eu posso obter as informações que preciso de profissionais médicos				
<b>Imagem futura</b>				
7. Eu não me consigo imaginar a criar os meus filhos				
8. Eu sinto a realidade de que vou ser uma mãe				
9. Eu tenho a minha imagem ideal do parto				
10. Imagino como será o meu parto				
11. Não posso imaginar um aumento da minha família				
12. Imagino como será a minha gravidez				
<b>Auto-estima</b>				
13. Eu acho que a minha força para o parto é menor que a das outras pessoas				
14. Eu posso ter um parto como as outras pessoas				
15. Eu não estou confiante sobre estar grávida				
16. Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez				
17. Estou satisfeita com a minha vida				
18. Quando não sei o que fazer, eu posso provavelmente pesquisar e resolver o problema sozinha				
19. Eu consigo viver com uma atitude positiva				
<b>Apoio e garantias dos outros</b>				
20. A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser				
21. A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual e dão apoio				
22. Posso consultar com outras pessoas e pedir ajuda para alcançar os meus objetivos				
23. Eu posso pedir ajuda sempre que necessitar				
<b>Alegria de uma adição à família</b>				
24. Estou ansiosa para a vida após o parto				
25. Gostaria de desfrutar da minha gravidez				
26. Eu sinto carinho pelo meu bebé por nascer				
27. Estou entusiasmada com a perspectiva do parto				

Verifique, por favor, se não deixou respostas em branco.

Muito obrigada pela sua colaboração.



**ANEXOS**

**ANEXO I – Pedidos de autorização aos conselhos de administração e deferimento**



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102  
3500-843 VISEU  
Telf. 232 419 100  
Telem. 961 011 800  
Fax 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Diretor Executivo do  
**ACES Baixo Mondego**  
Rua Luís de Camões, Nº 150  
3000-251 COIMBRA

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 58	Data: 16/01/2013
Processo:		Processo: 70	

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Daniela Neves Silva, do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Empowerment individual da grávida: alguns fatores de capacitação para a maternidade". Pretende-se com este estudo: determinar os níveis de empowerment das gestantes no terceiro trimestre; verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a história obstétrica com o nível de empowerment da grávida no último trimestre; avaliar a relação entre o medo do parto, a perceção de apoio social e a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade com o empowerment da gestante no último trimestre.


Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne a autorizar a recolha de dados/informação junto das grávidas frequentadoras da Consulta de Vigilância da Saúde da Grávida no Centro de Saúde da Mealhada (sede) e no Centro de Saúde de Cantanhede (sede), no período previsto de Janeiro a Maio de 2013.

Tratando-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo-relacional, a recolha será feita através de questionário individual de auto-preenchimento. A amostra intencional será constituída por grávidas adultas no terceiro trimestre de gestação, sendo pedida autorização prévia para colaborar no estudo e garantido o anonimato das participantes.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados e do Consentimento Informado, bem como o Curriculum Vitae da investigadora e cópia do Cartão de Cidadão e Cédula Profissional.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição que administram. Mais informamos que a professora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

  
O Presidente da ESSV,  
Professor Doutor Carlos Pereira

MF/NC

**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.**  
*Unidade de Inovação e Desenvolvimento*  
*Centro de Ensaios Clínicos*

Exm.<sup>a</sup> Senhora  
Enf<sup>a</sup> Daniela Neves Silva

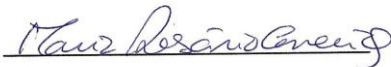
26/06/2013

Junto envio a V. Ex.<sup>a</sup>, a autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do CHUC, em relação ao Projecto de Investigação:

**CHUC-011-13 – “Empowerment individual da grávida: alguns factores de capacitação para a maternidade”**

Com os melhores cumprimentos,

PI' Unidade de Inovação e Desenvolvimento



(M.<sup>a</sup> do Rosário Conceição)  
Assistente Técnico

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Visto / A.U.I.D.  
para difusão

*16/04/2013*

Exmo. Senhor *Prof. Doutor José Pedro Figueiredo*  
Director Clínico do  
CHUC, E.P.E. *Director Clínico*  
*C.H.U.C. - FFE*

N/Ref.º  
CES

Of. Nº  
0081

Data  
08.04.2013

ASSUNTO: [CHUC-011-13] - *Estudo Observacional "Empowerment individual da grávida: alguns factores de capacitação para a maternidade"* - Daniela Neves Silva - aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia - Escola Superior de Saúde de Viseu (Consulta Externa da Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Dr. Daniel de Matos - CHUC).

Cumpr-me informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE, reunida em 05 de Abril de 2013, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por maioria.

Fundamentação:

O estudo tem como objectivos: 1) Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra; 2) Determinar os níveis de *empowerment* individual das gestantes no terceiro trimestre; 3) Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a história obstétrica com o nível de *empowerment* individual da grávida no último trimestre; 4) Avaliar a relação entre o medo do parto, a percepção de apoio social e a frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade com o *empowerment* individual da gestante no último trimestre.

O estudo será realizado na Consulta Externa da MDM e MBB, recorrendo ao preenchimento de 4 questionários durante o tempo de espera para a consulta. Face à análise da documentação apresentada, importa referir que o consentimento informado deve ser mais explícito quanto ao carácter íntimo de algumas questões que podem, eventualmente, suscitar algum desconforto. Deve, ainda, referir o número e o tempo previsto para preencher os questionários.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC, E.P.E.

*Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros*  
Presidente da CES do HUC-CHUC

A CES do HUC-CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Padre José António Afonso Pais; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Dra. Alexandra Vilela; Padre José António Afonso Pais

A CES do HSC-CHUC: Dra. Cláudia Santos; Dra. Conceição Pascoal; Dr. Paulo Figueiredo; Enf.ª Fernanda Pereira.

A CES do HG-CHUC: Dra. Alice Tarcato; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dra. Maria Helena Gomes; Dr. José

Av. Bissaya Barreto, Ant.º 11, 3000-075 Coimbra  
3000-075 Coimbra

E-mail: secetica@huc.min-saude.pt

Tel.: 239 400 408

Fax: 239 405 646



**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.**  
*Unidade de Inovação e Desenvolvimento*  
Centro de Ensaios Clínicos

**AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

CHUC	011	13
------	-----	----

**NOME DO PROJECTO:**

*Empowerment individual da grávida: alguns factores de capacitação para a maternidade*

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

*Enfª Daniela Neves Silva*

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 30 / 5 / 13

Presidente do Conselho de Administração  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)