

Dedico este trabalho ao meu marido Luís pelo amor, carinho, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que me transmite nos momentos mais difíceis... por me mostrar que sou capaz e por estar sempre presente.

AGRADECIMENTOS

À minha família por estar presente nos momentos mais difíceis e pelo apoio dado ao longo de todo este percurso;

À Professora Doutora Manuela Ferreira e ao Professor Doutor João Duarte por toda a colaboração e disponibilidade sempre demonstrada;

A todas as grávidas que preencheram os questionários e possibilitaram a concretização deste trabalho;

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira – EPE; Ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – EPE; À Direção do ACES Cova da Beira;

Aos colegas que colaboraram na entrega e recolha dos questionários;

À minha colega e amiga Carla Antunes pela sua disponibilidade, apoio e ajuda preciosa;

Finalmente, a todos os amigos e colegas que me apoiaram ao longo desta caminhada.

A todos aqui referidos um bem-haja.

RESUMO

Título do Trabalho: Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez.

Enquadramento: Sendo a gravidez um período de adaptação física e psicológica, surge o conceito de promoção da saúde da grávida. Esta deve dispor de informação suficiente e objetiva em cada etapa do processo de maternidade de forma a adquirir autonomia e empoderamento. Torna-se pertinente estudar os fatores que influenciam o empoderamento da grávida, no sentido de o melhorar.

Objetivos: Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico da grávida; Relacionar as variáveis sociodemográficas e obstétricas com o empoderamento da grávida; Relacionar a transmissão de informação durante a gravidez com o empoderamento da grávida.

Métodos: Trata-se de um estudo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional com uma amostra não probabilística por conveniência (n=195). A recolha de dados efetuou-se através de um questionário constituído por uma componente sociodemográfica e história obstétrica (anterior e atual) e uma escala de empoderamento da grávida (KAMEDA; SHIMADA, 2008). Este instrumento de colheita de dados foi aplicado a grávidas no terceiro trimestre de gravidez.

Resultados: O empoderamento da grávida é influenciado pelas variáveis sociodemográficas e as variáveis obstétricas. A informação transmitida durante a gravidez apenas influencia o empoderamento da grávida na informação sobre dúvidas relativas à gravidez e parto. O emissor de informação durante a gravidez (aleitamento materno; alimentação e aumento de peso na gravidez; hábitos nocivos na gravidez e atividade/repouso) interage na predição do empoderamento da grávida.

Conclusão: A educação para a saúde durante a gravidez, é essencial, no sentido da autonomia e empoderamento da grávida. O profissional de saúde tem um papel de destaque na transmissão de informação durante a gravidez, como confirmado pelos resultados obtidos.

Palavras-chave: Informação na gravidez; Empoderamento da grávida.

ABSTRACT

Title: Pregnant women's empowerment during pregnancy surveillance.

Background: Since the pregnancy is a period of physical and psychological adaptation, the concept of health promotion for pregnant women emerges. She must have sufficient and objective information in each stage of motherhood in order to achieve autonomy and empowerment. It becomes pertinent to study the factors that influence pregnant women's empowerment in order to improve it.

Objectives: To describe the sociodemographic and obstetric profile of pregnant women; Relate the sociodemographic and obstetric variables with the empowerment of pregnant women; Relate information transmission during pregnancy with pregnant women's empowerment.

Method: This is a non-experimental, quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study with a non-probability convenience sample (n=195). Data collection was made through a questionnaire comprising a sociodemographic component and obstetric history (previous and current) and a pregnant women's empowerment scale (KAMEDA; SHIMADA, 2008). This data collection instrument was administered to pregnant women in the third pregnancy trimester.

Results: The pregnant women's empowerment is influenced by sociodemographic and obstetric variables. The information transmitted during pregnancy only affects pregnant women's empowerment in the information on questions relating to pregnancy and childbirth. The information's transmitter during the pregnancy (breastfeeding; feeding and weight gain in pregnancy; harmful habits in pregnancy and activity/rest) interact in the prediction of the pregnant women's empowerment.

Conclusion: The health education during pregnancy is essential to the autonomy and empowerment of the pregnant women. Health professionals have an important role in information transmission during pregnancy, as confirmed by the results.

Keywords: Information in pregnancy; Pregnant women's empowerment.

ÍNDICE GERAL

1 – INTRODUÇÃO	23
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2 – GRAVIDEZ E MATERNIDADE.....	27
2.1 – GRAVIDEZ E MATERNIDADE COMO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO	27
2.2 – A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE MATERNO-FETAL.....	29
3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E EMPODERAMENTO	35
3.1 – EMPODERAMENTO DA GRÁVIDA.....	36
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
4 – MÉTODOS.....	43
4.1 – PARTICIPANTES	46
4.2 – INSTRUMENTOS	47
4.2.1 – Estudo psicométrico da escala de empoderamento da grávida.....	48
4.3 – PROCEDIMENTOS	54
4.4 – ANÁLISE DE DADOS.....	54
5 – RESULTADOS	57
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	57
5.1.1 – Caracterização relativa às variáveis obstétricas.....	57
5.1.2 – Caracterização relativa à escala de empoderamento da grávida.....	66
5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	67
6 – DISCUSSÃO.	85
6.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	85
6.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	86
7 – CONCLUSÕES	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
APÊNDICES.....	109

APÊNDICE I – Caracterização sociodemográfica da amostra	111
APÊNDICE II – Instrumento de colheita de dados	115
APÊNDICE III – Conceptualização e operacionalização das características sociodemográficas, história de gravidez anterior e história de gravidez atual.....	121
APÊNDICE IV – Caracterização psicométrica da escala de empoderamento da grávida.....	131
APÊNDICE V – Quadros representativos do estudo psicométrico da escala empoderamento da grávida	133
APÊNDICE VI – Consentimento informado às grávidas inquiridas.....	141
APÊNDICE VII – Quadros representativos da análise descritiva.....	143
APÊNDICE VIII – Tabelas representativas da análise descritiva	149
APÊNDICE IX – Tabelas representativas da análise inferencial	151
ANEXOS.....	169
ANEXO I – Pedidos de autorização aos conselhos de administração e respetivo deferimento.....	171

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica	113
Quadro 2 – Consistência interna da escala empoderamento da grávida e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach	133
Quadro 3 – Consistência interna da escala empoderamento da grávida com exclusão do item 10.....	134
Quadro 4 – Testes de verificação da validade da análise fatorial.....	135
Quadro 5 – Composição de cada fator (8 fatores)	135
Quadro 6 – Fatores identificados na análise fatorial (8 fatores)	136
Quadro 7 – Composição de cada fator (5 fatores)	136
Quadro 8 – Fatores identificados na análise fatorial (5 fatores)	137
Quadro 9 – Correlações de Pearson e Alpha de Cronbach.....	137
Quadro 10 – Correlação dos itens com as subescalas do empoderamento da grávida	138
Quadro 11 – Matriz de correlação de Pearson entre subescalas e o empoderamento da grávida.....	139
Quadro 12 – Caracterização da amostra relativa às variáveis Obstétricas.....	143
Quadro 13 – Informação na Gravidez	145
Quadro 14 – Emissor de informação na gravidez	145
Quadro 15 – Caracterização do valor total do Empoderamento e das suas dimensões	147

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 - Idade.....	111
Tabela 2 – N.º de gestações anteriores	149
Tabela 3 – N.º de filhos.....	149
Tabela 4 – N.º de consultas	149
Tabela 5 – Tempo de amamentação anterior (meses).....	149
Tabela 6 – N.º de semanas de gravidez	149
Tabela 7 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Grupos de idades e Empoderamento da grávida.....	151
Tabela 8 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Grupos de estado civil e Empoderamento da grávida.....	151
Tabela 9 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Coabitação e Empoderamento da grávida.....	151
Tabela 10 – Teste Kruskal Wallis: Associação entre Grupos de Escolaridade e Empoderamento da grávida.....	152
Tabela 11 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Escolaridade e Empoderamento da grávida	152
Tabela 12 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e os Grupos de Escolaridade.	152
Tabela 13 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Grupos de situação profissional e Empoderamento da grávida	153
Tabela 14 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Residência e Empoderamento da grávida.....	153
Tabela 15 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Existência de filhos e Empoderamento da grávida.....	153
Tabela 16 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Experiência de amamentação e Empoderamento da grávida	154

Tabela 17 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Local de vigilância de gravidez e Empoderamento da grávida.....	154
Tabela 18 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Problemas na gravidez atual e Empoderamento da grávida.....	154
Tabela 19 – Teste <i>t-Student</i> : Associação entre Existência de medo/receio relativos à gravidez e parto e Empoderamento da grávida.....	155
Tabela 20 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre aleitamento materno e Empoderamento da grávida.....	155
Tabela 21 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre aleitamento materno e Empoderamento da grávida.....	155
Tabela 22 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre aleitamento materno e Empoderamento da grávida.....	156
Tabela 23 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre aleitamento materno.	156
Tabela 24 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre desconfortos na gravidez e Empoderamento da grávida.....	156
Tabela 25 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre desconfortos na gravidez e Empoderamento da grávida.....	157
Tabela 26 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre desconfortos na gravidez e Empoderamento da grávida.....	157
Tabela 27 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre desconfortos na gravidez.	157
Tabela 28 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e Empoderamento da grávida.....	158
Tabela 29 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e Empoderamento da grávida.....	158
Tabela 30 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e Empoderamento da grávida.....	158

Tabela 31 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez.....	159
Tabela 32 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre hábitos nocivos na gravidez e Empoderamento da grávida.....	159
Tabela 33 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez e Empoderamento da grávida	160
Tabela 34 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez e Empoderamento da grávida.....	160
Tabela 35 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez.	160
Tabela 36 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre atividade/repouso na gravidez e Empoderamento da grávida.....	161
Tabela 37 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez e Empoderamento da grávida.....	161
Tabela 38 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez e Empoderamento da grávida.....	162
Tabela 39 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez.	162
Tabela 40 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e Empoderamento da grávida ...	162
Tabela 41 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e Empoderamento da grávida.....	163
Tabela 42 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez.....	163
Tabela 43 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre atividade sexual durante a gravidez e Empoderamento da grávida	163

Tabela 44 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez e Empoderamento da grávida	164
Tabela 45 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez e Empoderamento da grávida.....	164
Tabela 46 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez	164
Tabela 47 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e Empoderamento da grávida.....	165
Tabela 48 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e Empoderamento da grávida.....	165
Tabela 49 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e Empoderamento da grávida.....	166
Tabela 50 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas	166
Tabela 51 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez/parto/pós-parto e Empoderamento da grávida	166
Tabela 52 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto e Empoderamento da grávida	166
Tabela 53 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto e Empoderamento da grávida	167
Tabela 54 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto.....	167

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho de investigação do estudo	45
--	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

CPN – Consulta Pré-Natal

Dp – Desvio padrão

EPE – Entidade Pública Empresarial

F – Valor do teste F One-Way Anova

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

N.º – Número

n – Número de observações

OM – Ordem Média

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

PNS – Plano Nacional de Saúde

Prof. – Profissionais

r – Valor da correlação Pearson

R² – Coeficiente de determinação

RN – Recém-nascido

SPSS – Statistical Package for Social Science

t – *t de student*

UMW – U-Mann-Whitney

WHO – World Health Organization

\bar{X} – Média

X² – Qui-Quadrado

1 – INTRODUÇÃO

A experiência de gravidez e maternidade é caracterizada nos dias de hoje como uma possibilidade de opção. Os métodos anticoncepcionais, as tecnologias de fertilização, a monitorização do desenvolvimento fetal e analgesia de parto, o acesso a quase todas as carreiras de mercado de trabalho, a flexibilização dos valores sobre a sexualidade e as relações íntimas abrem caminho para que a mulher possa decidir o que fazer no domínio da saúde, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos. Paradoxalmente, a maioria das mulheres não possui pré-requisitos necessários de forma a fazer opções refletidas e de acordo com os seus desejos mais íntimos usufruir deste momento do seu ciclo de vida da melhor forma possível (CANAVARRO, 2001).

Sendo esta uma fase do ciclo vital onde a mulher sente uma perda de controlo e de poder, alvo de uma grande, e por vezes contraditória, quantidade de recomendações e prescrições, que nem sempre consegue adaptar à sua própria realidade, surge assim, a grande necessidade da educação para a saúde da grávida (FIGUEIREDO, 2001); (CONDE, 2007).

Olhando para os resultados em saúde, pode verificar-se que défices na preparação e planeamento durante a gravidez são responsáveis por uma maior incidência de complicações no parto, levando a partos distócicos, problemas no pós-parto e menor prevalência do aleitamento nos primeiros seis meses de vida do bebé (REYNOLDS et al., 2004); (MARINHO; LEAL, 2004). No sentido da promoção da saúde, com a necessidade de uma nova abordagem da prestação de cuidados às grávidas e de preparação para a maternidade, surge o conceito do empoderamento. As pessoas envolvidas no processo de empoderamento têm mais controlo sobre as decisões importantes e as estruturas sociais que influenciam as suas vidas (LAVERACK, 2008).

Como centro da assistência prestada durante o processo de gravidez, parto e pós-parto, os cuidados devem ser centrados na mulher, adequando-se às circunstâncias e necessidades pessoais, respeitando as suas opções. Para que possa tomar opções de forma conscienciosa e saudável, a grávida deve dispor de uma informação suficiente e objetiva em cada etapa do processo de gravidez (FAME, 2009). O empoderamento da grávida visa assim, uma intervenção integrada e sistemática que assegure uma continuidade dos cuidados durante a gravidez, parto e período pós-natal.

Com base neste panorama, o presente estudo tem como principais objetivos: Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico da grávida; Relacionar a variáveis sociodemográficas e obstétricas com o empoderamento da grávida; Relacionar a transmissão de informação durante a gravidez com o empoderamento da grávida.

Partindo desta base, o estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. Na primeira parte faz-se o enquadramento das perspetivas teóricas da problemática, considerando-se pertinente num capítulo, uma breve abordagem sobre gravidez e maternidade, as suas implicações como processo de adaptação e a assistência de saúde Materno-Fetal. O empoderamento e os fatores que estão na sua génese e o empoderamento na grávida propriamente dito, são abordados no segundo capítulo do enquadramento teórico.

A segunda parte consta do trabalho empírico, dividido em quatro capítulos. O primeiro diz respeito às considerações metodológicas, onde é descrito o tipo de estudo, designadamente os procedimentos metodológicos adotados, desde a seleção da amostra, até à sua caracterização, descrevendo os instrumentos e métodos de recolha de dados. No segundo capítulo é feita a apresentação e análise estatística aplicada aos dados, e a análise inferencial dos resultados. O terceiro capítulo é respeitante à discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados, onde se procura efetuar um confronto entre os dados obtidos mais significativos e a opinião dos autores consultados e referidos na fundamentação teórica.

Por fim apresentamos as conclusões que resultam da análise interpretativa dos dados e que são simultaneamente de grande pertinência à problemática em análise.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 – GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Sendo a gravidez um processo fisiológico considerado normal, caracterizado por mudanças repentinas a diversos níveis (físicos, emocionais, sociais, económicos e familiares), assume um papel crucial na vida de cada mulher, e é vivenciada de forma individual de acordo com as necessidades, crenças, modo de vida e experiência pessoal. Uma gravidez pode favorecer a autoestima e trazer satisfação pessoal, ou por sua vez, proporcionar uma forma de permanecer dependente de outras pessoas, já que durante a gravidez ou no período do pós-parto, a mulher pode libertar-se de pressões profissionais e sociais. Há ainda algumas mulheres que experienciam uma gravidez mais tardia, sendo assinalada como um ritual de passagem para se tornarem mulheres completamente adultas (COLMAN; COLMAN, 1994).

Mais do que acontecimentos, gravidez e maternidade são processos que tendo durações temporais diferentes, encontram-se interdependentes, de acordo com Canavarro (2001), a gravidez é um período de cerca 40 semanas, que acontece entre a concepção e o parto, e permite a preparação para a maternidade, dando início a um processo de ligação, ansiedade e fantasia pelo novo ser, permitindo que o projeto de maternidade cresça e consolide de forma progressiva e saudável.

2.1 – GRAVIDEZ E MATERNIDADE COMO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO

As mudanças inerentes ao processo de maternidade são múltiplas e exigem, frequentemente, alterações variadas e complexas dos papéis familiares e, na verdade, a forma como esta adaptação é vivida pela família poderá influenciar a qualidade da saúde dos seus membros.

Os nove meses de gravidez preparam a mulher de uma forma indispensável à maternidade que se aproxima, segundo Colman e Colman (1994), cada mulher vive a sua gravidez tanto física e psicologicamente como social e culturalmente, na medida em que se verificam mudanças na sua imagem corporal, alterações hormonais, confusão de apoios em mudanças e expectativas culturais que se vão refletir na sua vida mental. Também as mudanças na identidade acompanham as mudanças corporais e os papéis sociais, pelo

que, sem dúvida que o processo quer seja mais suave ou mais violento, quer lhe transmita confiança ou seja assustador, quer seja feliz ou triste, é com certeza, fonte de mudança.

Como referem Faustino e Coelho (2005), durante a gravidez, um conjunto de tarefas de adaptação ao corpo que se transforma, a presença de um ser em gestação e a preparação para as funções de mãe, correspondem a um aumento da vulnerabilidade psicoafectiva, com um aumento da ansiedade, focalizada sobretudo no parto, na saúde do filho e na expectativa quanto ao desempenho como mãe. De acordo com Canavarro (2001), a gravidez, independente de ser planeada ou não, constitui sempre um momento de crise na vida de uma mulher/casal, por todas as mudanças que têm que ocorrer no seu decurso, a todos os níveis.

Existem relatos de algumas das necessidades, provenientes das transformações vivenciadas pelas mulheres, no que respeita à autoestima, aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber o que acontece com seu corpo (ESTEVES; SILVA; SILVA, 2010).

Segundo as mesmas autoras, durante o período gestacional, a mulher passa por profundas transformações em tempo limitado, tanto no âmbito corporal como no emocional e estas mudanças estão intimamente relacionadas, gerando inúmeras necessidades. Tendo em conta questões não só biológicas, como também sociais, psicológicas e culturais, a preparação da mulher e sua família para uma vivência plena da gravidez refletem diretamente no parto e na maternidade (SILVA, 2008). Seguindo esta linha de pensamento, Lopes e Fernandes (2005) traçam a gravidez como uma crise de maturação, que por vezes pode ser angustiante, mas ao mesmo tempo recompensadora, à medida que surgem novas responsabilidades. O autoconceito da mulher deve alterar-se ajustando-se ao novo papel de mãe.

Nesse sentido, torna-se oportuno referir que o exercício da maternidade deve ser compreendido como um processo social, culturalmente construído e que, por isso, necessita ser aprendido no dia-a-dia, por transmissão de conhecimento, de vivências e de ajuda.

Um estudo feito por Tarkka, Paunonen e Laipalla (2000, Cit. por Soares, 2008) conclui que as mulheres que assistiram a experiência da maternidade pela primeira vez, sofreram mudanças significativas nas suas vidas durante a gravidez, parto e 3 meses após o parto. Ainda segundo a opinião destes autores, as mulheres que vivem o processo de maternidade pela primeira vez podem experienciar stress e preocupação, face aos cuidados a prestar aos filhos, uma vez que elas precisam de aprender a reconhecer os sinais e comportamentos do filho de forma a responder adequadamente às suas necessidades.

A transição para a parentalidade envolve um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais nos relacionamentos significativos da grávida, em particular com o companheiro e com a família (RITTER et al., 2000). O seu apoio representa um fator importante na rede de apoio para o sucesso de um processo de adaptação eficaz (LOPES; FERNANDES, 2005).

Por sua vez, os profissionais de saúde, como promotores de saúde e da homeostasia, neste período em que a mulher e futura mãe se encontra envolta de inúmeros desafios, de medos e expectativas, compete-lhes estabelecer um processo de relação de ajuda, de forma a promover a saúde e o bem-estar das famílias (MONFORTE; MINEIRO, 2006); (CORREIA et al., 2007); (SILVA, 2008). Segundo Silveira e Ferreira (2011) os profissionais de saúde possuem um papel importantíssimo na vigilância e suporte da grávida e sua família, já que neste período delicado, estão despertos para possíveis desequilíbrios e perturbações, não só a nível físico, mas também psicológico e emocional. É importante que os profissionais de saúde reconheçam as necessidades sociais e económicas, os problemas de relacionamento com o marido/companheiro, o baixo nível educacional, a falta de apoio da família e até antecedentes psiquiátricos que influenciam os cuidados de saúde durante a gravidez (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Sendo esta, uma etapa envolta de riscos para a mãe e para o recém-nascido (RN), torna-se necessário programar a assistência de saúde Materno-Fetal de forma a minorar estes problemas, permitindo uma evolução favorável da gravidez, parto e pós-parto.

2.2 – A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE MATERNO-FETAL

A assistência de saúde Materno-Fetal tem sido aperfeiçoada e constituiu uma preocupação urgente das políticas de saúde em Portugal, tornando-se acessível a todas as mulheres. Para uma melhoria dos cuidados a nível da saúde materna e infantil, com o objetivo primordial de reduzir os indicadores de mortalidade e os fatores de morbilidade materno-infantil, têm sido efetuados investimentos desde 1989, ano em que foi criado o programa Nacional de Saúde Materno Infantil e a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil. É um programa que tem a responsabilidade de assegurar equidade no acesso à vigilância da grávida, do RN, da criança e do adolescente a nível nacional (CNSMN, 2006).

Desde a década de 1990 até então, registaram-se inúmeros investimentos no equipamento e programas nos centros de saúde para a vigilância da gravidez e do puerpério, preparação para o parto, aconselhamento em amamentação, visitas pós-parto,

planeamento familiar e saúde infantil, e melhorou-se a articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais (CNSMN, 2006).

Portugal tem tido uma evolução positiva e é referida como exemplo pela OMS como um dos países mais bem-sucedidos na redução da mortalidade fetal, neonatal e materna. No entanto, a sustentabilidade destes resultados está dependente da evolução social. Indicadores relacionados com a idade tardia da gravidez, os tratamentos da infertilidade, o tabagismo e o álcool são causas de maior número de gestações de risco, mais prematuridade e RN com baixo peso e atraso de crescimento intrauterino e ainda do elevado número de partos por cesariana (APEO, 2010).

Segundo o Programa da Direção Geral de Saúde (DGS) o acompanhamento da grávida e RN é da responsabilidade dos cuidados primários, do médico e do enfermeiro de família, em articulação com os hospitais, em situações de risco. Uma percentagem não conhecida de grávidas e crianças é seguida por especialistas de Obstetrícia em regime privado. De acordo com a FAME (2009), uma das condições para uma boa assistência Materno-Infantil é a correta coordenação entre os serviços de Obstetrícia dos hospitais e os cuidados de saúde primários. O seu principal objetivo é a continuidade do processo de gravidez, parto e pós-parto.

O boletim de saúde da grávida, as normas da DGS que definem tarefas específicas para cada grupo de profissionais e as Unidades Coordenadoras Funcionais para estimular a interligação, foram criadas para ajudar e facilitar o trabalho de vigilância de saúde Materno-Fetal (ALVES et al., 2000).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2011/2016, ainda em fase de construção, considera o projeto “Nascer com saúde” como uma das etapas do Ciclo de Vida, onde se engloba a saúde da grávida desde a concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e RN até aos 28 dias de vida. Há evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível do planeamento e acompanhamento da gravidez, preparação para a parentalidade, estilos de vida saudáveis da grávida, incluindo do consumo de álcool e tabaco, preparação para o parto, tanto física como psicologicamente, amamentação e imunização. Este projeto inclui ainda aspetos como a promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto, através dos cuidados de saúde primários, a maior facilidade ao acesso aos cuidados de planeamento familiar, inclusive nas situações de infertilidade, o desenvolvimento de ações dirigidas a públicos específicos, como, adolescentes e os grupos mais vulneráveis que apresentam piores indicadores na área da saúde reprodutiva e a visita ao domicílio pelos Centros de Saúde. As taxas de cesarianas são contempladas nos indicadores de qualidade utilizados para monitorizar o desempenho

dos hospitais e o aleitamento materno é visto como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais (PORTUGAL, 2011).

O cuidado pré-natal promove um exercício de comportamentos saudáveis pela mulher, tais como a boa nutrição, o exercício regular, as imunizações que propiciam conhecimentos sobre a segurança infantil e doméstica como também da amamentação. Possibilita ainda identificar e evitar comportamentos de risco, como o tabaco, álcool e o uso de drogas (ZAMPIERI, 2006).

Tal como realça Alves et al. (2000), o principal objetivo da assistência de saúde pré-natal tem a ver com a prevenção de problemas de saúde que possam interferir com a saúde da mãe e da criança, e por sua vez permitem preparar a mãe para o parto e maternidade. Implica, também, para além de promover a amamentação, estimular os laços afetivos entre mãe-pai-criança e a promoção da autoestima da mãe.

A gravidez é um período de grande suscetibilidade, e uma baixa autoestima pode trazer consequências negativas para a díade mãe/RN e para o desenvolvimento infantil. As características que sugerem vulnerabilidade social para a vida da grávida, como o baixo nível de escolaridade, menor condição socioeconómica e pouco apoio familiar estão associadas à maior probabilidade da mulher apresentar sintomas depressivos, ansiedade e queixas somáticas que afetam o desempenho das atividades diárias durante a gravidez (SILVA et al., 2010); (DIAS et al., 2008).

Seria interessante garantir na assistência pré-natal momentos para discussões sobre expectativas relacionadas à maternidade, sentimentos durante a gravidez, participação ou não do companheiro e preocupações com a gravidez ou decorrentes dela, como as condições socioeconómicas, dificuldades em conciliar emprego, o papel de mãe, problemas de saúde durante a gravidez, entre outras questões (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

A assistência de saúde pré-natal procura sobretudo, avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, em todas as dimensões (fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual), identificando os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e possibilitando o encaminhamento da grávida para níveis de referência de maior complexidade, que assegurem o tratamento precoce dos fenómenos de risco identificados (ZAMPIERI, 2006). Em suma, a assistência pré-natal tem como objetivo global assegurar que gravidez culmine no nascimento de uma criança saudável, sem prejuízo para a saúde materna (MACHADO, 2000).

A consulta pré-natal (CPN) visa cuidar da saúde mãe-filho, englobando o pai, preparando-os para vivenciar o processo de nascimento de forma tranquila e saudável, para o exercício dos novos papéis. Preconiza-se uma consulta pré-concepcional e a sua

continuidade após o parto por um ano, com os cuidados com o bebê (ALVES et al., 2000). As consultas terão uma determinada periodicidade, consoante o grau de risco da gravidez (FERNANDES, 2008). Considera-se gravidez de baixo risco aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica, nenhum fator acrescido de morbidade materna, fetal e/ou neonatal. Uma gravidez de risco, podendo o risco ser dinâmico ao longo da gravidez, deve ser reavaliado em todas as consultas. A sua identificação é realizada através da anamnese, exame físico e avaliações clínicas (DGS, 2011).

O ritmo de consulta recomendado pela DGS prevê uma consulta mensal até à 36ª semana de gestação, seguida de consulta quinzenal da 36ª à 40ª semana de gestação, num total de cerca de 10 consultas. No entanto, o esquema pode ser alterado de acordo com as particularidades de cada grávida (FERNANDES, 2008).

A precocidade da 1ª consulta é importante dado permitir uma datação mais correta da gravidez, uma avaliação do risco de patologia que pode conduzir a uma decisão de aborto dentro do quadro legal, a prescrição de ácido fólico e o sobreaviso sobre exposição a fatores patogénicos (ALVES et al., 2000); (ZAMPIERE, 2006). A participação do companheiro, o contexto familiar, no qual a mulher está inserida, a aceitação da gravidez, bem como as crenças pessoais da grávida devem ser aspetos a considerar (ZAMPIERE, 2006).

Os objetivos da CPN são: providenciar aconselhamento, informação e apoio à grávida e acompanhante; minorar a sintomatologia associada à gravidez e ajudar a grávida na adaptação às alterações fisiológicas; proporcionar um programa de rastreio/vigilância, clínico e laboratorial, com fim a assegurar o normal decurso da gravidez e a deteção precoce de possíveis anomalias (MACHADO, 2000). A sua pertinência é evidenciada por inúmeros estudos que demonstram uma maior incidência de complicações durante a gravidez em grávidas sem cuidados pré-natais regulares. Estas consultas possibilitam para além da monitorização do bem-estar da grávida, do desenvolvimento do feto e do aparecimento de quaisquer problemas, a oportunidade de orientar a grávida acerca da gravidez visando à manutenção da própria saúde, dissipando medos, aumentando a sua autoestima (BRANDEN, 2000).

Informar a grávida sobre a evolução da gravidez, desconfortos na gravidez, nutrição/aumento ponderal, atividade sexual, higiene, vestuário adequado na gravidez, cuidados com as mamas e abdómen, atividade física/repouso, hábitos nocivos (álcool, tabaco, drogas, medicação), sinais e sintomas de alarme, parto, amamentação, puerpério, entre outros, são pontos que devem ser esclarecidos pelos profissionais de saúde, de forma a facilitar a adesão e participação da grávida na assistência à própria saúde (MACHADO,

2000); (BRANDEN, 2000). Um bom suporte social e psicológico, também melhora a ansiedade da grávida, assim como a morbidade pós-natal e problemas relacionados com a amamentação (MACHADO, 2000). Em caso de patologia obstétrica, um adequado suporte familiar e social e a satisfação com os cuidados prestados pelos profissionais de saúde podem ser aspectos facilitadores pelo adequado autoconceito pessoal da grávida com patologia (SILVEIRA; FERREIRA, 2011).

Um estudo de Sandes et al. (2005) relaciona o abandono precoce da amamentação com a insegurança materna e a incapacidade de suprir as necessidades nutricionais do RN. Os profissionais de saúde desempenham por esta razão, um papel fundamental e insubstituível no objetivo de aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno, aumentando a confiança materna nesta área (COSTA, 2011). As ações educativas, que incluem orientações sobre planejamento familiar e cuidados com o RN que abrange a prática e amamentação, ajustam-se no modelo tradicional de transmissão das informações, contribuindo assim, para que a grávida enfrente esta etapa da vida com mais tranquilidade, pois permite-lhe compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados (SHIMIZU; LIMA, 2009).

É plausível pensar-se que a ansiedade do 3º trimestre possa contribuir para a formulação de expectativas negativas sobre o parto, incluindo medo da dor e dos procedimentos obstétricos, insegurança quanto ao atendimento e à própria capacidade de dar à luz, além do medo das mudanças que serão ocasionadas pelo nascimento do bebê. Neste sentido, é muito importante que os profissionais de saúde se sensibilizem sobre a importância deste momento. Qualquer deslize na relação grávida-profissional pode exacerbar sentimentos negativos, tendo em vista a extrema sensibilidade que as mulheres apresentam nesta situação (LOPES et al., 2005).

O acompanhamento da gravidez visa assegurar o bem-estar materno e fetal, favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da grávida, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período. A sua preparação para o parto e pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade, a ligação e a interação com o RN iniciam-se neste período e vão sendo construídas durante toda a vida.

3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E EMPODERAMENTO

De acordo com a Declaração de Alma-Ata a saúde deveria ser considerada um objetivo social de primeira importância, devendo constituir um direito humano fundamental (MARTINS, 2005). Este documento instituiu uma nova orientação para a política de saúde, fomentando ações no sentido de diminuir a desigualdade social, para que a meta de saúde universal fosse atingida. Passou a dar-se especial ênfase ao envolvimento das pessoas e à cooperação entre os vários sectores da sociedade.

Neste sentido, surge o conceito de Promoção de Saúde, sendo então definido como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo [OMS (1986 Cit. por ANDRÉ, 2008)]. Tornando-se um marco importante no âmbito da saúde, a “Carta de Ottawa” lançou um conceito presente na definição de promoção em saúde – empoderamento, conceito este que fornece à pessoa a capacidade de desenvolver uma consciência crítica e reflexiva sobre os factos e situações de vida, tornando-a capaz de realizar a busca pelas condições de melhoria da qualidade de vida, participação e tomada de decisões, promovendo um acréscimo de poder e controlo, permitindo assim, o exercício responsável da cidadania na área de saúde (WHO, 1986); (MESQUITA, 2005).

A nova proposta do PNS para 2011-2016, visa medidas, como a consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, a antecipação do prazo para a concretização da rede nacional de cuidados continuados integrados e a forte dinamização da promoção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A promoção de estilos de vida indutores de saúde e a informação aos cidadãos, como estímulo para a adoção de comportamentos saudáveis, constituem, agora, elementos centrais da nova política de saúde.

A promoção da saúde é assim um processo, planeado e gerido, de suporte à melhoria da saúde de uma população, distinto da disponibilização de serviços de saúde. Pretende a capacitação das pessoas, das famílias e da sociedade, para controlar e melhorar a saúde. Direciona-se à população como um todo ou a grupos populacionais, no contexto da sua vida quotidiana, visando a ação sobre as causas de doença e os fatores determinantes da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O PNS para 2011-2016 reforça uma cultura de melhoria contínua do desempenho, através da capacitação e criação de instrumentos, incentivos e processos de

responsabilização, melhorando o acesso a dados de suporte à decisão e aumentando a capacidade de gestão do desempenho e o foco nos resultados a todos os níveis do sistema (PORTUGAL, 2011).

A participação do cidadão e a possibilidade de tomada de decisão na área da saúde, enquanto fatores essenciais ao empoderamento, assumem imperativa importância e manifestam-se como necessidades estratégicas que vão permitir, não só, avaliar o desempenho do sistema e qualidade dos serviços, como também garantir o desenvolvimento do controlo e da responsabilidade dos cidadãos, sobre a sua própria saúde e a da comunidade, tornando-se parceiros num sistema que promove vidas saudáveis (MESQUITA, 2005).

De uma forma geral, o empoderamento proporciona aos cidadãos a adoção de estratégias individuais e coletivas, tendo em vista a redução e eliminação de comportamentos capazes de comprometer a saúde, tal como, a introdução e reforço de todo um conjunto de ações e comportamentos saudáveis. Ao nível do sistema de saúde, conduzirá a uma nova política, em que o cidadão passa a ter um lugar de sujeito ativo, alterando assim toda uma conjuntura de poder dos profissionais e dos políticos de saúde (MESQUITA, 2005); (LAVERACK, 2008).

Perante isto, esperamos hoje um profissional de saúde, educador em saúde para estimular o empoderamento voltado para o fortalecimento da cidadania, a partir da conjugação de mudanças estruturais e pessoais.

3.1 – EMPODERAMENTO DA GRÁVIDA

Apesar de a gravidez ser considerado um processo fisiológico, natural, continua-se a proporcionar cuidados altamente tecnológicos, baseado num modelo intervencionista, focalizado na segurança dos técnicos de saúde, esquecendo muitas vezes, a vontade e a necessidade da mulher que procura maior autonomia e responsabilidade. Na verdade, assiste-se nos dias de hoje a um movimento social que requer cada vez menos intervenção técnica, mais humanização e informação na assistência durante a gravidez, parto e pós-parto (APEO, 2010); (NASCIMENTO, 2011). Segundo a FAME (2009) apenas desta forma será possível melhorar a percepção das mulheres sobre a assistência recebida e adequá-la às suas necessidades.

Como realça Sabatino (2000, Cit. por CARDOSO; SANTOS; MENDES 2007) gravidez e parto são acontecimentos fisiológicos, que raras vezes necessitam de

intervenção ativa de especialistas. Esta visão de pré-natal ativo e participativo favorece a promoção da saúde do casal e do RN.

Surge assim, a necessidade de empoderar a grávida, pois é fundamental, que durante este período o casal disponha de conhecimentos e estruturas de suporte que lhes permitam vivenciar esta nova fase das suas vidas de forma harmoniosa, trazendo benefícios tanto para os pais como para o novo ser. (FAUSTINO; COELHO, 2005). O investimento em educação para a saúde da grávida, torna-se assim componente essencial, de forma que a Saúde Materno-Infantil seja entendida como uma área de promoção de saúde por excelência, e represente um grande desafio na formação de uma consciência crítica e autonomia do casal.

Para Cardoso, Santos e Mendes (2007), o atendimento humanizado com base na educação ao casal tem o objetivo de promover a participação ativa e informada de ambos, na gravidez, trabalho de parto e parto, e acredita no poder e autonomia feminina. Reconhece que a mulher é ativa na sua gravidez e parto e não apenas coadjuvante da sua própria experiência. O PNS poderá obter mais ganhos em saúde, desde que centre os cuidados no cidadão, capacitando-o e responsabilizando-o para a gestão dos seus processos de saúde-doença e consequente utilização dos recursos de saúde. (APEO, 2010).

A educação em saúde visa capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida. Assim, esta ação deve estimular o indivíduo a participar do processo educativo, fomentando a aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção de experiências para que adquira maior liberdade, autoridade, autonomia e independência (REIS et al., 2010). A educação para a saúde é um vetor capaz de empoderar as grávidas na sua tomada de decisão para promover o parto normal, a amamentação e a construção da parentalidade (APEO, 2010).

A educação em saúde pré-natal ocorre quando possibilitamos à mulher conhecimento sobre seu corpo e compreensão sobre as alterações que ocorrem durante a gravidez, para que esta seja vivenciada e uma forma mais tranquila e consciente. A preparação para o parto é um exemplo disso e deve ser entendida como algo que permite encarar e perceber a gravidez e parto, como atos fisiológicos. Deste modo, pretende transformar a parturiente passiva em ativa, baseando-se na educação e aprendizagem e na prática de atividades condicionadas (HENRIQUES; RODRIGUES, 2010). A preparação para o parto surge desta forma também como um meio de realizar educação para a saúde em grupo e continua a ter um papel relevante na preparação da grávida para o parto (SANTOS; MARTINS, 2010).

Estudos anteriores vêm confirmar que um menor investimento na área da preparação e do planejamento de uma gravidez levam a maior número de complicações no parto e pós-parto, incluindo fatores como a prevalência da amamentação (REYNOLDS et al., 2004); (MARINHO; LEAL, 2004). Como realça Pereira (2006), grávidas que recebem informação sobre o aleitamento, ainda no período pré-natal, a probabilidade de estas amamentarem exclusivamente até aos seis meses é maior. De facto o período pré-natal é o melhor para a abordagem adequada ao incentivo do aleitamento materno. Assim, torna-se necessário que os profissionais de saúde permitam à mulher apresentar suas preocupações, temores e expectativas, para poder, a partir desses conhecimentos, desenvolver intervenções que certamente ajudarão as mulheres a superar as dificuldades que por ventura possam vir a ocorrer durante o processo da amamentação (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Diante destas considerações, pode-se ressaltar a responsabilidade dos profissionais de saúde, em apoiar a mulher durante o processo de amamentação. Além disso, deve haver uma troca de conhecimentos, esclarecimentos das dúvidas da mãe e da sua rede de apoio (familiares e amigos), bem como orientações presenciais em relação à técnica adequada de amamentação. Dessa forma, acredita-se em uma maior possibilidade de garantia do direito das crianças de serem amamentadas, pelo menos, nos primeiros seis meses de vida, e de a mãe vivenciar o processo de amamentação com prazer, segurança e autoeficácia (DENNIS, 2003); (OLIVEIRA, 2010).

Também no que respeita ao tipo de parto, o Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia, deve informar a mulher de todas as opções possíveis, para que esta juntamente com o seu companheiro possa planificar o tipo de assistência que deseja e tomar decisões informadas. Poderá elaborar-se um plano de nascimento, onde ficam registados os desejos e expectativas da mulher para o momento do parto. Contudo é necessário ressaltar que este plano está sujeito à situação clínica, pelo que podem ocorrer desvios (FAME, 2009).

A vivência no puerpério, da transição ao papel materno, exige ao profissional de saúde uma avaliação do suporte recebido, para que após o parto, a mulher possa ter maior autonomia e adaptar-se facilmente ao novo papel de mãe. Porém, esse processo nem sempre é tão simples e rápido, impõe a utilização estratégias de empoderamento e adaptação à transição para a maternidade, através da rede de suporte profissional, em que muitas informações são importantes e necessitam ser apreendidas num curto espaço de tempo (ZAGONEL et al., 2003).

O empoderamento da grávida visa uma intervenção que assegure uma continuidade dos cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto, tornando-se fulcral para o desenvolvimento das capacidades da mulher, família e comunidade, para a tomada de

decisões saudáveis e uma resposta a emergências obstétricas e neonatais. O aumento da consciencialização da mulher, família e comunidade relativamente aos seus direitos sociais e reprodutivos, o reforço das redes de apoio social entre mulheres, famílias e comunidades e a melhoria da qualidade dos cuidados e promoção das interações destes serviços com a mulher, família e comunidade, são aspetos onde o empoderamento deixa também o seu contributo (PORTELA; SANTARELI, 2003); (FIGUEIREDO et al., 2010).

O empoderamento da grávida é definido como um sentimento de autorrealização e uma maior independência, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, levando a um aumento na energia psicológica para alcançar a gravidez e o parto desejado (KAMEDA; SHIMADA, 2008). Segundo as mesmas autoras, a autoeficácia é um dos conceitos-chave para o empoderamento da grávida. Sendo a autoeficácia, a capacidade do indivíduo para desempenhar tarefas e resolver problemas, torna-se particularmente importante na grávida, para que esta sinta confiança e capacidade para cuidar do seu filho. (SILVEIRA; FERREIRA, 2011). A autoeficácia permite à grávida sentir que é capaz de gerir a sua gravidez e parto, e fazer uma autoavaliação da sua aptidão física (KAMEDA; SHIMADA, 2008).

O empoderamento que se compreende como a melhoria das habilidades da pessoa para agir em seu próprio proveito, através de elementos de controlo, autoeficácia, competência, confiança e autoestima (PEREIRA et al., 2011), pressupõe um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os envolvidos, nomeadamente, os profissionais de saúde (LEAL, 2006).

A transmissão do poder exige que os profissionais de saúde maximizem o conhecimento destes, sobre o autocuidado, recursos e competências, no sentido da autonomia e da autoeficácia da grávida (PEREIRA et al., 2001). Assim, é necessário que o profissional de saúde esteja comprometido a desenvolver competências e habilidades com o objetivo de ajudar a grávida a aumentar o número de escolhas disponíveis, assim como a capacidade de controlo sobre a própria vida (LEAL, 2006); (ESTEVES; SILVA; SILVA, 2010).

Da parte dos serviços e profissionais de saúde, o empoderamento implica portanto uma atitude aberta, de negociação e reciprocidade na relação com as grávidas, de reconhecimento das suas competências e dos seus universos socioculturais, linguagem, centrando-se no diálogo e na criação de conhecimento para a produção de soluções. A relação com os profissionais de saúde tem sido diferenciada na literatura como o elemento crítico de satisfação e capacitação das grávidas (MEGAN et al., 2010). O profissional de saúde deve assim, desempenhar um papel facilitador visando a comunicação e o diálogo,

reconhecendo as necessidades da grávida, e como consequência, desenvolver o potencial de saúde, na busca constante da melhoria na qualidade de vida e do seu crescimento pessoal.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4 – MÉTODOS

Depois de reunida toda a matéria para a compreensão do tema em estudo, tem agora lugar a apresentação metodológica, que consiste na descrição e explicação dos métodos que se vão aplicar ao longo deste trabalho, de forma a sistematizar os procedimentos adotados durante as várias etapas, procurando assim, garantir a validade e a fidelidade dos resultados. A metodologia tem como objetivo analisar as características dos vários métodos disponíveis, observando as suas vantagens e desvantagens.

Assim, tendo por base o quadro teórico elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar respostas às questões de investigação. Os métodos seguidos vão sendo apresentados e explicados no decorrer das várias etapas do processo de pesquisa, integrando uma sequência de operações, que compreendem: conceptualização e objetivos do estudo; formulação de hipóteses de investigação; definição de variáveis; instrumento de colheita de dados; determinação da amostra, procedimentos desenvolvidos e tratamento estatístico.

Gravidez e maternidade são momentos únicos na vida de uma mulher, e sentimentos como ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais irá passar, o desenvolvimento do bebé, o medo do parto, de não poder amamentar, são sentimentos comuns nesta fase (RIOS; VIEIRA, 2007); (ESTEVES; SILVA; SILVA, 2010). O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de adaptação, mas também de promoção da saúde da grávida e do bebé. É uma fase do ciclo vital em que a mulher sente uma perda de controlo e de poder, onde recebe uma grande, e por vezes contraditória, quantidade de recomendações, que nem sempre consegue adaptar à sua própria realidade (FIGUEIREDO, 2001); (RIOS; VIEIRA, 2007). É portanto impreterível, que a grávida, adquira autonomia e capacidade de enfrentar situações de crise, decidindo sobre a sua saúde, de forma a aumentar a autoconfiança.

Por outro lado, tendo em conta os indicadores nacionais, que superaram as metas proposta pelo PNS 2006-2010, no que respeita às taxas de mortalidade fetal, perinatal e neonatal, verifica-se que taxas de nascimento pré-termo, de baixo peso à nascença e de partos de cesariana, estão ainda longe das metas propostas. Também indicadores relacionados com a gravidez na adolescência e idade tardia, consumo de tabaco e álcool

nas mulheres em idade reprodutiva, bem como o da obesidade, necessitam de medidas específicas, pois ainda se encontram com valores superiores às metas propostas. Ainda assim, assiste-se hoje, a um movimento social que solicita menos intervenção técnica, mais humanização e informação na assistência na gravidez, nascimento e pós parto (APEO, 2010).

A assistência pré-natal com principal ênfase para a educação para a saúde é fator primordial, facilitador de uma consciência crítica e autonomia da grávida. Em Portugal, segundo o anterior PNS, a maioria das grávidas tem uma assistência médica adequada (PORTUGAL, 2004), contudo, indicadores como os acabados de apresentar, alertam para a necessidade de uma nova abordagem da prestação de cuidados e de preparação para a maternidade, a do empoderamento (APEO, 2010).

Tal como advogam Portela e Santareli (2003) o empoderamento da grávida assegura uma continuidade de cuidados na gravidez, parto e período pós-natal, de forma a desenvolver a capacidade da mulher, família e comunidade para decisões saudáveis e assim melhorar a qualidade dos cuidados de saúde pré e pós-natal.

Tendo em conta a pouca pesquisa sobre o empoderamento da grávida e após um complexo processo do conhecimento prévio da problemática em estudo, evidenciou-se o que pareceu vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas à seguinte problemática:

Em que medida a transmissão de informação durante a gravidez terá influência no empoderamento da grávida?

Neste sentido, delineamos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita.

Como objetivo geral pretendemos com esta investigação verificar se a transmissão de informação durante a gravidez influencia o empoderamento da grávida. Após delinear o objetivo geral surgiram os objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico da grávida;
- Relacionar a variáveis sociodemográficas e obstétricas com o empoderamento da grávida;
- Relacionar a transmissão de informação durante a gravidez com o empoderamento da grávida.

De forma a concretizar os objetivos delineados formulámos as seguintes hipóteses de investigação:

H1 – As variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, coabitação, escolaridade, situação profissional e residência) interagem na predição do empoderamento da grávida.

H2 – As variáveis obstétricas (existência de filhos, experiência de amamentação, local de vigilância da gravidez atual, problemas na gravidez atual, existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto) influenciam o empoderamento da grávida.

H3 – O empoderamento da grávida é influenciado pela transmissão de informação durante a gravidez.

Deste modo para melhor dar cumprimento aos objetivos do estudo, delineamos o seguinte desenho de investigação, que se apresenta sob a forma figurada:

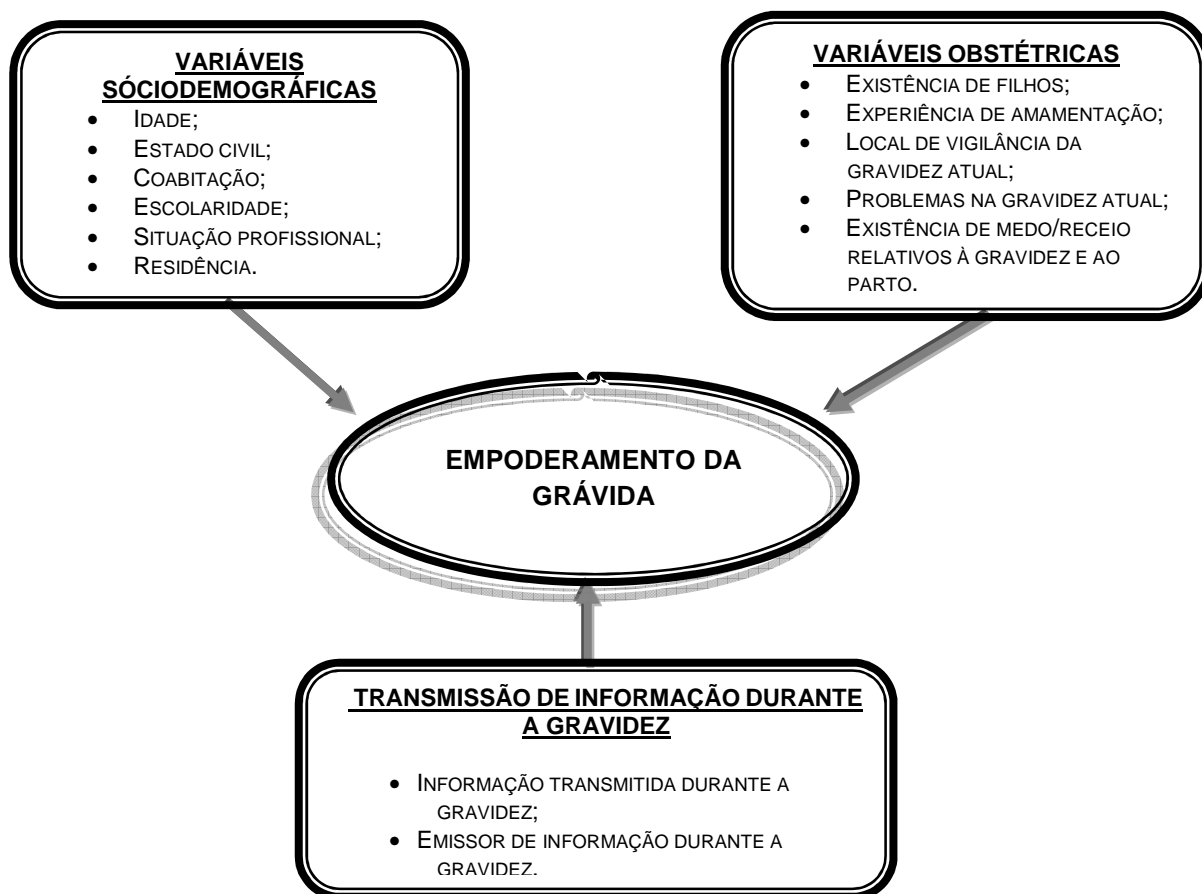


Figura 1 – Desenho de investigação do estudo

Para o desenvolvimento da temática “Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez”, foi desenvolvido um estudo do tipo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

O seu desenho enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, pois não procura manipular as variáveis em estudo. Segue métodos do estudo de análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo. Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (DUARTE, 2011).

4.1 – PARTICIPANTES

Este estudo foi desenvolvido na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco; Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e Agrupamento dos Centros de Saúde Cova da Beira.

De acordo com os objetivos do estudo, a **população** deste estudo é constituída por 195 grávidas do 3º trimestre, que obedecem aos seguintes critérios: que concordem em participar no estudo; que tenham 28 ou mais semanas de gestação. Como critério de exclusão decidiu-se que grávidas com idade inferior a 18 anos não fariam parte da amostra, por concluirmos que esta não seria suficiente para a inclusão dos poucos casos que surgiram ao longo da recolha de dados.

Utilizamos um tipo de **amostragem** não probabilística por conveniência, sendo formada por grávidas do 3º trimestre, que frequentaram a consulta de vigilância de gravidez, aulas de preparação para o parto ou que se encontraram internadas, no período compreendido entre 1 de Setembro de 2011 e 31 de Janeiro de 2012.

Caracterização sociodemográfica da Amostra

A amostra deste estudo era inicialmente composta por 206 grávidas no 3º trimestre de gravidez, das quais excluimos onze, devido ao facto de os questionários não terem sido totalmente preenchidos, pelo que, a amostra atual é constituída por 195 grávidas.

As características gerais da amostra como a idade materna, o estado civil, a nacionalidade, coabitação, habilitações literárias, profissão, situação profissional, e zona de residência da amostra são explicadas de forma mais aprofundada em apêndice (**APÊNDICE I**). Neste ponto será apenas efetuado uma **síntese** da sua caracterização.

A amostra é constituída por grávidas com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos, sendo a maioria (92,8%) casadas/união de facto, vive como família nuclear 96,9%, possui nacionalidade Portuguesa 97,9% e residem na cidade 52,3%. Das grávidas em estudo, 54,9% tem um curso superior e encontram-se empregadas 80,5%, sendo a maioria (39%) especialistas das profissões intelectuais e científicas. Quanto à religião da amostra, a maioria (87,7%) pratica uma religião.

4.2 – INSTRUMENTOS

Relativamente à recolha dos dados do presente trabalho, optámos pela utilização de um questionário apresentado em apêndice (**APÊNDICE II**) e que engloba duas componentes. A **primeira componente** é constituída por três partes distintas, das quais a primeira parte se destina à avaliação das características sociodemográficas da amostra (idade materna, estado civil, nacionalidade, escolaridade, profissão, situação profissional, local de residência e religião). A segunda parte dirigiu-se apenas a grávidas com uma experiência de gravidez anterior, constituída por 17 questões: existência de gestações anteriores, existência de filhos, gravidez planeada, vigilância gravidez, número de consultas, problemas na gravidez, tipo de gravidez, tipo de parto e a duração da gravidez (termo/prematuridade), se assistiu a aulas de preparação para o parto, se amamentou, tempo de amamentação, amamentação presente até ao 2º ano do filho, motivo do abandono da amamentação antes do 2º ano do filho, experiência de parto e experiência do pós-parto.

A terceira parte é constituída por 23 questões com o objetivo de caracterizar a história de gravidez atual: gravidez planeada, número de semanas de gravidez, vigilância gravidez, local de vigilância da gravidez, tipo de gravidez, problemas na gravidez, intenção de amamentar e motivo da não intenção de amamentar, decisão de amamentar, informação transmitida na gravidez e emissor da informação (aleitamento materno, desconfortos, alimentação e aumento de peso, hábitos nocivos, atividade/repouso, exames a realizar, sinais de alerta para recorrer ao hospital, atividade sexual e puerpério/alterações fisiológicas, dúvidas sobre gravidez, parto e pós-parto), medo/receio relativos à gravidez e parto, quais são e quem esclarece os medos/receios, por último se considera suficiente a informação transmitida durante a gravidez.

Na **segunda componente** dirigida à avaliação do empoderamento das grávidas da amostra por meio da escala de empoderamento da grávida de (KAMEDA; SHIMADA, 2008).

A **conceptualização e operacionalização** das variáveis referentes às características sociodemográficas; história de gravidez anterior; história de gravidez atual, encontram-se em apêndice (**APÊNDICE III**). A caracterização psicométrica da escala de empoderamento da grávida é descrita em apêndice (**APÊNDICE IV**).

4.2.1 – Estudo psicométrico da escala de empoderamento da grávida

Esta escala encontra-se validada para a população Japonesa, com uma versão em inglês. O primeiro passo consistiu em realizar a tradução do instrumento: A versão original do questionário foi sujeita ao processo de tradução para português. Esta tradução foi seguidamente revista com o objetivo de serem detetadas eventuais discrepâncias entre a versão original e a traduzida, o que levou a serem efetuadas algumas modificações julgadas necessárias com especial destaque para a estrutura gramatical dos vários itens. Efetuou-se a retroversão para a língua inglesa, que não sofreu qualquer modificação importante.

Uma vez obtida a versão em português da escala empoderamento da grávida iniciou-se a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente **os estudos de fiabilidade e estudos de validade**. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

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).

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna), foi realizada pelos seguintes passos:

- Determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global.
- Determinação do coeficiente *alfa de Cronbach*. - Mede a correlação entre cada escala com as restantes que pertencem a um mesmo universo e 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

pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) considerando-se a consistência interna (PESTANA & GAGEIRO, 2008):

Muito boa – *Alpha* superior a 0,9

Boa – *Alpha* entre 0,8 e 0,9

Razoável – *Alpha* entre 0,7 e 0,8

Fraca – *Alpha* entre 0,6, e 0,7

Inadmissível – *Alpha* <0,6

- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*split-half*). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, ou seja, procura corroborar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (DUARTE, 2011).

Para a determinação dos estudos de validade utilizou-se a análise fatorial dos itens e dos resultados, sendo este um método bastante utilizado e reconhecido entre os diversos autores. 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).

Resultados psicométricos da escala de empoderamento da grávida

Procedeu-se à realização do Teste de correlação de *Pearson* que procura medir o grau de associação entre cada variável da escala e a escala total.

O quadro 2 mostra as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global. Verificámos que o item que apresenta maior associação com a escala global é o item 17 (“Estou satisfeita coma minha vida”) e o de menor associação é o item 10 (“Imagino como será o meu parto”).

Posteriormente foi estimado o coeficiente *alpha de Cronbach* de modo a mensurar a fiabilidade do agrupamento das variáveis.

Os valores de *alpha* encontrados para estas subescalas que variam entre 0.8 e 0.9 são considerados bons indicadores da consistência interna do instrumento. Perante este pressuposto pode afirmar-se que a consistência interna da escala de empoderamento da grávida é boa (cf. Quadro 2, **APÊNDICE V**).

Posteriormente foi efetuada uma correlação corrigida entre cada variável e a escala total. Os coeficientes de correlação item total corrigido traduzem que o item 10 não se revela homogêneo face aos outros itens, pois apresenta valores de $r < 0,20$ pelo que, será eliminado obedecendo ao critério de Crámer (1999), que advoga como forma a aumentar a consistência interna de uma escala, a eliminação de itens com índice de associação baixo. A correlação máxima é obtida no item 17 $r=0,553$ (cf. Quadro 2, **APÊNDICE V**).

No quadro 3 (cf. **APÊNDICE V**) estão representados as médias, desvio padrão e correlações obtidas entre cada item e o valor global após a exclusão do item 10. Como se pode observar, o item que apresenta maior correlação com a escala total é o item 17 ($r=0,560$) e o de menor correlação é o item 7 ($r=0,264$).

Verificou-se que após a exclusão do item 10, o valor de *alfa de Cronbach* para cada item oscila entre 0,861 e 0,869, existindo um valor bom de coerência interna. Relativamente ao *alfa de Cronbach* da escala total aumentou após a exclusão deste item (cf. Quadro 3, **APÊNDICE V**).

Tendo tomado a decisão de trabalhar com esta nova escala excluindo o item 10, ainda no âmbito do estudo da consistência interna da escala determinou-se a correlação de *split-half*. O índice de fiabilidade de *split-alf* calcula-se dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a outra. Tem tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens.

No Quadro 3 (cf. **APÊNDICE V**), apresenta-se uma síntese dos valores obtidos em cada uma das metades e, como se observa, os valores médios são maiores na segunda do que na primeira metade, enquanto os valores de *alfa de cronbach* se revelaram mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.870) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.764 e para a segunda de 0.822.

Seguidamente procedeu-se a uma análise fatorial, a qual permite revelar a estrutura das inter-relações de um conjunto de variáveis identificando dimensões comuns. Foram utilizados dois testes para verificar a validade da análise fatorial, a estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e Teste de Esfericidade de *Bartlett*. (cf. Quadro 4, **APÊNDICE V**).

Segundo o valor encontrado no Índice KMO, pode considerar-se que os resultados da análise factorial são bons. Estes valores, poderão ser confirmados pela calibração proposta por Kaiser (1974), estando o valor encontrado – 0,722, incluído no intervalo $0,8 < KMO < 0,9$. Quanto ao Teste de Esfericidade de *Bartlett*, este é significativo ao nível de 0,05, demonstrando que existe um elevado grau de correlação entre as variáveis, o que torna a aplicação da análise fatorial adequada (HAIR et al., 1998) (cf. Quadro 4, **APÊNDICE V**).

Usando o critério *Scree-Test*, em que a variância total de cada fator é representada graficamente, quando a porcentagem da variância explicada se reduz a curva passa a ser paralela ao eixo das abscissas, são de excluir as componentes correspondentes, pelo que se optou por reter 8 fatores.

De modo a facilitar a compreensão e interpretação dos resultados, realizou-se uma rotação dos fatores através do método *Varimax* e obteve-se a composição de cada fator. Obtiveram-se scores superiores a 0,5 o que significa que cada conjunto de variáveis pertencentes a um mesmo fator estão relacionadas e explicam uma mesma dimensão (cf. Quadro 5, **APÊNDICE V**).

Podemos observar pelo quadro 6 (**APÊNDICE V**) que todos os *eigenvalues* são superiores 1 e que explicam no conjunto 66,059% da variância total.

Utilizando novamente o método dos componentes principais para extrair os fatores foi “forçada” uma solução de 5 fatores impondo essa restrição aquando da nova extração.

O critério *Scree-Test* optou por reter 5 fatores, e efetuou-se uma nova rotação dos fatores através do método *Varimax* e obteve-se a composição de cada fator. Apesar de existirem alguns *loadings* com valores abaixo dos 0,5, uma vez que, nenhum se encontra abaixo de 0,3, considera-se que não há necessidade de eliminar mais variáveis pelo que a solução é aceitável (cf. Quadro 7, **APÊNDICE V**).

Todos apresentam *eigenvalues* superiores a 1 e que explicam no conjunto 53,218% da variância total (cf. Quadro 8, **APÊNDICE V**).

Ao terminarmos a depuração da escala foi novamente analisada a sua validade sob o ponto de vista da consistência interna, através do cálculo do *alpha de Cronbach* e realizados testes de correlação entre fatores e escala total (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**).

Os testes de correlação entre fatores mostram-nos que os todos os fatores estão significativamente correlacionados uns com os outros, assim como com o valor global do empoderamento da grávida. Os valores de *alfa de Cronbach* total e de cada fator oscilam entre 0,495 e 0,870 sendo o valor mais baixo inadmissível, considerámos Maroco & Garcia-Marques (2006), que indicam uma consistência aceitável no âmbito das ciências sociais, um valor de *alpha* de 0,5 (cf. Quadro 9, **APÊNDICE V**).

Mantivemos 26 itens tendo em conta as ponderações estatísticas, que distribuámos do seguinte modo: 8 itens na subescala que designámos “Autoestima”, 7 itens na subescala “Autoeficácia”, 4 itens na subescala designada “Apoio e garantias de outros”, 4 itens na subescala “Alegria de uma adição à família” e finalmente 3 itens na subescala designada “Imagem futura”.

A cada fator foi atribuída uma designação de acordo com as variáveis agregadas em casa subescala.

Tendo em conta os 26 itens foram efetuados testes de correlação e de normalidade.

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, foram verificados os parâmetros de validade e de precisão das subescalas da escala empoderamento da grávida.

No que concerne à autoestima, obtiveram-se valores de *alpha* classificados de razoável, uma vez que oscilam entre 0,741 no item 17 e 0,771 no item 14, com um valor total da subescala de 0,778. De salientar que o item 17 é o que está mais correlacionado com a autoestima ($r=0,684$) e aquele que melhor representa esta subescala. O que se encontra menos relacionado é o item 14 ($r=0,522$) (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**).

Em relação à autoeficácia, é de salientar que o item 18 ($r=0,741$) é o que se encontra mais relacionado com esta subescala, sendo o item 12 ($r=0,492$) o que apresenta menor grau de associação. Todos os itens se relacionam com esta dimensão de forma positiva, ou seja quanto maior a sua ponderação melhor ao autoeficácia das grávidas (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**). Os valores de *alpha de Cronbach* são considerados fracos já que oscilam entre 0,666 no item 3 e 0,690 no item 4, à exceção dos itens 12 e 18 cujo valor é de 0,713 sendo considerados de razoável. O mesmo se considera para a consistência interna total desta subescala, pois o valor de *alfa* total é de 0,718. (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**).

Quanto à análise da subescala apoio e garantias de outros, em relação à validade e consistência auferiram-se valores de *alfa* a oscilarem entre 0,804 no item 22 e 0,857 no item 20. Podemos considerar que esta subescala tem uma boa consistência interna, apresentando um *alfa* total de 0,870 (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**). Em relação a esta subescala, é de salientar que todos os itens apresentam um bom grau de associação com o apoio e garantias de outros, sendo o item 22 ($r=0,892$) o que se encontra melhor relacionado, e o item 20 ($r=0,812$) com menor representatividade (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**).

No que respeita à alegria de uma adição à família, obtiveram-se valores de *alpha* classificados de fracos, uma vez que oscilam entre 0,641 no item 25 e 0,679 no item 26, sendo considerado de razoável para o item 27 com valor de 0,745 e para o valor de *alfa* total de 0,736. De salientar que o item 25 é o que está mais correlacionado com esta subescala ($r=0,775$) e aquele que melhor representa esta subescala. O que se encontra menos relacionado é o item 26 ($r=0,717$) (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**).

Analisando a subescala imagem futura em relação à validade e consistência, os valores de coeficiente baixos, podem justificar-se pelo reduzido número de itens, apenas 3, no entanto o *alfa* total para esta subescala é de 0,495, o que poderá ser aceitável para

ciências sociais (MAROCO & GARCIA-MARQUES, 2006). O item 7 é o que está mais correlacionado com esta subescala ($r=0,730$) e aquele que melhor representa esta subescala. O que se encontra menos relacionado é o item 6 ($r=0,675$) (cf. Quadro 10, **APÊNDICE V**).

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global escala.

Observando o quadro 11 (cf. **APÊNDICE V**), verificamos que as correlações entre as 5 subescalas e o valor global da escala, são positivas e significativamente correlacionadas oscilando entre ($r=0,229$) (alegria de uma adição à família vs. imagem futura) e ($r=0,478$) (autoeficácia vs. autoestima).

Quanto às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global notamos que estas são elevadas oscilando entre ($r=0,572$) com a alegria de uma adição à família e ($r=0,817$) com a autoestima. Perante estes resultados concluiu-se que o aumento ou diminuição numa das subescalas se encontra associado a aumentos ou diminuições nas restantes subescalas (cf. Quadro 11, **APÊNDICE V**).

Obteve-se um questionário com 26 questões agrupadas em cinco dimensões: autoestima; autoeficácia; apoio e garantias de outros; alegria de uma adição à família e imagem futura.

A primeira dimensão autoeficácia obtém-se através do somatório de 8 itens da escala (8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 19). O índice relativo à dimensão autoestima obtém-se através do somatório de 7 itens (1, 2, 3, 4, 5, 12, 18). Em relação à dimensão apoio e garantias de outros, inclui 4 itens (20, 21, 22, 23). A dimensão alegria de uma adição à família compreende 4 itens (24, 25, 26, 27). A última dimensão, imagem futura obtém-se através do somatório de 3 itens da escala (6, 7, 11).

O formato dos itens do questionário só permitia uma alternativa de resposta, onde o sujeito tinha que se posicionar numa escala de *Likert* de quatro pontos. Deste modo o formato do tipo de resposta variava entre: discordo completamente; discordo; concordo; concordo completamente. A chave da cotação variava entre 1, 2, 3, 4.

O valor total da escala resulta da soma dos itens, podendo variar de 26 a 104. A nota mais alta corresponde um nível grande de empoderamento da grávida. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão ou subescala.

A chave de cotação manteve-se, sendo que todos os itens são cotados da esquerda para a direita com 1, 2, 3, 4, pois trata-se de uma escala tipo *Likert*, com exceção para os itens invertidos (7, 11, 13, 15).

4.3 – PROCEDIMENTOS

Por razões éticas e legais, para a recolha dos dados deste estudo, foram obtidas as devidas autorizações das instituições onde foi levado a cabo esta recolha de informação, por meio de um pedido formal de autorização dirigido ao Conselho de Administração das respetivas instituições, no qual foi claramente apresentada a temática em estudo, os objetivos da investigação e as condições em que será feita a colheita de dados (**ANEXO I**).

Também foi obtido formalmente o consentimento livre e informado de todas as grávidas da amostra indicando claramente a participação no estudo estritamente voluntária e garantido o anonimato e confidencialidade das informações obtidas, acautelando ao mesmo tempo os princípios básicos da “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial. Foi ainda pedida sinceridade nas respostas, dando a opção de desistir a qualquer momento ou de não entregar o questionário no final, sem o dever de justificar e sem ser penalizado (**APÊNDICE VI**). Aos colaboradores foram esclarecidos sobre possíveis dúvidas aquando do preenchimento dos mesmos por parte das grávidas. Ambas as estratégias visaram diminuir o enviesamento de respostas.

4.4 – ANÁLISE DE DADOS

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico. Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science 20,0* (SPSS) de forma a procedermos ao tratamento dos mesmos.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, foram determinadas frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de localização e tendência central como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o desvio padrão, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Quanto à análise inferencial, mesmo não se verificando a condição de normalidade (através da aplicação do teste não paramétrico de aderência à normal *Kolmogorov-Smirnov - K-S*), sempre que plausível, tentámos privilegiar a utilização de testes paramétricos, pois ainda que a distribuição da amostra, não tenha características de curva gaussiana, estes testes são bastante robustos, não sendo a normalidade uma restrição, desde que o N dentro de cada grupo seja superior a 30 e a distribuição não seja muito diferente da normal (PESTANA; GAGEIRO, 2008); (MAROCO, 2010). O mesmo acontece para a condição de

homocedasticidade (verificada através da aplicação do Teste de *Levene*). Mesmo que esta não se verifique, os testes paramétricos são bastante robustos a violações desta condição desde que os grupos apresentem uma dimensão semelhante, isto é, o “(...) quociente entre a maior dimensão e a menor (...)” é “(...) superior a 1,5 (...)”. A não existência de semelhança na dimensão dos grupos faz com que “(...) sejam verificados grandes distanciamentos, tanto da normalidade como da homocedasticidade, colocando em risco as conclusões da análise de variância (...)” (PESTANA; GAJEIRO, 2008, p. 278).

Utilizámos o Teste *t-Student*, para comparação de médias entre dois grupos independentes. No Teste *t-Student* foi utilizado o Teste de *Levene*, considerando que se assume a igualdade das variâncias quando a significância do Teste de *Levene* foi superior a 0,05 (PESTANA e GAJEIRO, 2008). Sempre que não se verificou a condição de normalidade e o N dos grupos não foi superior a 30 entre os grupos, utilizámos o teste não paramétrico *U-Mann-Whitney*.

Para a comparação de médias de uma variável quantitativa, em mais de dois grupos em estudo, não foi possível utilizar o teste paramétrico *One-Way ANOVA*, por não se verificar a condição de normalidade nem de homocedasticidade (igualdade de variância entre os grupos), os grupos não terem um N superior a 30 nem terem uma dimensão igual ou semelhante. Assim, em alternativa a este teste recorreremos ao teste *Kruskal-Wallis*. Para complementar esta análise e objetivando a localização das diferenças significativas entre os pares de grupos foi feito o teste *F One-Way ANOVA* e o teste *Post Hoc – Tukey*, aplicados unicamente aos grupos com diferenças estatisticamente significativas.

Para cálculo do coeficiente de determinação (R^2), que explica a percentagem da variação da variável quantitativa explicada pelo fator, é efetuado dividindo a variação entre os grupos (Soma dos Quadrados entre os grupos) pela variação total (Total da Soma dos Quadrados), retirados a partir do Teste *F One-Way ANOVA* (PESTANA; GAJEIRO, 2008).

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 utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05^*$ – Diferença estatística significativa
- $p < 0,01^{**}$ – Diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001^{***}$ – Diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0,05$ – Diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a quadros e tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitimos nos mesmos o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados.

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

5 – RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Propõe-se neste capítulo descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos dos dados recolhidos.

Os dados serão apresentados através de Quadros e Tabelas, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Na primeira parte recorre-se a estatística descritiva para sumariar os dados obtidos para permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos de forma a analisá-los. A segunda parte apresenta a análise inferencial dos dados.

O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta as diferentes hipóteses de investigação.

5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo, destinado à análise descritiva dos dados obtidos, são evidenciadas um conjunto de características da amostra em relação às diversas variáveis em estudo, determinadas com recurso a testes estatísticos apropriados. Neste sentido, será efetuada a caracterização da amostra estudada de acordo com as variáveis obstétricas. As características sociodemográficas das grávidas da amostra já foram anteriormente apresentadas, no subcapítulo “Participantes”.

A amostra em estudo é constituída por 195 grávidas, e apresenta as seguintes características, que a seguir se descrevem.

5.1.1 – Caracterização relativa às variáveis obstétricas

Tendo em conta a história de gravidez, incluímos um conjunto de questões que procuram fazer a sua descrição e caracterização. Os resultados das referidas questões que apresentamos de seguida e são apresentados nos Quadros e Tabelas encontram-se em **APÊNDICE VII** e **VIII** respetivamente.

Gestação anterior

Verifica-se que a maior parte das grávidas questionadas (63,1%) referem não ter tido qualquer gestação anterior (primigestas) (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**). De referir que o número máximo de gestações anteriores foi de quatro com uma média de $0,54 \pm 0,84$. Analisando em relação à idade, constata-se que grávidas com idade ≥ 36 anos têm mais gestações anteriores comparando com grávidas com idade ≤ 35 anos (cf. Tabela 2, **APÊNDICE VIII**).

Existência de filhos

O número de filhos das grávidas em estudo variou entre zero e um máximo de quatro, a média calculada é de $0,34 \pm 0,58$. Analisando quanto à idade, verifica-se que o valor médio apresentado pelas grávidas com idade ≥ 36 anos relativamente ao número de filhos é superior (cf. Tabela 3, **APÊNDICE VIII**).

A maior parte das mulheres (69,7%) não tem filhos, destas, 60,5% tem idade ≤ 35 anos (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Gravidez anterior planeada

Quando questionadas sobre se a gravidez anterior foi planeada, a grande maioria (89,8%) respondeu afirmativamente. Destas, mais de 50% tem também idade ≤ 35 anos (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Vigilância da gravidez anterior

Mais de 3/4 da amostra (89,9%) vigiou a gravidez, tendo na sua maioria ≤ 35 anos (55,9%). Por outro lado, 10,2% referiram não ter feito vigilância da gravidez (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Número de consultas

O número de consultas das grávidas em estudo variou entre 6 e 12 consultas, com uma média de $8,83 \pm 1,19$. Verificou-se que as grávidas com idade ≥ 36 anos tiveram maior número de consultas relativamente às grávidas com idade ≤ 35 anos (cf. Tabela 4, **APÊNDICE VIII**).

Problemas na gravidez anterior

Referente a problemas na gravidez, a grande maioria (83,1%) não teve problemas na gravidez anterior, maioritariamente (57,6%) grávidas com idade \leq 35 anos (cf. Quadro12, **APÊNDICE VII**).

Tipo de gravidez anterior

Analisando o Quadro 12, (cf. **APÊNDICE VII**), em relação ao tipo de gravidez anterior da amostra em estudo, todas as grávidas tiveram gravidezes simples.

Tipo de parto anterior

Relativamente ao tipo de parto, podemos verificar que, a maioria (67,8%) teve parto eutócico, com idade \leq 35 anos (45,8%) (cf. Quadro12, **APÊNDICE VII**).

Duração da gravidez anterior

Quando questionadas as grávidas em estudo acerca da duração da gravidez (termo/prematuro), a maioria referiu ter tido uma gravidez de termo (89,8%), destas, mais de 50% tem idade \leq 35 anos (cf. Quadro12, **APÊNDICE VII**).

Frequência de aulas de preparação para o parto

Quanto à frequência das aulas de preparação para o parto, 55,9% das grávidas da amostra assistiu, sendo destas, a maioria mulheres com idade \leq 35 anos (40,7%) (cf. Quadro12, **APÊNDICE VII**).

Experiência de amamentação

No que se refere à amamentação, das mulheres que tiveram filhos anteriormente, verificamos que 9 em cada 10 amamentou, destas, 40,7% têm idade \leq 35 anos (cf. Quadro12, **APÊNDICE VII**).

Tempo de amamentação anterior

A análise do tempo de amamentação anterior (cf. Tabela 5, **APÊNDICE VIII**), permite constatar que varia entre 1 e 37 meses, com uma média de $10,89 \pm 9,16$, porém, a média é

mais significativa no grupo de grávidas com idade ≥ 36 anos. Analisando quanto à idade, verifica-se que o valor médio apresentado pelas grávidas com idade ≥ 36 anos relativamente ao tempo de amamentação é significativamente maior.

Amamentação presente até ao 2º ano de vida do filho

Analisando a amamentação presente até ao 2º ano do filho, das grávidas da amostra, 79,2% não amamentou o filho até ao 2º ano de vida. É de destacar que destas, a maioria (54,7%) tem idade ≤ 35 anos. Já do grupo que amamentou o filho até ao 2º ano de vida (20,8%), 11,3% têm idade ≥ 36 anos. Das grávidas que não amamentaram o filho até ao 2º ano de vida, quando questionadas, do motivo do abandono, 66,7%, referiu falta de leite, 47,6% com idade ≤ 35 anos; o bebé não aumentar de peso foi referido por 16,7%, também em maior número (11,9%) para este grupo etário (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Experiência de parto anterior

É notório, analisando os resultados, quanto à experiência de parto, que a grande maioria (80,4%) considera uma experiência agradável, destas, 59,3% tem idade ≤ 35 anos. Quando questionadas, em relação ao motivo de experiência de parto desagradável, 45,5% referiram-se à dor e período de dilatação longo, 36,4% apontaram apenas dor e 18,2% período de dilatação longo (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Experiência de pós-parto anterior

Analisando o Quadro 12, (cf. **APÊNDICE VII**), em relação à experiência do pós-parto, 81,4% das grávidas considera a experiência agradável, tendo na sua maioria (50,8%) idade ≤ 35 anos. Das grávidas que considera a experiência de parto desagradável (18,6%), a maioria (54,5%) refere a dor como motivo, seguindo-se as complicações pós-parto com 36,4% das respostas e por último a dor pós-cesariana (9,1%). De salientar que a totalidade das grávidas que considera a dor como causa de experiência de pós-parto desagradável têm idade ≤ 35 anos e a maioria (27,3%) que refere as complicações pós-parto como causa, também pertence a este grupo etário.

Gravidez atual planejada

No que concerne à história de gravidez atual, quando questionadas sobre a gravidez ter sido planejada, 86,7% responde afirmativamente, sendo majoritariamente (70,3%) grávidas com idade ≤ 35 anos (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Número de semanas de gravidez

O número de semanas de gravidez variou entre 28 e um máximo de 40 semanas, a média é de $33,01 \pm 3,31$. Analisando quanto à idade, verifica-se que o valor médio apresentado pelas grávidas com idade ≥ 36 anos relativamente ao número de semanas de gravidez é maior (cf. Tabela 6, **APÊNDICE VIII**).

Vigilância da gravidez atual

Quanto à vigilância de gravidez atual, a quase totalidade das grávidas (99,5%) afirma vigiar a gravidez (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Local de vigilância da gravidez

A análise do local de vigilância da gravidez permite constatar que a maioria das grávidas em estudo (76,3%) vigia a sua gravidez no Hospital, destas, mais de metade tem idade ≤ 35 anos. Fazem a vigilância da gravidez no médico particular 14,4% e no Centro de Saúde apenas 9,3% da amostra (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Tipo de gravidez atual

Relativamente ao tipo de gravidez atual da amostra em estudo, 98,5% das grávidas têm uma gravidez simples (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Problemas na gravidez atual

Quando questionadas quanto a problemas na gravidez, a grande maioria (87,2%) responde na negativa, destas, 71,3% são grávidas com idade ≤ 35 anos (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Intenção de amamentar

Quanto à intenção de amamentar a quase totalidade da amostra pretende fazê-lo (99,5%). As grávidas que não pretendem amamentar, 0,5% têm idade ≥ 36 anos. Quanto ao motivo da intenção de não amamentar apenas se obteve como justificacão, a resposta "doença crnica" (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Decisão de amamentar

Analisando a variável decisão de amamentar da amostra em estudo, 98,5% das grávidas decidiu amamentar por iniciativa própria, enquanto apenas 1% decidiu fazê-lo a conselho do médico (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informao sobre aleitamento materno

Quanto à transmissão de informao na gravidez sobre aleitamento materno (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**), 70,8% da amostra afirma ter recebido esta informao, destas, mais de metade têm ≤ 35 anos. Quando questionadas sobre quem lhe transmitiu essa informao, 40,6% responde ter sido informada pelo enfermeiro, seguindo-se a informao transmitida por outros (19,6%) (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informao sobre desconfortos na gravidez

Quanto à análise da variável informao sobre desconfortos na gravidez da amostra em estudo, 89,2% responde afirmativamente, destas, 7 em cada 10 tem idade ≤ 35 anos (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**). A maioria foi informada pelo médico (27,6%), enquanto 26,4% obteve a informao pelo enfermeiro (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informao sobre alimentao e aumento de peso na gravidez

Relativamente à informao transmitida sobre alimentao e aumento de peso na gravidez, das grávidas inquiridas, a maioria obteve essa informao (94,4%) (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**). Destas, quem transmitiu essa informao (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**), 39,1%, afirma ter sido o médico, sendo a maioria (31,5%) com idade ≤ 35 anos, 33,2% foram informadas pelo médico e enfermeiro.

Transmissão de informação sobre hábitos nocivos na gravidez

Quando questionadas as grávidas, da transmissão de informação sobre hábitos nocivos na gravidez (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**) 8 em cada 10 afirma ter recebido esta informação, 66,2% com idade \leq 35 anos. Das que responderam afirmativamente, 34,4% responde ter sido informada pelo médico, seguindo-se a informação transmitida pelo médico e o enfermeiro (26,6%) (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informação sobre atividade/repouso gravidez

Na análise dos dados referentes à transmissão de informação sobre atividade/repouso na gravidez, verifica-se que 8 em cada 10 grávidas recebe esta informação, 65,6% com idade \leq 35 anos (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**). Grande parte desta informação foi transmitida pelo médico (53,8%), enquanto 26,6% obteve essa informação pelo médico e enfermeiro (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informação sobre exames a realizar na gravidez

Analisando a variável informação sobre exames a realizar na gravidez, a totalidade das grávidas inquiridas, obteve essa informação (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**). A grande maioria foi informada pelo médico (71,3%), tendo mais de metade da amostra idade \leq 35 anos, enquanto 18,5% obteve essa informação pelo médico e enfermeiro (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital na gravidez

Quanto à análise da variável informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital na gravidez, da amostra em estudo, 91,3% responde afirmativamente (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**). Questionadas sobre quem transmitiu essa informação, 38,8%, foi informada pelo médico, enquanto 32,6% obteve a informação pelo médico e enfermeiro (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informação sobre atividade sexual na gravidez

Quando questionadas as grávidas em estudo da transmissão de informação sobre atividade sexual na gravidez (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**), 68,2% afirma ter recebido esta informação, destas, mais de metade tem idade \leq 35 anos. Das que responderam

afirmativamente, 55,6% responde ter sido informada pelo médico, seguindo-se a informação transmitida pelo médico e o enfermeiro (15,8%) (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas

Relativamente à informação sobre puerpério/alterações fisiológicas, 70,8% das grávidas inquiridas, obteve essa informação, 56,9% com idade \leq 35 anos (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**). A maioria foi informada pelo enfermeiro (36,2%), enquanto 34,1% obteve essa informação pelo médico (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto

Na análise dos dados referente à informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto, verifica-se que 98,5% das grávidas são informadas, destas 79% têm idade \leq 35 anos (cf. Quadro 13, **APÊNDICE VII**). Grande parte destas dúvidas são esclarecidas pelo médico e enfermeiro (43,8%), enquanto 24,5% expõe as dúvidas ao médico (cf. Quadro 14, **APÊNDICE VII**).

Existência de medo/receio relativos à gravidez e parto

Quando questionadas as grávidas em estudo, se possui algum medo/receio relativamente à gravidez e parto, a maioria (57,9%) respondeu afirmativamente. Destas, 45,1% têm idade \leq 35 anos (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**). Das grávidas que referem medo/receio relativos à gravidez e parto, 28,3% menciona a dor e também outros como motivo, segue-se o bem-estar Materno-Fetal com 19,5% das respostas.

Relativamente a quem esclarece medo/receios relativos à gravidez e parto, 35,7% considera o médico e enfermeiro, 22,3% refere o médico, enquanto 14,3% menciona o médico, enfermeiro e amigos (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Transmissão de informação necessária na gravidez

Quando questionadas se considera suficiente a informação transmitida durante a gravidez, a grande maioria das grávidas responde afirmativamente (93,8%), sendo 2/3 da amostra com idade \leq 35 anos de idade (cf. Quadro 12, **APÊNDICE VII**).

Em síntese:

- Do total da amostra, 63,1 % não teve gestações anteriores, sendo para a maioria das grávidas (69,7%) o primeiro filho.
- Das grávidas com filhos, 89,8% amamentou, durante uma média de $10,89 \pm 9,16$ meses.
- A experiência de parto para a grande maioria da amostra (80,4%) foi agradável, tal como a experiência de pós-parto (81,4%).
- A média de semanas de gravidez é de $33,01 \pm 3,31$, tendo 86,7% da amostra, uma gravidez planeada, e quase a totalidade tem uma gravidez vigiada.
- Quanto ao local de vigilância da gravidez, 76,3% vigia a sua gravidez no Hospital.
- Em relação ao tipo de gravidez, a quase totalidade das grávidas tem uma gravidez simples e sem problemas (87,2%).
- No que respeita à intenção de amamentar, quase toda a amostra pretende fazê-lo (99,5%), e por iniciativa própria.
- Quanto à informação transmitida sobre aleitamento materno, 70,8% da amostra responde afirmativamente, destas, 40,6% foram informadas pelo enfermeiro.
- No que respeita à informação transmitida sobre desconfortos na gravidez, 89,2% das grávidas inquiridas, recebeu esta informação, destas, 27,6% foram informadas pelo médico.
- A análise dos dados relativa à informação transmitida sobre alimentação e aumento de peso na gravidez, das grávidas inquiridas, 94,4% recebeu esta informação, 39,1%, afirma ter sido o médico a transmiti-la.
- No que concerne à informação sobre hábitos nocivos na gravidez 80,5% afirma ter recebido esta informação, para 34,4% foi o médico que transmitiu.
- Referente à informação sobre atividade/repouso na gravidez, verifica-se que 81% da amostra recebe esta informação, sendo que, mais de metade, foi informada pelo médico.
- Quanto à informação sobre exames a realizar na gravidez, a totalidade das grávidas inquiridas, obteve essa informação, a grande maioria informada pelo médico (71,3%).
- Em relação à análise da variável informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital na gravidez, da amostra em estudo, 91,3% responde ter recebido, tendo sido transmitida pelo médico (38,8%).
- No que concerne à informação sobre atividade sexual na gravidez, 68,2% afirma ter recebido esta informação, destas, mais de metade, responde ter sido informada pelo médico.

- Relativamente à informação sobre puerpério/alterações fisiológicas, 70,8% das grávidas inquiridas responde afirmativamente, a maioria obteve essa informação pelo enfermeiro (36,2%).

- Na análise dos dados referente à informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto, verifica-se que 98,5% das grávidas são informadas, destas, 43,8% são esclarecidas pelo médico e enfermeiro.

- Quanto ao medo/receio relativos à gravidez e parto, a maioria (57,9%) respondeu afirmativamente, destas 28,3% refere a dor e também outros como motivo, sendo que 35,7% considera o médico e enfermeiro para esclarecer essas dúvidas.

- A grande maioria das grávidas considera suficiente a informação transmitida durante a gravidez (93,8%).

5.1.2 – Caracterização relativa à escala de empoderamento da grávida

A variável empoderamento da grávida encontra-se dividida em 5 subescalas, em que o valor total é a soma do valor de cada dimensão, no presente estudo considerou-se que, quanto mais elevada fosse a pontuação obtida maior seria o empoderamento da grávida. Os resultados encontram-se descritos no Quadro 15 (cf. **APÊNDICE VII**).

Na dimensão autoestima, o valor mínimo é de 12 e o máximo 32, o que corresponde a uma média de $25,39 \pm 3,55$. Verificou-se que as grávidas com idade ≤ 35 anos possuem um nível de autoestima ligeiramente superior relativamente às grávidas com idade ≥ 36 anos.

Relativamente à dimensão autoeficácia, o valor mínimo é 13 e o máximo 28. A média corresponde a $20,16 \pm 2,94$. Analisando quanto à idade, verifica-se que o valor médio apresentado pelas grávidas com idade ≤ 35 anos relativamente a esta dimensão é superior.

Quanto à dimensão apoio e garantia de outros, o valor mínimo é de 10 e o máximo 16, o que corresponde a uma média de $13,35 \pm 1,73$. Verificou-se que as grávidas com idade ≤ 35 anos possuem um valor médio para esta dimensão ligeiramente superior relativamente às grávidas com idade ≥ 36 anos.

Na dimensão alegria de uma adição à família, o valor mínimo é 4 e o máximo 16, com média de $13,77 \pm 1,85$. Os valores médios de ambos os grupos etários encontram-se muito proximais.

No que respeita à dimensão imagem futura, o valor mínimo é 4 e o máximo 12, com média de $10,46 \pm 1,43$. Os valores médios de ambos os grupos etários encontram-se muito proximais.

Analisando o valor global do empoderamento da grávida, o valor mínimo é 62 e o máximo 103, com uma média de $83,13 \pm 8,20$. Em relação à idade verificou-se que são as grávidas com idade ≤ 35 anos que pontuam superiormente ao nível do valor global do empoderamento (cf. Quadro 15, **APÊNDICE VII**).

5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Neste segundo subcapítulo, após a caracterização da amostra, apresentamos a análise inferencial dos dados, obtida por meio da aplicação da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses por nós colocadas e assim, obter conclusões acerca da existência ou inexistência de relação significativa entre as variáveis designadas.

As Tabelas representativas da análise inferencial encontram-se em **APÊNDICE IX**.

H1 – As variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, coabitação, escolaridade, situação profissional e residência) interagem na predição do empoderamento da grávida.

Relação entre a idade e o empoderamento da grávida.

Com a finalidade de verificar se existe diferença estatística significativa entre a idade e o empoderamento da grávida aplicámos o Teste de *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias constatámos, que as grávidas com idade ≤ 35 anos possuem melhores resultados, quer nas cinco dimensões, quer no total do empoderamento comparativamente às grávidas com idade ≥ 36 anos. Contudo, não existe diferença estatística significativa ($p > 0,05$), exceto para a dimensão apoio e garantias de outros, concluindo que a **idade** apenas influencia esta dimensão (cf. Tabela 7, **APÊNDICE IX**).

Relação entre o estado civil e o empoderamento da grávida.

Para testar o efeito da variável estado civil no empoderamento da grávida utilizámos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando o quadro, verificamos que as grávidas casadas/união de facto apresentam médias superiores em todas as dimensões e valor global do empoderamento, com exceção da dimensão alegria de uma adição à família, relativamente a grávidas solteiras/divorciadas. Observando os níveis de significância constatámos que há diferença estatística significativa no total do empoderamento ($p < 0,05$), sendo que, para a dimensão autoestima essa diferença estatística é bastante significativa ($p < 0,01$). Assim, é possível dizer que o **estado civil** influencia a autoestima e empoderamento da grávida. (cf. Tabela 8, **APÊNDICE IX**).

Relação entre a coabitação e o empoderamento da grávida.

Com a finalidade de analisar o efeito da variável coabitação no empoderamento da grávida, foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*

A análise da Tabela 9 (cf. **APÊNDICE IX**) permite-nos constatar que as grávidas que vivem em família nuclear exibem médias mais elevadas para as dimensões autoestima, autoeficácia, alegria de uma adição à família e imagem futura. As que vivem em família alargada têm média superior na dimensão apoio e garantias de outros, quando comparadas com as anteriores.

A observação dos níveis de significância do Teste *U-Mann-Whitney* permite constatar que, para dimensão autoestima, existe diferença estatística significativa ($p < 0,05$) (cf. Tabela 9, **APÊNDICE IX**). Assim, é possível dizer que existe relação entre a **coabitação** e a autoestima da grávida.

Relação entre a escolaridade e o empoderamento da grávida.

Para verificarmos o efeito que a variável escolaridade tem sobre o empoderamento da grávida aplicámos o Teste *Kruskal-Wallis*.

As grávidas que possuem um grau de ensino superior, são as que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões e no valor global do empoderamento. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões autoestima e autoeficácia ($p < 0,05$), sendo que, na dimensão imagem futura e valor total de empoderamento, a diferença estatística é bastante significativa ($p < 0,001$) e finalmente para

a dimensão apoio e garantias de outros, esta diferença estatística é altamente significativa ($p < 0,001$). Por conseguinte podemos afirmar que a **escolaridade** influencia o empoderamento da grávida e as suas dimensões, com exceção para a alegria de uma adição à família. (cf. Tabela 10, **APÊNDICE IX**).

Foi aplicado o Teste *ANOVA* e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, podendo estas ser conferidas na Tabela 11 (cf. **APÊNDICE IX**).

Calculando o coeficiente de determinação (R^2), a partir do Teste *ANOVA* (cf. Tabela 12, **APÊNDICE IX**), podemos concluir que a escolaridade explica a variação das médias das dimensões de empoderamento da grávida em: 3,3% na autoestima; 1% na autoeficácia; 8,1% no apoio e garantias de outros, 6,6% na imagem futura e 6,6% no total do empoderamento.

Relação entre situação profissional e o empoderamento da grávida.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*, com a finalidade de averiguar a existência de relação entre a situação profissional e o empoderamento da grávida.

A análise das médias expostas na Tabela 13 (cf. **APÊNDICE IX**), permite constatar, que as grávidas empregadas apresentam médias superiores nas dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e total de empoderamento, comparativamente às das grávidas desempregadas. Para a dimensão autoeficácia são as grávidas desempregadas que exibem valores médios mais altos.

O Teste *U-Mann-Whitney*, através da observação dos seus níveis de significância, permitiu-nos verificar que não existe diferença estatística significativa. Desta forma, concluímos que não existe relação entre a variável **situação profissional** e o empoderamento da grávida.

Relação entre residência e o empoderamento da grávida.

Com o intuito de analisarmos a influência da variável residência no empoderamento da grávida usamos o Teste *Kruskal-Wallis*.

As grávidas que residem na vila revelam ter um nível de autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global de

empoderamento superior às que residem na cidade e aldeia. As que residem na aldeia revelam um valor médio superior na dimensão autoeficácia (cf. Tabela 14, **APÊNDICE IX**).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões pelo que, podemos inferir que a **residência** não influencia o empoderamento da grávida.

H2 – As variáveis obstétricas (existência de filhos, experiência de amamentação, local de vigilância da gravidez atual, problemas na gravidez atual, existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto) influenciam o empoderamento da grávida.

Relação entre existência de filhos e o empoderamento da grávida.

A hipótese colocada foi analisada através da aplicação do Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias constatámos, que as grávidas com filhos possuem melhor autoestima e autoeficácia, assim como, apresentam médias superiores no que diz respeito ao valor global do empoderamento. As que não têm filhos, apresentam valores médios superiores no que diz respeito ao apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e imagem futura (cf. Tabela 15, **APÊNDICE IX**).

Observando o nível de significância, verificámos existir diferença estatística significativa apenas na dimensão autoestima, o que nos leva a afirmar que a variável independente **existência de filhos** influencia a autoestima da grávida (cf. Tabela 15, **APÊNDICE IX**).

Relação entre experiência de amamentação e o empoderamento da grávida.

Para testar esta hipótese utilizamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

A análise das médias expostas na Tabela 16 (cf. **APÊNDICE IX**) permitiu-nos certificar, que as grávidas que tiveram experiência anterior de amamentação, apresentam médias mais elevadas para todas as dimensões e para o valor global do empoderamento, comparativamente as que não tiveram essa experiência.

A dimensão autoeficácia e o valor global do empoderamento revelam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), o que nos permite afirmar que existe relação entre a variável **experiência de amamentação** e a autoeficácia e empoderamento da grávida.

Relação entre local de vigilância de gravidez e o empoderamento da grávida.

Com o intuito de validarmos a hipótese colocada usamos o Teste *Kruskal-Wallis*.

Verificamos que as grávidas que são acompanhadas pelo médico particular, apresentam valores médios superiores nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global do empoderamento, contudo, as que fazem a sua vigilância de gravidez no Centro de Saúde revelam ter um maior nível de autoestima (cf. Tabela 17, **APÊNDICE IX**).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do empoderamento pelo que, podemos afirmar que o **local de vigilância de gravidez** não influencia a variável dependente.

Relação entre problemas na gravidez atual e o empoderamento da grávida.

Para aferir esta hipótese utilizamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Pela análise da Tabela 18 (cf. **APÊNDICE IX**), constatámos que as grávidas sem problemas durante a gestação exibem médias mais elevadas para todas as dimensões e para o valor global do empoderamento.

A observação dos níveis de significância do Teste *U-Mann-Whitney* permitiu-nos apurar que, para a dimensão autoestima, existe diferença estatística significativa ($p < 0,05$), sendo que, para a dimensão autoeficácia e o valor global do empoderamento, essa diferença estatística é altamente significativa ($p < 0,001$). Assim, é possível dizer-se que existe relação entre **problemas na gravidez** e as dimensões autoestima, autoeficácia e empoderamento da grávida.

Relação entre existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto e o empoderamento da grávida.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *t-Student*, a fim de averiguar a existência de relação entre a existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto e o empoderamento da grávida.

Pela análise das médias expostas na Tabela 19 (cf. **APÊNDICE IX**), verificámos que as grávidas que não referem medo/receio relativamente à gravidez e ao parto apresentam valores médios superiores para todas as dimensões e valor global do empoderamento.

As dimensões autoeficácia e imagem futura registam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), sendo que, para o valor global do empoderamento a diferença

estatística é bastante significativa ($p < 0,01$) e ainda diferença estatística altamente significativa ($p < 0,001$) para a dimensão autoestima. Desta forma, podemos concluir que existe relação entre a **existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto** e as dimensões autoestima, autoeficácia, imagem futura e valor global de empoderamento da grávida (cf. Tabela 19, **APÊNDICE IX**).

H3 – O empoderamento da grávida é influenciado pela transmissão de informação durante a gravidez.

Relação entre informação sobre aleitamento materno e o empoderamento da grávida.

Para analisar a hipótese em estudo recorreremos ao Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias constatámos, que as grávidas que tiveram não informação sobre aleitamento materno possuem médias superiores no que respeita à autoestima, autoeficácia, alegria de uma adição à família, e valor global de empoderamento. No que concerne ao apoio e garantias de outros e imagem futura têm médias mais altas, as que receberam informação sobre esta temática. Contudo, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), concluindo que a **informação sobre aleitamento materno** não influencia o empoderamento da grávida em nenhuma das suas dimensões (cf. Tabela 20, **APÊNDICE IX**).

Relação entre emissor de informação sobre aleitamento materno e o empoderamento da grávida.

Para verificarmos a hipótese colocada usamos o Teste *Kruskal-Wallis*.

As grávidas que obtêm informação dos profissionais de saúde e outros sobre aleitamento materno, apresentam valores médios superiores nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, imagem futura e valor global de empoderamento. As dimensões autoestima, e alegria de uma adição à família, revelaram médias superiores em grávidas informadas por outros.

Verificou-se diferença estatística significativa na dimensão apoio e garantias de outros ($p=0,017$) e valor global do empoderamento ($p=0,048$), confirmando que a variável **emissor de informação sobre aleitamento materno** interage na predição da dimensão acima referida e empoderamento da grávida (cf. Tabela 21, **APÊNDICE IX**).

As diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, localizadas através da aplicação do Teste *Post-Hoc - Tukey*, podem ser conferidas na Tabela 22 (cf. **APÊNDICE IX**). Apesar das diferenças das médias entre grupos, para o valor global do empoderamento, ser estatisticamente significativas ($p < 0,05$), o Teste *Tukey* não permitiu a sua localização.

A partir do Teste *ANOVA* (cf. Tabela 23, **APÊNDICE IX**), foram calculados os coeficientes de determinação (R^2) os quais nos permitem concluir que a variável independente emissor de informação sobre aleitamento materno é responsável por 8,79% da variação da dimensão apoio e garantias de outros e por 7,01% da variabilidade do valor global de empoderamento.

Relação entre informação sobre desconfortos na gravidez e o empoderamento da grávida.

Com a finalidade de validarmos a hipótese colocada, usamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Verificámos que as grávidas que são informadas sobre desconfortos na gravidez, obtiveram valores médios superiores nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global do empoderamento, contudo, as que não adquiriram esta informação revelam ter uma melhor condição no que respeita à autoestima e imagem futura (cf. Tabela 24, **APÊNDICE IX**).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do empoderamento pelo que, podemos afirmar que a **informação sobre desconfortos na gravidez** não influencia a variável dependente.

Relação entre emissor de informação sobre desconfortos na gravidez e o empoderamento da grávida.

A fim de se verificar o efeito que a variável emissor de informação sobre desconfortos na gravidez tem sobre o empoderamento da grávida, foi aplicado o Teste não paramétrico *Kruskal Wallis*.

Observando a Tabela 25 (cf. **APÊNDICE IX**), percebemos que as grávidas informadas pelos profissionais de saúde e outros sobre desconfortos na gravidez exibem valores médios superiores nas dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global de empoderamento. As que são informadas pelo médico possuem valores médios mais elevados para a autoeficácia.

Existe diferença estatística bastante significativa ($p < 0,01$) para a dimensão apoio e garantias de outros, o que nos leva a afirmar eu existe relação entre a variável **emissor de informação sobre desconfortos na gravidez** e a referida dimensão (cf. Tabela 25, **APÊNDICE IX**).

Foi aplicado o Teste *ANOVA* e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. Verificamos que existe diferença estatística significativa na dimensão apoio e garantias de outros, entre grávidas que obtêm informação através do enfermeiro e das que recebem informação do médico e enfermeiro ($p=0,005$) (cf. Tabela 26, **APÊNDICE IX**).

Calculando o coeficiente de determinação (R^2), a partir do Teste *ANOVA* (cf. Tabela 27, **APÊNDICE IX**), podemos concluir que o emissor de informação sobre desconfortos na gravidez explica a variação das médias em 8,15% para a dimensão apoio e garantias de outros.

Relação entre informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e o empoderamento da grávida.

Para testar esta hipótese, utilizamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Pela análise da Tabela 28 (cf. **APÊNDICE IX**), constatamos que as grávidas que receberam informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez exibem valores médios superiores em quase todas as dimensões e valor global de empoderamento. As que não receberam informação apenas obtiveram média superior na dimensão imagem futura. Contudo, a observação dos níveis de significância do Teste *U-Mann-Whitney*, permite constatar que, para nenhuma das dimensões de empoderamento se pode inferir a existência de diferença estatística significativa ($p < 0,05$). Assim, não é possível rejeitar-se a hipótese nula, o que significa dizer que não existe relação entre a **informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez** e o empoderamento da grávida.

Relação entre emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e o empoderamento da grávida.

Após realização do Teste *Kruskal-Wallis*, verificamos que as grávidas informadas por outros sobre alimentação e aumento de peso na gravidez, apresentam valores médios superiores nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, imagem futura e valor global do empoderamento. Já as que foram informadas pelo médico e enfermeiro pontuam superiormente na dimensão autoestima. Possuem valores médios superiores na dimensão

alegria de uma adição à família, as que são informadas pelos profissionais de saúde e outros. Verifica-se diferença estatística bastante significativa ($p < 0,001$) nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento, permitindo-nos inferir que a variável **emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez** influencia o empoderamento da grávida, tal como as dimensões referidas cf. (Tabela 29, **APÊNDICE IX**).

Foi aplicado o Teste *ANOVA* e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, podendo estas ser conferidas na Tabela 30 (cf. **APÊNDICE IX**).

Pelo cálculo do coeficiente de determinação, verificámos que a variável emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez, explica a variação das médias do empoderamento da grávida em: 7,40% na dimensão autoeficácia; 9,73% na dimensão apoio e garantias de outros; 7,97% na dimensão alegria de uma adição à família e 9,92% no valor global de empoderamento (cf. Tabela 31, **APÊNDICE IX**).

Relação entre informação sobre hábitos nocivos na gravidez e o empoderamento da grávida.

Com o intuito de validarmos a hipótese colocada, usamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Verificámos que as grávidas que são informadas sobre hábitos nocivos na gravidez obtiveram valores médios superiores em todas as dimensões e valor global do empoderamento, comparativamente com as que não adquiriram esta informação (cf. Tabela 32, **APÊNDICE IX**).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do empoderamento, pelo que, podemos afirmar que a **informação sobre hábitos nocivos na gravidez** não influencia o empoderamento da grávida.

Relação entre emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez e o empoderamento da grávida.

Para analisar as variâncias entre as médias da variável emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez, foi utilizado o Teste *Kruskal-Wallis*, a fim de serem detetadas diferenças significativas entre elas.

Da observação da Tabela 33 (cf. **APÊNDICE IX**), podemos constatar que as grávidas que receberam informação de outros sobre hábitos nocivos na gravidez, apresentam valores

médios mais elevados para as dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, imagem futura e valor global de empoderamento. Já as que obtiveram informação por parte dos profissionais de saúde e outros, têm média superior para a dimensão alegria de uma adição à família. As grávidas informadas pelo médico, apresentam valores médios mais altos para a autoeficácia. Através da observação dos seus níveis de significância, este teste permitiu-nos concluir que, para as dimensões autoestima, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento existe diferença estatística significativa ($p < 0,05$), enquanto para a dimensão apoio e garantias de outros a diferença estatística é bastante significativa ($p < 0,01$). Desta forma, podemos concluir que existe relação entre a variável **emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez** e as dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento da grávida (cf. Tabela 33, **APÊNDICE IX**).

Após ordenação das médias, foi aplicado o Teste *ANOVA* e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, podendo estas ser observadas na Tabela 34 (cf. **APÊNDICE IX**). Apesar das diferenças das médias entre grupos, para as dimensões autoestima e alegria de uma adição à família, serem estatisticamente significativas ($p < 0,05$), o Teste *Tukey* não conseguiu identifica-las.

Calculando o coeficiente de determinação (R^2), a partir do Teste *ANOVA* podemos aferir que a variável emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez explica a variação das médias destas dimensões do empoderamento da grávida em: 7,15% na autoestima; 12,41% no apoio e garantias de outros; 6,1% na alegria de uma adição à família e 7,81% no valor global de empoderamento (cf. Tabela 35, **APÊNDICE IX**).

Relação entre informação sobre atividade/repouso na gravidez e o empoderamento da grávida.

Para analisar a hipótese em estudo recorreremos ao Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias constatámos, que as grávidas que tiveram informação sobre atividade e repouso possuem médias superiores em todas as dimensões e valor global de empoderamento. Todavia, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), concluindo que a **informação sobre atividade e repouso** não influencia o empoderamento da grávida em nenhuma das suas dimensões (cf. Tabela 36, **APÊNDICE IX**).

Relação entre emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez e empoderamento da grávida.

Para verificarmos a hipótese colocada, usamos o Teste *Kruskal-Wallis*.

As grávidas que obtêm informação dos profissionais de saúde e outros sobre atividade/repouso na gravidez apresentam valores médios superiores nas dimensões autoestima, autoeficácia e valor global de empoderamento. As dimensões apoio e garantias de outros e alegria de uma adição à família, revelaram médias superiores em grávidas informadas por outros. E por último, o valor médio mais elevado para a dimensão imagem futura é observado nas que obtiveram informação do médico e enfermeiro.

Todavia, apenas se verifica diferença estatística significativa no valor global do empoderamento ($p < 0,05$), e diferença estatística altamente significativa na dimensão apoio e garantias de outros ($p < 0,001$). Podemos concluir que a variável **emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez** interage na predição da dimensão acima referida e empoderamento da grávida (cf. Tabela 37, **APÊNDICE IX**).

As diferenças entre pares de grupos, com significância estatística, localizadas através da aplicação do Teste *Post-Hoc - Tukey*, podem ser conferidas na Tabela 38 (cf. **APÊNDICE IX**).

A partir do Teste *ANOVA* (cf. Tabela 39, **APÊNDICE IX**), foram calculados os coeficientes de determinação (R^2) os quais nos permitem aferir que a variável independente emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez é responsável por 14,51% da variação da dimensão apoio e garantias de outros e por 6,18% da variabilidade do valor global de empoderamento.

Relação entre informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e o empoderamento da grávida.

A hipótese colocada foi analisada através da aplicação do Teste *U-Mann-Whitney*.

Pela análise das médias expostas na Tabela 40 (cf. **APÊNDICE IX**), constatamos que as grávidas que obtiveram informação sobre sinais e sintomas de alerta para recorrer ao hospital, apresentam médias mais elevadas para todas as dimensões e para o empoderamento, comparativamente as que não tiveram essa informação.

A dimensão apoio e garantias de outros revela diferença estatística significativa ($p < 0,05$), o que nos permite afirmar que existe relação entre a variável **informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez** e esta dimensão do empoderamento.

Relação entre emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e o empoderamento da grávida.

Após realização do Teste *Kruskal-Wallis*, verificámos que as grávidas informadas por profissionais de saúde e outros sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez, apresentam valores médios superiores nas dimensões alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global do empoderamento. Já as que foram informadas pelo médico e enfermeiro pontuam superiormente na dimensão apoio e garantias de outros. Possuem valores médios superiores na dimensão autoestima, as que são informadas por outros, e por último quem foi informada pelo médico possui valores médios superiores na dimensão autoeficácia. Apenas se verificam diferenças significativas ($p < 0,05$) na dimensão alegria de uma adição à família, permitindo-nos inferir que a variável **emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez** tem influência na dimensão referida (cf. Tabela 41, **APÊNDICE IX**).

Após a ordenação das médias, foi aplicada o Teste *ANOVA* e o Teste *Post Hoc - Tukey* para situar as diferenças estatísticas.

Pelo cálculo do coeficiente de determinação, verificámos que a variável emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez, é responsável por 5,55% da variação do valor global de empoderamento. Todavia, não se localizam diferenças estatisticamente significativas entre grupos. (cf. Tabela 42, **APÊNDICE IX**).

Relação entre informação sobre atividade sexual durante a gravidez e o empoderamento da grávida.

Para testar esta hipótese utilizamos o Teste *U-Mann-Whitney*.

Pela análise da Tabela 43 (cf. **APÊNDICE IX**), constatámos que as grávidas que receberam informação sobre atividade sexual durante a gravidez exibem valores médios superiores nas dimensões autoestima, autoeficácia e apoio e garantias de outros. As que não receberam informação obtiveram média superior nas dimensões alegria de uma adição à família e imagem futura e valor global de empoderamento. Contudo, a observação dos níveis de significância do Teste *U-Mann-Whitney*, permite constatar que, para nenhuma das dimensões de empoderamento se pode inferir a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Assim, não é possível rejeitar-se a hipótese nula, o que significa dizer que não existe relação entre a **informação sobre atividade sexual durante a gravidez** e o empoderamento da grávida.

Relação entre emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez e o empoderamento da grávida.

Após realização do Teste Kruskal-Wallis, verificámos que as grávidas que receberam informação do médico e enfermeiro sobre atividade sexual durante a gravidez, apresentam valores médios mais elevados para as dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento. Já as que obtiveram informação por parte do médico, têm média superior para a dimensão autoeficácia, enquanto que, grávidas informadas por outros, apresentam valores médios mais altos para a imagem futura. Contudo, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões apoio e garantias de outros e alegria de uma adição à família ($p < 0,05$), permitindo-nos inferir que as dimensões acima citadas são influenciadas pela variável **emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez** (cf. Tabela 44, **APÊNDICE IX**).

Após ordenação das médias, foi aplicado o Teste ANOVA e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. Apurámos que estas existem entre as grávidas informadas pelo enfermeiro e as que receberam informação do médico e enfermeiro ($p=0,009$). As grávidas informadas pelo médico e enfermeiro apresentam um nível de alegria de uma adição à família superior. Apesar das diferenças das médias entre grupos, para as dimensão apoio e garantias de outros, serem estatisticamente significativas ($p < 0,05$), o Teste *Tukey* não conseguiu identifica-las (cf. Tabela 45, **APÊNDICE IX**).

Pelo cálculo do coeficiente de determinação (R^2), verificámos que a variável emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez é responsável por 8,16% da variação da dimensão apoio e garantias de outros e 9,09% da variação da dimensão alegria de uma adição à família (cf. Tabela 46, **APÊNDICE IX**).

Relação entre informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e o empoderamento da grávida.

Para analisar a hipótese em estudo, recorremos ao Teste *U-Mann-Whitney*.

Analisando as médias, constatámos que as grávidas que tiveram informação sobre puerpério/alterações fisiológicas possuem médias superiores em todas as dimensões e valor global de empoderamento. Porém, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), concluindo que a **informação sobre puerpério/alterações fisiológicas** não influencia o empoderamento da grávida em nenhuma das suas dimensões (cf. Tabela 47, **APÊNDICE IX**).

Relação entre emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e o empoderamento da grávida.

Para validarmos a hipótese colocada, utilizamos o Teste *Kruskal-Wallis*.

Ao analisarmos a Tabela 48 (cf. **APÊNDICE IX**), observámos que as grávidas informadas por profissionais de saúde e outros sobre puerpério/alterações fisiológicas, apresentam valores médios superiores nas dimensões autoestima, autoeficácia, imagem futura e valor global do empoderamento. Já as que foram informadas pelo médico e enfermeiro pontuam superiormente na dimensão apoio e garantias de outros e alegria de uma adição à família. Todavia, apenas se verifica diferença estatística significativa na dimensão apoio e garantias de outros ($p=0,040$), permitindo-nos inferir que esta dimensão é influenciada pela variável **emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas**.

Após a ordenação das médias, foi aplicada o Teste ANOVA e o Teste *Post Hoc - Tukey* para situar as diferenças estatísticas. Constatámos que estas existem entre as grávidas informadas pelo enfermeiro e as que receberam informação do médico e enfermeiro ($p=0,020$) (cf. Tabela 49, **APÊNDICE IX**).

A variável emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas explica 7,03% da variação da dimensão apoio e garantias de outros (cf. Tabela 50, **APÊNDICE IX**).

Relação entre informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto e o empoderamento da grávida.

Para testar esta hipótese foi utilizado o Teste *U-Mann-Whitney*.

Pela análise das médias expostas na Tabela 51 (cf. **APÊNDICE IX**), verificámos que as grávidas que receberam informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto, apresentam valores médios superiores para todas as dimensões e valor global do empoderamento.

O Teste *U-Mann-Whitney*, através da observação dos seus níveis de significância, permitiu-nos concluir que, para as dimensões autoestima e autoeficácia existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), enquanto para o valor global do empoderamento a diferença estatística é bastante significativa ($p < 0,01$). Desta forma, podemos concluir que existe relação entre **informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto** e a autoestima, autoeficácia e empoderamento da grávida.

Relação entre emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto e o empoderamento da grávida.

A fim de se verificar o efeito que a variável emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto tem sobre o empoderamento da grávida, foi aplicado o Teste não paramétrico *Kruskal Wallis*.

Observando a Tabela 52 (cf. **APÊNDICE IX**), percebemos que as grávidas informadas por outros sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto, exibem valores médios superiores nas dimensões autoestima, apoio e garantias de outro e imagem futura. As que são informadas pelo médico e enfermeiro possuem valores médios mais elevados para a alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento. Por último, as grávidas informadas pelo médico pontuam superiormente na dimensão autoeficácia.

Existe diferença estatística significativa ($p < 0,05$) para a dimensão alegria de uma adição à família, o que nos leva a concluir que a variável **emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto** interage na predição da dimensão acima referida. (cf. Tabela 52, **APÊNDICE IX**).

Foi aplicado o Teste *ANOVA* e o Teste *Post-Hoc - Tukey*, para localizar as diferenças entre pares de grupos, com significância estatística. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão alegria de uma adição à família, entre grávidas que obtêm informação através do enfermeiro e das que recebem informação do médico e enfermeiro ($p=0,026$) (cf. Tabela 53, **APÊNDICE IX**).

Calculando o coeficiente de determinação (R^2), a partir do Teste *ANOVA* (cf. Tabela 54, **APÊNDICE IX**), podemos concluir que o emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto explica a variação das médias em 5,84% para a dimensão alegria de uma adição à família.

Em síntese:

- A variável idade influencia a dimensão apoio e garantias de outros ($p=0,012$).
- Relativamente ao estado civil interage na predição da dimensão autoestima e empoderamento da grávida.
- Existe relação entre a coabitação e a autoestima da grávida ($p=0,029$).
- A escolaridade influencia o empoderamento da grávida e as suas dimensões, com exceção para a alegria de uma adição à família.

- Não existe relação entre a variável situação profissional e o empoderamento da grávida.
- A variável independente residência não influencia o empoderamento da grávida.
- A existência de filhos influencia a autoestima a grávida ($p=0,012$).
- Existe relação entre a experiência de amamentação e a autoeficácia e o empoderamento da grávida.
- O local de vigilância da gravidez não influencia a variável dependente.
- Existe relação entre problemas na gravidez e a autoestima, autoeficácia e empoderamento da grávida.
- A variável existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto influencia as dimensões autoestima, autoeficácia, imagem futura e valor global de empoderamento da grávida.
- A informação sobre aleitamento materno não influencia o empoderamento da grávida.
- A variável emissor de informação sobre aleitamento materno interage na predição da dimensão apoio e garantias de outros e empoderamento da grávida.
- A informação sobre desconfortos na gravidez não influencia a variável dependente.
- Existe relação entre a variável emissor de informação sobre desconfortos na gravidez e a dimensão apoio e garantias de outros ($p=0,007$).
- Não existe relação entre a informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e o empoderamento da grávida.
- As dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento, são influenciadas pelo emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez.
- A informação sobre hábitos nocivos na gravidez não influencia o empoderamento da grávida.
- Existe relação entre a variável emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez e as dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento da grávida.
- A informação sobre atividade e repouso não influencia o empoderamento da grávida.
- A variável emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez interage na predição da dimensão apoio e garantias de outros e empoderamento da grávida.
- Existe relação entre a variável informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e a dimensão apoio e garantias de outros ($p=0,037$).

- A variável emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez tem influência na dimensão alegria de uma adição à família ($p=0,037$).
- Não existe relação entre a informação sobre atividade sexual durante a gravidez e o empoderamento da grávida.
- As dimensões apoio e garantias de outros e alegria de uma adição à família são influenciadas pela variável emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez.
- A informação sobre puerpério/alterações fisiológicas não influencia o empoderamento da grávida em nenhuma das suas dimensões.
- A dimensão apoio e garantias de outros é influenciada pela variável emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas ($p=0,040$).
- Existe relação entre informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto e as dimensões autoestima, autoeficácia e empoderamento da grávida.
- A variável emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto interage na predição da dimensão alegria de uma adição à família ($p=0,024$).

6 – DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente responder aos objetivos do nosso estudo. Deste modo, a discussão dos resultados, permite-nos referir, o que empiricamente foi o que mais se evidenciou.

A discussão dos resultados é uma fase crucial de um estudo científico, pois permite-nos compreender os dados recolhidos e confrontá-los com as conceptualizações teóricas que serviram de pilar à nossa investigação.

É na discussão que o investigador examina os principais resultados da investigação, ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses, confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. O investigador indica os erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis (FORTIN, 2009). Desta forma, procuramos ao longo deste capítulo fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, assentando no pensamento e análise crítica, recorrendo sempre a opinião de autores consultados.

6.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Para que o presente estudo possa contribuir para o conhecimento na área da Obstetrícia e mais especificamente, para o empoderamento da grávida, é importante destacar algumas limitações metodológicas.

O primeiro ponto a assinalar consiste no facto da amostra englobar um número reduzido de grávidas, o que acarreta algumas desvantagens relacionadas com a sua fidelidade e fiabilidade. Face a este aspeto limitativo, a pesquisa está condicionada às nossas opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados à população de grávidas durante o período em que decorreu o trabalho de campo desta investigação e carece de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito, com amostras mais alargadas.

Em segundo lugar, as participantes foram recrutadas, segundo um processo de amostragem por conveniência, o que concerne à partida algumas limitações. Os resultados dependem da sinceridade e honestidade das inquiridas, para além de impedir a generalização dos resultados.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens. Assim as vantagens que surgem são relativas ao facto de ser um estudo mais breve e, enquanto metodologia ser mais simples. As desvantagens prendem-se com o facto de a avaliação ficar centrada naquele momento, isto é, na percepção retrospectiva e prospetiva, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser combatido através de um estudo longitudinal (FORTIN, 2009).

Apesar das desvantagens referidas, os métodos utilizados na realização deste estudo foram os mais viáveis de serem utilizados.

6.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O número de grávidas estudadas é de 195, com **idades** compreendidas entre os 18 e os 41 anos, a média é de 31,13, sendo o grupo mais representativo o das grávidas com idades compreendidas entre 18 e 35 anos, com uma percentagem de 80,5%. Assim, podemos afirmar que a média de idades das grávidas inquiridas é considerada como a ideal para conceber um filho, uma vez que a mulher/casal já tem uma maturidade física e psicológica e também estabilidade económica e profissional, para melhor aceitar e viver em pleno a maternidade e os riscos que dela possam advir (GRAÇA, 2000).

A análise inferencial mostrou, que as grávidas com idade ≥ 36 anos possuem piores resultados de empoderamento. Verificámos que existe diferença estatística significativa entre a idade e a dimensão apoio e garantias de outros. Os dados obtidos vão de encontro a um estudo realizado por Gomes et al., (2008) que se refere à maternidade depois dos 35 anos como uma possível gravidez de alto risco, podendo representar para a grávida um indicativo de maiores problemas emocionais e sociais associados à vivência desse período da vida. Por esta razão, a grávida tende a sentir-se mais frágil, apreensiva e impotente, associando-se um incremento dos níveis de ansiedade materna, mesmo sem qualquer problema de saúde ou complicação durante a gravidez. Contrariando tal resultado, Nascimento (2011), advoga quanto às vivências de empoderamento, como favorável em mulheres mais maduras, sendo a gravidez, um momento de transição que provoca, em mulheres mais jovens, sentimentos de insegurança pela transição de papéis, acarretando um aumento de responsabilidades.

Quanto à sua distribuição segundo o seu **estado civil**, constatámos que na sua grande maioria (92,8%) são casadas/união de facto. Ao relacionarmos o estado civil com o empoderamento, podemos constatar que as grávidas casadas/união de facto são aquelas que apresentam maior valor de empoderamento. Segundo Nascimento (2011), as grávidas

solteiras, tendem a preocupar-se com as implicações que a gravidez pode causar nas suas vidas, como as mudanças do corpo e os papéis dentro das suas famílias. Um estudo de Ritter et al. (2000) aponta a qualidade do suporte do companheiro como fonte de suporte primordial para a grávida. Canavarro (2001) refere-se ao relacionamento conjugal como elemento na reestruturação de modelos relacionais, podendo constituir-se como fonte de apoio social. A sua percepção de possibilidade de apoio afetará as representações da maternidade. Da mesma forma, um estudo de Silveira e Ferreira (2011) refere o estado civil como influente na conduta emocional da grávida, defendendo que as mulheres casadas dispõem de maior apoio e, por isso, melhor conceito pessoal e menor ansiedade durante a gravidez.

Neste estudo, constatámos que existe diferença estatística significativa entre o estado civil e o valor global do empoderamento, sendo que, para a dimensão autoestima essa diferença estatística é bastante significativa. Estes factos podem eventualmente estar relacionados com o apoio proveniente do companheiro no acompanhamento no processo de gravidez, assumindo uma postura protetora com a grávida, exercendo assim, uma influência positiva na autoestima e conseqüentemente no seu empoderamento (NASCIMENTO, 2011).

Em relação à situação de **coabitação**, podemos verificar que, a maioria (96,9%) das grávidas vive como família nuclear, o que vem de encontro aos dados obtidos nos Censos 2011 (INE, 2011) os quais revelam famílias de menor dimensão, tendo aumentado o peso das famílias com 1 e 2 pessoas. As famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão.

A análise inferencial demonstrou grávidas em família nuclear com médias mais elevadas nas dimensões autoestima, autoeficácia, alegria de uma adição à família e imagem futura. Estes resultados vêm corroborar o estudo de Pacheco, Costa e Figueiredo (2009) sobre a qualidade do relacionamento da grávida com as pessoas significativas, tendo revelado que a coabitação com o companheiro prediz uma maior autoeficácia da grávida. Já Canavarro (2001), referindo-se, desta vez à gravidez e maternidade, num quadro de família mais alargada, vem de encontro a esta ideia, pronunciando-se sobre as implicações na alteração, redefinição e reorganização de tarefas, papéis, estrutura e dinâmica relacional, podendo desta forma, acarretar graves transtornos ao processo gravídico. Similarmente, a não coabitação com o pai do bebé pode explicar o facto de a grávida ter uma baixa percepção do suporte recebido (PACHECO; COSTA; FIGUEIREDO, 2009).

No que concerne à **escolaridade** das grávidas em estudo, constatámos que a maioria possuía um curso superior (54,9%), seguindo-se 28,7% com o ensino secundário. Estes resultados confirmam os dados do INE (2011) nos Censos 2011, tendo revelado um

aumento do nível de instrução da população portuguesa de forma bastante expressiva na última década. Mais ainda, a população que hoje possui o ensino superior completo quase duplicou, face a 2001, e cerca dos 61% dos licenciados são do sexo feminino.

Alguns estudos revelam características que sugerem vulnerabilidade social para a vida da grávida, como o baixo nível de escolaridade, importantes preditores de uma diminuição da autoestima e autoeficácia (DIAS et al., 2008); (SILVA et al., 2010); (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Um estudo de Nelas (2004) vem confirmar que são as grávidas com maior nível de escolaridade que apresentam melhor suporte emocional, assim como de suporte social. Uma das explicações que a autora encontra é a possibilidade de um melhor nível de conhecimentos gerais possa contribuir para melhorar a facilidade de compreensão e entendimento sobre o que se passa consigo, quais as implicações possíveis e eventual melhor capacidade de planificação do futuro.

Nesta linha de pensamento, este estudo vai de encontro ao defendido por estes autores. As grávidas que possuem um grau de ensino superior são as que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões e no valor global do empoderamento. Verificámos igualmente, que a escolaridade exerce influência no empoderamento da grávida, tal como nas dimensões autoestima, autoeficácia, apoio e garantias de outros e imagem futura.

No estudo conjunto referente à **situação profissional** e o empoderamento da grávida, pudemos verificar que as grávidas que referiram estar empregadas (80,5%) obtiveram ordenações médias superiores nas dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e total de empoderamento, comparativamente às das grávidas desempregadas.

Todavia, verificámos não existir diferença estatística significativa entre os dois grupos, sendo legítimo referir que a situação profissional não influencia o empoderamento da grávida. Um estudo de Maçola, Vale e Carmona (2010), demonstrou o facto de ter ou não emprego não influenciou significativamente os scores de autoestima da grávida. Contudo, os autores referem-se à apreensividade demonstrada pelas grávidas ativas, quanto à possibilidade de perder o emprego devido à gravidez, além da preocupação com sua capacidade de conciliar trabalho e maternidade.

Contrariamente, a estes resultados, Silveira e Ferreira (2011) revelam que o exercício da atividade profissional tem influência na autoeficácia da grávida, o que corresponde às expectativas de um melhor conceito pessoal nas grávidas empregadas, associado a um maior nível de autonomia, de independência financeira e de realização pessoal. Também os autores Dias et al. (2008) concluíram que as grávidas que não

trabalham apresentam menor autoestima, podendo-se justificar pelo facto do trabalho, assim como a maternidade, representar para as grávidas, uma oportunidade de autorrealização, passando a ser encarado como um meio para o desenvolvimento das próprias potencialidades e, com isso, alcançar a autoexpressão, criatividade e responsabilidade (NASCIMENTO, 2011).

Um estudo sobre suporte social na grávida (NELAS, 2004) revela que grávidas residentes em meio urbano têm uma melhor percepção de suporte emocional, que as residentes em meio rural, embora estas últimas apresentem uma melhor percepção de suporte financeiro, podendo este aspeto eventualmente relacionar-se com uma maior interdependência entre as pessoas do meio rural.

Quanto à distribuição das grávidas segundo a sua zona de **residência**, podemos constatar que a maior parte (52,3%) reside na cidade, seguindo-se 28,7% que vivem numa vila. Pudemos constatar que as grávidas residentes em vilas revelam um nível de autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global de empoderamento superior às que residem nas cidades e aldeias. As que residem em aldeias revelam um valor médio superior na dimensão autoeficácia. Contudo, pelo Teste de *Kruskal-Wallis* e seus resultados constatámos que as diferenças entre as duas variáveis não são significativas.

A maior parte das mulheres da amostra (69,7%) não tem **filhos**, apresentando uma média de 0,34. Pela análise inferencial apurámos, que as grávidas com filhos possuem melhor autoestima e autoeficácia, assim como, apresentam médias superiores no que diz respeito ao valor global do empoderamento. As que não têm filhos apresentam valores médios superiores no que diz respeito ao apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e imagem futura. Observando o nível de significância, verificámos existir diferença estatística significativa apenas na dimensão autoestima pelo que podemos inferir que esta é influenciada pela variável existência de filhos.

Segundo Remennick (2000), a autoestima de mulheres que possuem filhos são significativamente maiores do que os índices obtidos por mulheres que não possuem filhos. Mulheres que nunca foram mães sentem-se desvalorizadas e apresentam índices de bem-estar subjetivo e de autoestima inferiores. Assim, o fato de ter filhos pode contribuir positivamente para a autoestima da grávida.

No entanto, contrariamente ao que foi dito, Dias et al. (2008) associa o número de filhos negativamente à autoestima. Uma justificação apresentada pelos autores pode ser a maior preocupação para com os filhos, que acaba por se sobrepor à preocupação consigo própria.

No que se refere à amamentação das mulheres que já tiveram filhos anteriormente, verifica-se que 9 em cada 10 amamentou. Verificamos que a **experiência de amamentação** exerceu influência na autoeficácia tal como para o empoderamento da grávida. Mediante os resultados obtidos no presente estudo, as grávidas que tiveram experiência anterior de amamentação, exibem médias superiores em todas as dimensões e no valor global de empoderamento.

Estes resultados estão de acordo com alguns estudos que relacionam um aumento de autoeficácia em mulheres que praticam um aleitamento materno exclusivo (ORIÁ, 2008); (COSTA, 2011).

Os resultados obtidos podem ser justificados por eventuais problemas inerentes à amamentação, sendo eles responsáveis pelo desmame precoce, situações essas, que podem diminuir a autoeficácia das mães, em relação à sua habilidade de amamentar (ORIÁ, 2008). Também por outro lado, é esperado que a confiança das mulheres aumente, quando a prática desta atividade é bem-sucedida, aumentando os níveis de autoeficácia (DENNIS, 2003). Outros estudos realçam ainda, a falta de conhecimentos sobre esta temática, como um dos motivos para a baixa prevalência do aleitamento exclusivo (PEREIRA, 2006); (SANDES et al., 2007); (OLIVEIRA, 2010), o que pode justificar o facto de grávidas que não amamentaram auferirem valores inferiores de empoderamento.

A análise do **local de vigilância da gravidez** permite constatar que a maioria das grávidas em estudo (76,3%) vigia a sua gravidez no Hospital, seguem-se as grávidas que fazem a vigilância da gravidez no médico particular (14,4%). Dos fatores que poderão ter influenciado este resultados, poderão eventualmente estar presentes, o nível socioeconómico, que por ter decaído nos últimos anos, levando a que o local de vigilância de gravidez escolhido, seja o mais económico. O facto de a amostra incluir apenas grávidas no último trimestre da gravidez, nesta fase encaminhadas para o Hospital, também pode ser agente explicativo.

Na análise inferencial não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do empoderamento. Contudo, verificámos que as grávidas que são acompanhadas pelo médico particular apresentaram valores médios superiores nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global do empoderamento, no entanto, as que fazem a sua vigilância de gravidez no Centro de Saúde revelaram ter um maior nível de autoestima.

Embora não tenha sido encontrado nenhum estudo específico com esta relação, observa-se que os achados mais próximos a este resultado corresponde a um estudo de Santos e Cardoso (2010), sobre a qualidade de vida e o suporte social da grávida, as

mulheres que efetuaram as consultas exclusivamente no Hospital apresentaram piores resultados, enquanto as que fizeram a sua vigilância no médico particular obtiveram os melhores índices de qualidade de vida. No entanto, as autoras encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o local de vigilância de gravidez e o desempenho emocional das grávidas.

A maioria das grávidas (87,2%) nega **problemas na gravidez**. Constatámos que as grávidas sem problemas durante a gestação exibem médias mais elevadas para todas as dimensões e para o valor global do empoderamento. Concluimos ainda que existe relação entre problemas na gravidez e a autoestima, autoeficácia e empoderamento da grávida.

Estes resultados são divergentes ao estudo de Dias et al. (2008), no qual estes autores fazem referência à condição gestacional de alto risco, que por si só, não implica uma baixa de autoestima nas mulheres, podendo pensar-se que a ênfase atribuída à patologia seja muito maior do que o seu efeito, na autoestima da grávida. Outros estudos partilham a mesma ideia, fazendo ainda alusão à satisfação com a própria gravidez, como um fator muito forte e positivo, contribuindo para um adequado autoconceito da grávida. Também o processo de adaptação à doença, um adequado suporte familiar e social e a satisfação com os cuidados prestados pelos profissionais da área de saúde materna e obstetrícia podem ser responsáveis por resultados favoráveis ao autoconceito da grávida com problemas na gravidez (SILVEIRA, FERREIRA, 2011).

A maioria (57,9%) das grávidas possui **medo/receio relativamente à gravidez e parto**, apontando, a dor no parto como a principal razão. Estes resultados confirmam o estudo de Monforte e Mineiro (2006) no qual destacam que apesar dos avanços tecnológicos, existe ainda uma herança cultural, associando nascimento à dor.

Devido à proximidade do parto, há um aumento de ansiedade, medo e receio, que, no entanto, na preparação psicológica da grávida para o parto, podem ser avaliados como positivos (COLMAN; COLMAN, 1994); (CANAVARRO, 2001). Esta ideia vem contrariar o nosso estudo, no qual concluimos que grávidas que não referiram medo/receio relativamente à gravidez e ao parto apresentaram valores médios superiores para todas as dimensões e valor global do empoderamento.

Pudemos ainda verificar que existe relação entre a existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto e as dimensões autoestima, autoeficácia, imagem futura e valor global de empoderamento da grávida. Todavia, Lopes et al. (2005) refere-se à ansiedade do 3º trimestre como causa para a formulação de expectativas negativas sobre o parto, incluindo medo da dor e dos procedimentos obstétricos, insegurança quanto ao

atendimento e à própria capacidade de dar à luz, além do medo das mudanças que serão ocasionadas pelo nascimento do bebê, o que corrobora o nosso estudo.

Nesta etapa e, dada a extensiva análise descritiva e inferencial dos resultados relacionados com a transmissão de informação durante a gravidez, são comparados apenas os resultados considerados mais significativos, obtidos com as hipóteses previamente enunciadas.

Foi analisada a influência da informação transmitida durante a gravidez (aleitamento materno, desconfortos, alimentação e aumento de peso, hábitos nocivos, atividade/repouso, sinais de alerta para recorrer ao hospital, atividade sexual, puerpério, dúvidas sobre gravidez, parto e pós parto) sobre o empoderamento da grávida. Apenas se obtiveram diferenças estatisticamente significativas para a **informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez** para a dimensão apoio e garantias de outros e **informação sobre dúvidas relativas à gravidez, parto e pós-parto**, nas dimensões autoestima, autoeficácia e valor global de empoderamento.

Estudos efetuados justificam a importância da transmissão de informação durante a gravidez, apontando como principais causas de ansiedade e dúvidas durante o último trimestre de gravidez, a aproximação do parto, as modificações corporais e a incerteza acerca da saúde do bebê, tal como, a falta de informação relacionada com a gravidez (SILVA, 2008); (LOPES et al., 2005).

Um estudo de Costa et al. (2011) realça a importância da educação em saúde como uma ferramenta instigadora do cuidado integral e de empoderamento à grávida, uma vez que, permite uma maior aproximação do conhecimento produzido no campo da saúde, oferecendo forma de adoção de novos hábitos e condutas adequada. Como formas de preparação para uma gravidez e parto tranquilos os mesmos autores apontam o diálogo com a grávida, esclarecimento de dúvidas e temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, orientando sobre sinais de alerta, informações sobre rotinas e procedimentos do trabalho de parto e parto, e as etapas do trabalho de parto e parto.

Silveira e Ferreira (2011) num estudo sobre autoconceito da grávida alertam os profissionais de saúde, para a importância da autoestima e autoeficácia, tal como os fatores influentes, e formas de desenvolver estratégias adequadas que previnam perturbações e desequilíbrios emocionais e promovam uma adequada adaptação, para uma vivência saudável da gravidez.

Analisando os resultados relativos ao **emissor de transmissão de informação sobre aleitamento materno**, 40,6% das grávidas foram informadas pelo enfermeiro. No que concerne à amamentação, Shimizu e Lima (2009) corroboram este resultado, pronunciando-

se sobre a consulta de enfermagem pré-natal e as ações educativas, as quais se baseiam na transmissão de informações às mulheres sobre os cuidados da amamentação e as vantagens e desvantagens do aleitamento materno.

Concluimos que a variável emissor de informação sobre aleitamento materno interage na predição da dimensão apoio e garantias de outros e empoderamento da grávida. Isto vem reforçar o que diz Graça (2005), referindo-se à transmissão de informação sobre a evolução da gravidez, a nutrição, a higiene, o parto, o aleitamento, entre outros, como conteúdos úteis no esclarecimento da grávida. Além disso, aumenta o bem-estar da grávida, antes, durante e depois da gravidez, melhorando a sua autoimagem, capacitando-a para o autocuidado (ZAMPIERI, 2006). Após a análise da contribuição do acompanhamento dos profissionais de saúde na diminuição da ansiedade da grávida, verificou-se que quase a totalidade das grávidas refere que este apoio diminuiu a sua ansiedade (SILVA, 2008).

Das grávidas que foram informadas sobre desconfortos na gravidez, 27,6% foram informadas pelo médico. Este resultado vem confirmar a importância das consultas de vigilância da gravidez, pois informar a grávida, seja verbalmente ou por escrito, sobre os fenómenos com os quais ela se depara diariamente e que lhe acarretam algumas dúvidas, certamente diminuirá a sua ansiedade (GRAÇA, 2005).

Percebemos que as grávidas informadas pelo médico sobre desconfortos na gravidez exibem valores médios superiores na dimensão autoeficácia. Constatámos ainda existir diferença estatística bastante significativa entre a variável **emissor de informação sobre desconfortos na gravidez** e a dimensão apoio e garantias de outros. Um estudo de Figueiredo et al. (2010) pronuncia-se quanto ao exercício da autonomia da grávida, defendendo a aquisição de conhecimentos para que esta a possa exercer com maior efetividade, tornando-a ativa no processo de gravidez e maternidade.

A análise dos dados relativos ao **emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez** mostrou-nos que 39,1% das grávidas afirmou ter sido informada pelo médico. A análise inferencial mostrou-nos existir diferença estatística bastante significativa nas dimensões autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento.

Nascimento (2011) corrobora este resultado ao afirmar que o suporte afetivo dos profissionais de saúde, pode atuar como um estímulo para gerar uma resposta adaptativa da mulher ao processo de nascimento, manifestada por ela em maior segurança e autoconfiança. Similarmente, num estudo sobre prevalência e fatores da autoestima na gestação, Silva et al. (2011) chamam a atenção para a necessidade de se materializem estratégias de prevenção e promoção à autoestima e saúde mental da grávida, com base

num maior conhecimento sobre as variáveis que interferem diretamente no processo de gravidez e maternidade

No que concerne ao **emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez**, para 34,4% da amostra, foi o médico que transmitiu. Um estudo de Correia et al. (2007) sobre gravidez e tabagismo concluiu que, apesar de a percentagem elevada de mulheres mal informadas ou sem informação acerca dos efeitos do tabaco na gravidez, a principal fonte de informação é o médico, o que vem de encontro ao nosso resultado.

Na análise inferencial as grávidas informadas pelo médico, apresentam valores médios mais altos para a autoeficácia. Verificámos também, existir relação entre a variável emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez e as dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento da grávida.

Referente ao **emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez**, mais de metade, foi informada pelo médico. Concluímos também que a variável emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez interage na predição da dimensão apoio e garantias de outros e empoderamento da grávida.

Em relação à análise da variável **emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital na gravidez**, 38,8% da amostra em estudo, respondeu ter sido transmitida pelo médico.

Verificámos que as grávidas informadas pelo médico obtiveram valores médios superiores na dimensão autoeficácia. Contudo, concluímos existir diferenças significativas entre a variável emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e a dimensão apoio e garantias de outros.

No que concerne ao **emissor de informação sobre atividade sexual na gravidez**, mais de metade, respondeu ter sido informada pelo médico. Obtivemos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões apoio e garantias de outros e alegria de uma adição à família, permitindo-nos inferir que estas dimensões são influenciadas pela variável emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez

Sendo o médico apontado como principal via de transmissão de informação na gravidez, podemos justificar estes resultados com os objetivos da consulta pré-natal, sendo o aconselhamento, a informação e ajuda na adaptação às alterações fisiológicas da gravidez, aspetos a ter em conta (MACHADO, 2000). Em contrapartida, num estudo de Costa et al. (2011) percebeu-se que os profissionais que realizam o pré-natal falham na sua consumação, causando descrença e desmotivação das grávidas. Assim, perdem-se

oportunidades de adotar novas práticas e de construir novos saberes, comprometidos com a saúde das mulheres.

Corroborando os resultados da análise inferencial, os mesmos autores, inferem ainda que o trabalho educativo no pré-natal apresenta-se como uma ferramenta facilitadora de produção de conhecimento e autonomia para as mulheres, potencializando positivamente as experiências na gestação, parto e pós-parto, e deve ser favorecido através de um trabalho coletivo de escuta e de partilha de conhecimentos. Mais ainda, Silveira e Ferreira (2011) alertam para a importância dos profissionais de saúde no papel que ocupam na vigilância e suporte da grávida e sua família, despertos para possíveis desequilíbrios e perturbações, não só ao nível físico, mas também psicológico e emocional, neste período delicado que é a gravidez.

Relativamente ao **emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas**, 36,2% obteve essa informação pelo enfermeiro, resultado que corrobora um estudo de Shimizu e Lima (2009) que realça a importância da consulta de enfermagem, como finalidade de garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações de preventivas e promocionais das grávidas.

Observámos pela análise inferencial a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão apoio e garantias de outros, permitindo-nos inferir que esta dimensão é influenciada pela variável emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas. Tendo em conta estes resultados, Graça (2005) refere que os profissionais de saúde devem informar a grávida, sobre os fenómenos com os quais ela se depara diariamente e que lhe acarretam algumas dúvidas, pois assim diminuirá a sintomatologia. Silva (2008) afirma ainda que os profissionais de saúde devem proporcionar à grávida toda a informação necessária para que esta sinta maior confiança neles e possa viver a gravidez e a maternidade com mais tranquilidade e menos ansiedade. Assim, durante o pré-natal o enfermeiro necessita avaliar a autoestima, a rede de suporte social e a satisfação das futuras mães, para que após o parto, a puérpera tenha o suporte necessário e disponível para enfrentar as mudanças e necessidades da sua vida (ZAGONEL et al., 2003).

Na análise dos dados referente ao **emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto**, verificou-se que 43,8% são esclarecidas pelo médico e enfermeiro. Os resultados do estudo de Silva (2008) apontam a aproximação do parto, as modificações corporais e a incerteza acerca da saúde do bebé, como sendo as causas principais de ansiedade durante a gravidez. Como forma de combater esta

ansiedade a mulher dialoga com a família, com o companheiro e procura um profissional de saúde que a escute e lhe esclareça as dúvidas.

Os autores Costa et al. (2011) ressaltam ainda que a consulta à grávida pode ser usada, como um momento privilegiado da sua preparação para o parto, fazendo-se constituir um veículo legítimo de informações sob os aspetos técnicos da gravidez parto e pós-parto, trazendo repercussões positivas à saúde da mulher e RN.

Pela análise inferencial, percebemos que grávidas que são informadas pelo médico e enfermeiro possuem valores médios mais elevados para a alegria de uma adição à família e valor global de empoderamento. Confirmámos que a variável emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto interage na predição da dimensão alegria de uma adição à família

Em concordância com este resultado, Silva (2008) salienta ainda a importância, da família, considerados apoios importantes para a mulher. Quanto aos profissionais de saúde, o esclarecimento das dúvidas e a possibilidade de poderem expressar os seus sentimentos são contributos significativos para a redução da ansiedade da grávida. Devem desenvolver-se práticas de educação para a saúde cada vez mais aperfeiçoadas, adequadas e contextualizadas em Saúde Materna, de forma a compreender pormenorizadamente a população materna e perceber de que forma a grávida aprende a ser mãe (GONÇALVES, 2008).

7 – CONCLUSÕES

Sendo o pré-natal e o nascimento momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, é também uma fase transitória de preparação física e psicológica, um momento propício de promoção da saúde da grávida e do RN. Torna-se fundamental, que a grávida, adquira autonomia e capacidade de enfrentar situações de crise, decidindo sobre a sua saúde, de forma a aumentar a autoconfiança e autoestima.

No âmbito da promoção da saúde e da preparação para a maternidade, surge a necessidade de empoderar a grávida, no sentido de assegurar uma continuidade de cuidados na gravidez, parto e período pós-natal, para que esta possa desenvolver a capacidade para decisões saudáveis e assim melhorar a qualidade dos cuidados de saúde pré e pós-natal.

É necessário que os profissionais de saúde assumam uma postura de educadores que compartilham saberes, buscando oferecer à mulher/família maior autonomia.

Embora estejamos cientes das limitações existentes no nosso estudo, pensamos ter contribuído para a identificação das características sociodemográficas das grávidas da amostra, para o conhecimento da relação existente entre a transmissão de informação durante a gravidez e o empoderamento da grávida, identificando os fatores que interferem no empoderamento da grávida.

Pretendemos, assim, apresentar uma síntese das principais conclusões que se foram configurando no decurso desta investigação.

Ao traçarmos o perfil sócio demográfico médio das mulheres, tínhamos uma grávida, com cerca de 31 anos de idade, casada ou em união de facto, de nacionalidade portuguesa, residente na cidade com o marido e/ou filhos, que possui um curso superior como habilitações literárias, e exercendo funções de especialista das profissões intelectuais e científicas a tempo inteiro e praticante de uma religião.

A história de gravidez anterior da nossa amostra revela que a grávida que já teve filho (s), planeou e vigiou essa gravidez, teve cerca de 8 consultas, foi uma gravidez simples, sem problemas, o parto foi eutócico, de termo. Frequentou as aulas de preparação para o parto, amamentou durante cerca de 10 meses. A razão porque não amamentou até

ao 2º ano do filho, deveu-se à falta de leite. Teve uma experiência de parto e pós-parto agradável.

A história de gravidez atual revela uma grávida primigesta, com cerca de 33 semanas de gestação, com uma gravidez simples, planeada, sem problemas e vigiada no Hospital. Tem intenção de amamentar o filho, por iniciativa própria. Possui medo/receio relativos à gravidez e parto, sendo a dor e outros, motivos pelo seu medo/receio. Recorre ao médico e enfermeiro para esclarecer essas dúvidas e considera suficiente a informação transmitida durante a gravidez.

Quanto à transmissão de informação durante a gravidez, adquiriu informação sobre aleitamento materno, obtendo esta informação do enfermeiro. Relativamente à informação sobre desconfortos na gravidez; alimentação e aumento de peso na gravidez; hábitos nocivos na gravidez; atividade/repouso na gravidez; exames a realizar na gravidez; sinais de alerta para recorrer ao hospital na gravidez e atividade sexual na gravidez obteve estas informações, tendo o médico como emissor. A informação sobre puerpério/alterações fisiológicas foi adquirida através do enfermeiro. Referente à informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto, foi esclarecida pelo médico e enfermeiro.

Os resultados obtidos vêm demonstrar que existe uma relação entre as variáveis sociodemográficas (estado civil e escolaridade), as variáveis obstétricas (experiência de amamentação, problemas na gravidez atual e existência de medo/receio relativos à gravidez e ao parto) e o empoderamento da grávida. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por outros estudos, que validam a variação do empoderamento, de acordo com as várias características sociodemográficas e história obstétrica da grávida.

No que concerne à relação entre a informação transmitida durante a gravidez e o empoderamento da grávida, apenas se obteve diferença estatisticamente significativa para a informação sobre dúvidas relativas à gravidez, parto e pós-parto.

No entanto, quanto à relação entre o emissor de informação durante a gravidez e o empoderamento da grávida, obtivemos diferenças estatisticamente significativas para o emissor de informação sobre: aleitamento materno; alimentação e aumento de peso na gravidez; hábitos nocivos na gravidez e atividade/repouso na gravidez. Nesta investigação tornou-se evidente que quem transmite informação durante a gravidez influenciou positiva ou negativamente o empoderamento da grávida.

Realçam-se alguns aspetos positivos do estudo, pois este trata-se de um estudo piloto que procura colmatar a escassa investigação na área do empoderamento da grávida. Como tal, sugerimos para futuras investigações o desenvolvimento de estudos mais abrangentes nesta área, de forma a avaliar os programas existentes em termos de

eficiência, bem como medir o seu impacto no empoderamento da grávida e desta forma promover a reflexividade dos profissionais e da grávida para a necessidade de ampliar o seu empoderamento, como benefício para a cidadania e capacitação em saúde.

Esperamos que os resultados deste estudo tenham trazido à tona aspetos cruciais que influenciam o empoderamento da grávida, e que, o leque de informações obtidas com a realização deste estudo possa contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos já existentes nesta área. Desta forma, esperamos também contribuir para uma tomada de consciência/reflexão relativamente às práticas profissionais, o que se traduzirá em benefício para a grávida/família/sociedade.

Através deste estudo, tornou-se pois evidente a importância dos profissionais de saúde na atualização de conhecimentos, em busca de aprimorar saberes, de forma não só, a cumprir tarefas que lhes competem na vigilância e bem-estar Materno-Fetal, como também alargar horizontes na promoção da saúde da grávida, no sentido do seu empoderamento. O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, para além das competências que lhe são atribuídas no acompanhamento e vigilância da gravidez, trabalho de parto e puerpério, tem o dever de informar sobre aspetos relativos à saúde Materno-Fetal, e assim contribuir para a capacitação da grávida/família, e à sua participação nas decisões que influenciam a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, José [et al.] – Diagnóstico e Vigilância da gravidez. In NOGUEIRA, R. - **Promoção e protecção da Saúde nas diferentes fases da vida – Gravidez, parto e puerpério**. [Em linha]. [S.l.]: MGF, 2000. [Consult. 10 Out. 2011]. Disponível em: WWW: <URL:http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/23/42_texto.html>.

ANDRÉ, Mário Rui – Novos caminhos da promoção da saúde; O caso dos Roteiros de Saúde. Revista Cidade Solidária. [S.l.: s.n.] (Jul. 2008).

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO) – **Maximizando os ganhos em saúde com práticas de qualidade. Contributo da APEO para o PNS 2011-2016** [Em linha]. Almada. (2010) [Consult. 3 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.apeobstetras.org>>.

BRANDEN, Pennie Sessler – **Enfermagem Materno-Infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, 2000. ISBN 85-87148-41-9.

CANAVARRO, Maria Cristina - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto, 2001. p.17 -31.

CARVALHOSA, Susana; DOMINGOS, Ana; SEQUEIRA, Cátia – Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária. Análise Psicológica. Lisboa: GerAcções. 0870-8231,Série 28, n.º 3 (Jul. /Ago. /Set. 2010), p. 479-490.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL – **Organização perinatal Nacional. Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal** [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006. [Consult. 3 Out. 2011]. Disponível em: WWW: <URL:<http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/3B954880DAE94D5BBD5EE80350EC8239/0/or gperinatal.pdf>>.

CARDOSO, Ângela Maria; SANTOS, Silvéria Maria; MENDES, Vanja Basta – O Pré-Natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo. [Em linha]. Diálogos possíveis. Brasília: Universidade de Brasília – Departamento de Saúde Coletiva. (Jan./Jun. 2007) [Consult. 17 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: [http:// www.fsba.edu.br/dialogospossiveis](http://www.fsba.edu.br/dialogospossiveis)>.

COLMAN, Libby; COLMAN, Arthur – **Gravidez: A experiência Psicológica**. Lisboa: Edições Colibri, 1994. ISBN 972-8047-78-9.

CONDE, Ana [et al.] - Perceção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Vol. 8, n.º 1 (2007) p.49-66. ISSN 1645-0086

CORREIA, Susana [et al.] – Gravidez e tabagismo. Uma oportunidade para mudar comportamentos Acta Med Portuguesa. [Em linha]. n.º20 (2007) p. 201-207. [Consult. 17 Mar. 2012]. Disponível em: WWW: <URL:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5015/1/Gravidez_tabagismo.pdf>.

COSTA, Aleksandra [et al.] – Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: perceção das puérperas. Revista Rene. [Em linha]. Fortaleza. Vol.12, n.º3 (Jul/Set, 2011) p. 548-54 [Consult. 17 Mar. 2012]. Disponível em: WWW: <URL:http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a14v12n3.pdf>.

COSTA, Marisa Andreia – **Grau de Auto-confiança das mães no período da amamentação**. Escola Superior da Saúde da Universidade Atlântica. Barcarena. [Em linha], 2011. [Consult. 16 Mar. 2012] Disponível em: WWW: <URL:http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/386/1/Grau%20de%20auto-confianca%20das%20maes%20no%20periodo%20de%20amamentacao.pdf>.

CRAMÉR, H. **Mathematical Methods of Statistics**. Princeton University Press. 1999.

DENNIS, C. – The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assesment of the Short Form'. Jornal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. n.º 32, (2003). p. 734-744.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Exames ecográficos na Gravidez. Norma da direção Geral da Saúde 023/2011**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. [Consult. 21 Fev. 2012]. Disponível em: WWW: <URL:http://www.dgs.pt/?cr=21166>.

DUARTE, João Carvalho – **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência**. Repositório Aberto da Universidade do Porto. [Em linha], 2011. [Consult. 28 Fev. 2012]. Disponível em: WWW:URL:http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>.

ESTEVES, Ana Paula; SILVA, Leila Rangel; SILVA, Maira Bernardes – Rede de Suporte Social às mulheres grávidas: Tecelagem de cuidados de Enfermagem numa perspectiva cultural. Revista de Enfermagem UFPE. [S.l.] Vol. 4, n.º1 (Jan./Mar. 2010) p.82-92.

ESTEVINHO, Isabel. - Enfermeiros e mães a caminho... da parceria ao empowerment no cuidado. Servir. Lisboa. Vol. 55, n.º 4-5 (Jul. /Out. 2007), p. 151-156.

FAUSTINO, Maria Lurdes Torcato; COELHO, Maria Teresa Vieira - Cuidar na gravidez, parto e puerpério. Que visibilidade da enfermagem. Servir. Lisboa. Vol. 53, n.º 4 (Jul./ Ago. 2005) p. 185-189.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA – **Iniciativa Parto Normal – Documento de Consenso**. Loures: Lusociência, 2009.

FERNANDES, Cristina Ramos – Informação fornecida à grávida durante a Consulta de vigilância Pré-Natal. Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. n.º79 (Julho 2008) p. 11-14.

FIGUEIREDO, Bárbara – Perturbações psicopatológicas do puerpério. In CANAVARRO, Maria Cristina (Ed.) – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. p.161-188.

FIGUEIREDO, Julliene [et al.] – Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. [Em linha]. Enfermagem em Foco. Vol. 1, n.º3 (2010) p. 124-128 [Consult. 14 Mar. 2012] Disponível em: WWW: <URL:http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/41>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidata, 2009.

GOMES, Aline Grill [et al.] – Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. Interação em Psicologia. [Em linha]. Vol. 12, n.º1 (Jan/Jun. 2008) p. 99-106. [Consult. 14 Mar. 2012] Disponível em: WWW: <URL:http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/psicologia/article/viewArticle/5242>.

GONÇALVES, Ana Raquel Saraiva - Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. [Em linha]. Revista Sísifo - Revista de Ciências da Educação. n.º 5 (Jan./Abr. 2008) p. 59-68 [Consult. 17 Out. 2011] Disponível em: WWW: <URL:http://sisifo.fpce.ul.pt>.

HAIR, J. F. [et al.] – **Multivariate Data Analysis**. 5th Edition, New Jersey: Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, 1998.

HENRIQUES, Mónica; RODRIGUES, Sofia - Prevenindo vulnerabilidades: implementação de um projecto de preparação para o parto e parentalidade na Comunidade. In CARVALHO, Fátima; CAETANO, Ana Bela - **Vulnerabilidades na Gravidez e no pós-parto, Contributos**. [Em linha]. [S.l.]: Corrente Dinâmica (2010) p. 39-45 [Consult. 17 Out. 2011] Disponível em: WWW: <URL:http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>. ISBN: 978-989-966-17-0-7

INSTITUTO DE EMPREGO E DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL - **Classificação Nacional de Profissões – CNP**. IEFP. [Em linha]. Lisboa: IEFP, (s/d). [Consult. 29/09/2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.iefp.pt/IEFP/Paginas/Home.aspx>>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – **Censos 2011** – Resultados Provisórios. [Em linha]. (Dezembro 2011) [Consult. 14 Mar. 2012] Disponível em: WWW: <URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2>.

KAMEDA, Yukie; SHIMADA, Keiko - Development of an empowerment scale for pregnant women. Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University. [S.l.]: Faculty of Health science, College of Medical, Pharmaceutical and Sciences, Kanazawa University. Vol. 32, n.º 1 (2008) p.39-48.

KAISER, H. F. – An Index of Factorial Simplicity. Psychometrika. Vol. 39, (1974), p. 31-36.

LAVERACK Glenn - **Promoção de saúde: poder e empoderamento** - Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-09-3.

LEAL, Isabel – **Perspectivas em Psicologia da Saúde**. Coimbra: Editora Quarteto, 2006.

LOPES, Sandrine; FERNANDES, Pedro Gabriel - O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem. Sinais Vitais. Coimbra. n.º 63 (Nov. 2005), p. 36-42.

LOPES, Rita [et al.] – O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. [Em linha]. Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol.18, n.º2 (2005) p.247-254

[Consult. 14 Mar. 2012] Disponível em WWW: <URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25703/000644083.pdf?sequence=1>>.

MAÇOLA, Ligia; VALE, Ianê; CARMONA, Eliane – Avaliação da autoestima de gestantes com uso da escala de Autoestima de Rosenberg. [Em linha]. Revista Esc. Enfermagem USP. [S.l.: s.n.] (2010) [Consult. 14 Març. 2012] Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300004&script=sci_arttext>.

MACHADO, Maria Helena – **Assistência Pré-Natal**. In MENDES GRAÇA, Luís [et al.] – **Medicina Materno-Fetal**. Vol. 1, 2ªed. Lisboa: Lidel, 2000. ISBN 972-757-139-5.

MARINHO, Carla; LEAL, Isabel - Os profissionais de saúde e o aleitamento materno:

Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. Psicologia, Saúde & Doenças. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Vol.5, n.º1 (2004) p.93-105.

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS. 3ª ed. revista e aumentada.** Lisboa: Edições Sílabo, 2010. 822p. ISBN 978-972-618-452-2

MAROCO, João; GARCIA-MARQUES, Teresa – Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções maduras? Laboratório Psicologia. Vol. 4, n.º1 (2006). p.65-90.

MARTINS, Maria do Céu Antunes - **A Promoção da saúde: percursos e paradigma.** [Em linha]. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Dezembro, 2005. [Consult. 1 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promoção%20da%20saúde.pdf>>.

MEGAN, A. [et al.] - Not Just Another Delivery: Women's Maternity Care Experiences of Provider Client Relationships. Women's Health & Urban Life. Vol.9, n.º1 (2010) p. 32-49.

MENDES GRAÇA, Luís – **Medicina Materno-Fetal.** 3.ª ed. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda, 2005. 733 p. ISBN:972-757-335-X.

MESQUITA, Ana Cristina - Empowerment na doença crónica: o associativismo na insuficiência renal crónica. Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora. n.º 3. (Jul. /Ago. /Set. 2005) p. 39-45.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Saúde: um valor para todos. [Em linha]. 2009 [Consult. 1 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programa/programa+xviii>>.

MONFORTE, Manuela; MINEIRO, Ana – As vivências da mulher durante a gravidez. Nursing. Lisboa. Ano 16, n.º 206 (Janeiro, 2006), p. 17-23

NASCIMENTO, Natália Magalhães – **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 linha]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Centro Biomédico: Rio de Janeiro, 2011. [Consult. 12 Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.bdttd.uerj.br/tde_arquivos/20/TDE20110527T115741Z1420/Publico/DISSERTACAO_FINAL_Natalia_Magalhaes_do_Nascimento.pdf>.

NELAS, Paula – Suporte Social na Gravidez adolescente. [Em linha]. Interacções. Escola Superior de altos estudos. n.º 6 (2004), p. 170-184. [Consult. 16 Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/139/143>>.

OLIVEIRA, Jamile [et al.] – Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. [Em linha]. Revista Rene. Fortaleza. [S.l.: s.n.]. Vol. 11, n.º4 (Out/Dez, 2010) p. 95-102. [Consult. 15 Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a10v11n4.pdf>.

PACHECO, Alexandra; COSTA, Raquel e FIGUEIREDO, Bárbara – Qualidade do relacionamento com pessoas significativas: comparação entre grávidas adolescentes e adultas. Psicologia: teoria e prática. [Em linha]. 2009, Vol.11, n.º 2, p. 129 -144. ISSN 1516-3687. [Consult. 12 Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1938/193814393010.pdf>>.

PEREIRA, C. [et al.] - Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. [Em linha]. Revista Nursing. Lisboa: Edição Portuguesa, n.º267 (2011) [Consult. 25 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3603:empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidadosn&catid=221:julho-a-agosto-2011>.

PEREIRA, M. - **Aleitamento Materno – Importância da Correlação da Pega no Sucesso da Amamentação**. Loures: Lusociência, 2006.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS (5ªed.)**. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692p. ISBN: 978-972-618-498-0.

PORTELA, A. & SANTARELLI, C. - Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. British Medical Bulletin. Vol. 67 (2003), p. 59-72.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde – **Plano Nacional de saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010 Mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção Geral Saúde, Fevereiro; 2004.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2011-16**. [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral Saúde, 2011. [Consult. 3 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>>.

REIS, Deise M. [et al.] - Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciências e Saúde Colectiva:Temas livres. Vol.15, nº1 (2010) p. 260-276.

REMENNICK, Larissa – Childless in the land of imperativemotherhood: stigma and coping among infertileIsraeli women. Sex Roles. Vol. 42, nº 11-12 (2000), p. 821-841-

REYNOLDS, Ana [et al.] - Influência de três medidas organizativas na redução da taxa de cesarianas de um hospital de apoio perinatal diferenciado. Acta Med Portuguesa. nº17 (2004) p. 193-198.

RIOS, Cláudia; VIEIRA, Neiva - Acções educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciências saúde coletiva. Rio de Janeiro. Vol.12, n.º 2 (Mar./Abr. 2007).

RITTER, C. [et al.] – Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. Health Psychology. [s.l.]. Vol. 19, p. 576-585 (2000).

SANDES, Ana Rita [et al.] – Aleitamento Materno - Prevalência e Factores condicionantes. Acta Med Portuguesa. n.º20 (2007) p.192-200.

SANTOS, Ana; CARDOSO, Ana – A qualidade de vida e o suporte social da grávida. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada. n.º 11 (2010).

SANTOS, A.; MARTINS, M. J. - Preparação para o Parto/Parentalidade Realidade do Centro de Saúde de Mondim de Basto. In CARVALHO, Fátima; CAETANO, Ana Bela - **Vulnerabilidades na Gravidez e no pós-parto, Contributos**. [Em linha]. [S.l.]: Corrente Dinâmica (2010) p. 39-45 [Consult. 17 Out. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf>> ISBN: 978-989-966-17-0-7

SHIMIZU, Helena; LIMA, Maria – As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. [Em linha]. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Vol. 62, n.º3 (Mai/Jun) p. 387-392. [Consult. 17 Març. 2012] Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>>.

SILVA, Miguel Oliveira – Gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In MENDES GRAÇA, Luís [et al.] – **Medicina Materno-Fetal**. Vol. 1, 2ªed. Lisboa: Lidel, 2000. ISBN 972-757-139-5.

SILVA, Susana – **Ansiedade da mulher durante o último trimestre da gravidez**. [Em linha]. Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde: Porto, 2008. [Consult. 15 Mar. 2012] Disponível em WWW: <URL: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1375>>.

SILVEIRA, Carla S; FERREIRA, Manuela M. – Auto-conceito da Grávida – Factores Associados. [Em linha]. Millenium. n.º 40 (2011) p. 53-67 [Consult. 25 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/5.pdf>>.

SOARES, Hélia Maria – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem.** [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008. [Consult. 25 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>>.

SPERB, Ângela; GRAÇA, Fernando; COSTEIRA Maria José - Vigilância da gravidez - suficiente? Adequada? Saúde Infantil. Coimbra: [s.n.]. Vol. 24, n.º 2 (Set. 2002) p. 43 -48.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health Promotion - The Ottawa Charter.** Geneva: WHO, 1986.

ZAGONEL, Ivete [et al] – O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. [Em linha]. Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol. 5 n.º 2 (2003). p. 24 – 32. [Consult. 22 Mar. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista>>.

ZAMPIERI, Maria Fátima M. – **Cuidado humanizado no Pré-Natal: Um olhar para além das divergências e convergências.** [Em linha]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006. Tese de Doutorado em Enfermagem, 2006. [Consult. 17 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cipedya.com/web/FileDownload.aspx?IDFile=171407>>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra em estudo é constituída por 195 grávidas, e apresenta as seguintes características que se passam a descrever.

Idade/Grupos etários

A amostra em estudo tem idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos, a média calculada é de 31,13 (dp= 4,63 anos) (cf. Tabela 1). A maioria das grávidas tem idades entre os 18 e os 35 anos (80,5%). De referir que grávidas com idades iguais ou superior a 36 anos são 19,5% da amostra (cf. Quadro 1).

Tabela 1 - Idade

	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
Idade	195	18	41	31,13	4,63

Estado Civil

Quanto à sua distribuição segundo o seu estado civil, podemos constatar que na sua grande maioria (92,8%) são casadas/união de facto, destas, 79,9% têm idade \leq 35 anos (cf. Quadro 1).

Coabitação

Em relação a situação de coabitação, podemos verificar que, a maioria (96,9%) das grávidas em estudo vive como família nuclear, sendo quase a maioria com idade \leq 35 anos (cf. Quadro 1).

Nacionalidade

A grande maioria das grávidas em estudo (97,9%) possui nacionalidade Portuguesa, com idade \leq 35 anos (79,5%) (cf. Quadro 1).

Escolaridade

No que concerne à escolaridade das grávidas em estudo (cf. Quadro 1), constatámos que a maior parte possui um curso superior (54,9%), destas 41% têm idade \leq 35 anos, seguindo-se 28,7% com o ensino secundário e 16,4% com escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo.

Profissão

Quanto a profissão das grávidas em estudo, podemos verificar que a maioria parte (39%) são Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, destas 29,2% têm idade \leq 35 anos seguindo-se com igual valor percentual (17,4%) grávidas pertencentes ao Pessoal dos Serviços e Vendedores e Desempregada/Doméstica. Seguem-se as grávidas pertencentes ao grupo Técnicos e Profissionais de nível Intermédio com 9,2%, já com 8,7% o grupo de Trabalhadores não Qualificados e por último Pessoal Administrativo e Similares com 8,2% (cf. Quadro 1).

Situação Profissional

Acerca da situação profissional atual, a grande maioria a grande maioria das grávidas em estudo está empregada (80,5%) destas 62,1% têm idade \leq 35 anos (cf. Quadro 1).

Residência

Quanto a distribuição das grávidas segundo a sua zona de residência, podemos constatar que a maior parte (52,3%) reside na cidade, destas 42,1% têm idade \leq 35 anos seguindo-se 28,7% que vivem numa vila e 19% numa aldeia (cf. Quadro 1).

Religião

Quanto à religião da amostra em estudo, a maioria (87,7%) pratica uma religião, destas 69,2% têm idade \leq 35 anos (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica

	≤ 35 Anos		≥ 36 Anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grupo Etário						
≤ 35 Anos	--	--	--	--	157	80,5
≥ 36 Anos	--	--	--	--	38	19,5
Estado Civil						
Solteira/divorciada	11	5,6	3	1,5	14	7,2
Casada/União de facto	146	79,9	35	17,9	181	92,8
Coabitação						
Família nuclear	151	77,4	38	19,5	189	96,9
Família alargada	6	3,1	0	0	6	3,1
Nacionalidade						
Portuguesa	155	79,5	36	18,5	191	97,9
Estrangeira	2	1	2	1	4	2,1
Escolaridade						
Até 3º Ciclo	28	14,4	4	2,1	32	16,4
Secundário	49	25,1	7	3,6	56	28,7
Superior	80	41	27	13,8	107	54,9
Profissão						
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	57	29,2	19	9,7	76	39,0
Técnicos e Profissionais de nível Intermédio	14	7,2	4	2,1	18	9,2
Pessoal Administrativo e Similares	10	5,1	6	3,1	16	8,2
Pessoal dos Serviços e Vendedores	30	15,4	4	2,1	34	17,4
Trabalhadores não Qualificados	13	6,7	4	2,1	17	8,7
Desempregada/Doméstica	33	16,9	1	0,5	34	17,4
Situação Profissional						
Empregada	121	62,1	36	18,5	157	80,5
Desempregada	36	18,5	2	1	38	19,5
Residência						
Aldeia	30	15,4	7	3,6	37	19
Vila	45	23,1	11	5,6	56	28,7
Cidade	82	42,1	20	10,3	102	52,3
Religião						
Pratica	135	69,2	36	18,5	171	87,7
Não pratica	22	11,3	2	1	24	12,3

APÊNDICE II – Instrumento de colheita de dados

Este questionário faz parte de um trabalho de investigação sobre “**Empoderamento da Grávida**”. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda a todas elas de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a sua opinião.

O questionário é anónimo e confidencial e o seu uso restrito ao presente trabalho.

Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

MUITO OBRIGADA

I PARTE

1. Idade: _____ anos
2. Estado civil: solteira ___ casada/união de facto ___ divorciada ___ viúva ___
3. Com quem vive _____
4. Nacionalidade _____
5. Escolaridade _____
6. Profissão _____
7. Situação profissional: Emp. Integral ___ Emp. Tempo parcial ___ Desempregada ___ Em formação ___
8. Residência: aldeia ___ vila ___ cidade ___
9. Religião _____

II PARTE – História de gravidez anterior

10. Número de gestações anteriores _____ Número de filhos vivos _____
(se respondeu **0** passe à III PARTE)
11. Gravidez planeada: Sim ___ Não ___
12. Vigilância da gravidez: Sim ___ Não ___ Número de consultas _____
13. A gravidez decorreu: sem problemas ___ com problemas ___
14. Gravidez: simples ___ gemelar ___
15. Tipo de parto: normal ___ fórceps ___ ventosa ___ cesariana ___
16. O seu filho nasceu: antes do final da gestação ___ de termo ___
17. Durante a (s) gravidez assistiu a aulas de preparação para o parto: Sim ___ Não ___
18. O (s) seu (s) filho (s) foi amamentado: Sim ___ Não ___
19. Se sim, durante quanto tempo _____ (meses)
20. Se deixou de amamentar antes do 2º ano do seu filho, refira o motivo porque o fez:

21. A experiência do parto foi: Agradável ___ Desagradável ___

22. Se desagradável, qual o motivo:

23. A experiência no período pós-parto foi: Agradável ___ Desagradável ___

24. Se desagradável, qual o motivo:

III PARTE – História de gravidez actual

25. Gravidez planeada: Sim ___ Não ___
26. Número de semanas de gravidez ___
27. Vigilância da gravidez: Sim ___ Não ___
28. Local da Vigilância da gravidez: Hospital ___ Centro de Saúde ___ Médico Particular ___
29. Gravidez: Simples ___ Gemelar ___
30. A gravidez decorre: sem problemas ___ com problemas ___
31. Pretende amamentar o seu filho: Sim ___ Não ___
32. Se não, qual o motivo:

33. A decisão de amamentar foi tomada: por iniciativa própria _____ a conselho de: Médico _____
 Enfermeiro _____ Outros (quem) _____

	Ninguém	Médico	Enfermeiro	Outro
34. Quem lhe transmitiu a informação sobre aleitamento materno				
35. Quem lhe transmitiu a informação sobre desconfortos da gravidez na gravidez				
36. Quem lhe transmitiu a informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez				
37. Quem lhe transmitiu a informação sobre hábitos nocivos (tabaco, álcool, drogas) na gravidez				
38. Quem lhe transmitiu a informação sobre actividade/ repouso na gravidez				
39. Quem lhe transmitiu a informação sobre quais os exames a realizar durante a gravidez				
40. Quem lhe transmitiu a informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez				
41. Quem lhe transmitiu a informação sobre actividade sexual durante a gravidez				
42. Quem lhe transmitiu a informação sobre Puerpério/ alterações fisiológicas				
43. Quando que lhe surgem dúvidas sobre gravidez, parto e pós-parto, são esclarecidas por				

44. Possui algum tipo de medo/receio relativamente à gravidez e ao parto: Sim ___ Não ___
 (se respondeu **Não**, passe à pergunta 47)

45. Se sim, quais são:

46. A quem recorre para as resolver:

47. Acha que lhe foi transmitida a informação necessária para que possa vivenciar uma gravidez de forma tranquila:

Sim ___ Não ___

Escala de empoderamento da grávida

Kameda e Shimada (2008)

Leia cuidadosamente cada item e responda verdadeira, rápida e espontaneamente colocando uma cruz (x) nas opções de classificação dadas de seguida, que melhor se adapta à sua situação. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, deve responder de acordo com o seu caso.

Classificação:

1. Discordo completamente;
2. Discordo;
3. Concordo;
4. Concordo completamente.

Item	1	2	3	4
Factor I: Autoeficácia				
1. Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.				
2. Consigo lidar com o que me preocupa.				
3. Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.				
4. Consigo determinar quando necessito ir ao médico.				
5. Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.				
6. Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.				
Factor II: Imagem futura				
7. Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.				
8. Sinto a realidade de que vou ser mãe.				
9. Tenho a minha imagem ideal do parto.				
10. Imagino como será o meu parto.				
11. Não consigo imaginar um aumento da minha família.				
12. Imagino como será a minha gravidez.				
Factor III: Autoestima				
13. Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.				
14. Consigo ter um parto como as outras pessoas.				
15. Não estou confiante com o facto de 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, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.				
19. Consigo viver com uma atitude positiva.				
Factor IV: Apoio e garantias de outros				
20. A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.				
21. A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação actual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.				
22. Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.				
23. Posso pedir ajuda sempre que necessito.				
Factor V: Alegria de uma adição à família				
24. Estou ansiosa com a vida após o parto.				
25. Gostaria de desfrutar da minha gravidez.				
26. Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.				
27. Estou entusiasmada com a perspectiva do parto.				

APÊNDICE III – Conceptualização e operacionalização das características sociodemográficas, história de gravidez anterior e história de gravidez atual

Idade

Esta variável foi avaliada por uma questão aberta, tendo sido considerada a idade das participantes, no dia da avaliação. Tendo por base o conceito de extremos da vida reprodutiva (GRAÇA, 2005) uma vez que afirma que esta se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade. Como não se incluíram na amostra, grávidas com idade inferior a 18 anos, esta variável foi operacionalizadas em duas classes (grávidas com idade inferior ou igual a 35 anos e idade superior ou igual a 36 anos).

Estado civil

O estado civil traduz-se no modo de ser ou estar, na circunstância em que se está e se permanece. Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal de cinco níveis (solteira, casada/união de facto, divorciada e viúva). Para a análise estatística foi valorizado apenas o facto de ser “solteira” ou “casada/ união de facto”.

Coabitação

Entende-se por coabitação, as relações de convivência de duas ou mais pessoas, que vivem em comum. Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta “Com quem vive” e para a sua operacionalização considerou-se: família nuclear (companheiro; companheiro e filho (s); sozinha) e família alargada (pais; pais e companheiro; pais e irmão).

Nacionalidade

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e recodificada posteriormente (Nacionalidade Portuguesa e Estrangeira).

Escolaridade

Definida como o conjunto de qualificações académicas. Esta variável foi medida através de uma pergunta aberta e tratada como uma variável nominal de três opções. Na análise estatística foi operacionalizada em: até 3º ciclo (1º, 2º e 3º ciclo), ensino secundário, e ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento).

Profissão

É definida como o exercício habitual de uma atividade económica como meio de vida. Esta variável foi medida através de uma pergunta aberta, a fim de conhecer a profissão. Posteriormente, procedeu-se à recodificação da mesma, em grupos profissionais segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP, s/d):

Grupo 2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas

Grupo 3 - Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio

Grupo 4 - Pessoal Administrativo e Similares

Grupo 5 - Pessoal dos Serviços e Vendedores

Grupo 9 - Trabalhadores Não Qualificados

Grupo 10 – Desempregado/Doméstica

Os restantes grupos profissionais considerados pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional foram excluídos, devido à inexistência de grávidas da amostra que neles se incluíssem.

Situação Profissional

A situação profissional da amostra foi avaliada através de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com quatro opções de escolha (empregada integral; empregada tempo parcial; desempregada e em formação). Para a análise estatística foi operacionalizada e recodificada em: empregada (empregada integral; empregada tempo parcial) e desempregada (desempregada e em formação).

Religião

É um conjunto de sistemas culturais e de crenças, que estabelece os símbolos que relacionam a humanidade com a espiritualidade e os valores morais de cada pessoa.

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e recodificada posteriormente em: “prática” ou “não prática”.

Número de gestações anteriores

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e transformada para facilitar a análise inferencial em “**existência de gestações**”. Agruparam-se as respostas em variáveis nominais “sem gestação anterior” e “com gestação anterior”.

Número de filhos vivos

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta, para a realização da análise inferencial, foi transformada em “**existência de filhos**”, na qual se agruparam as grávidas sem filhos e com um ou mais filhos.

Número de consultas (gravidez anterior)

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e operacionalizada para a análise estatística em “ ≤ 8 consultas” e “ ≥ 9 consultas”.

Tipo de parto anterior

O tipo de parto anterior foi avaliado através de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com quatro opções de escolha (normal; fórceps; ventosa e cesariana). Para a análise estatística foi operacionalizada e recodificada em: eutócico (normal) e distócico (fórceps; ventosa e cesariana).

Amamentação filho anterior

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada, “O seu filho foi amamentado”. Para a realização da análise inferencial, foi transformada em “**experiência de amamentação anterior**” e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica “sim” e “não”.

Amamentação presente até ao 2º ano de vida do filho

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta “Se deixou de amamentar antes do 2ºano do seu filho” e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica como “sim” e “não”.

Motivo de abandono da amamentação antes 2º ano de vida do filho

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta “Motivo pelo qual deixou de amamentar o seu filho antes do 2ºano de vida”. Posteriormente, para facilitar a sua operacionalização foram agrupadas as respostas e constituídas as variáveis nominais “falta de leite”; “bebé não aumentava de peso”; motivos profissionais”; e “outro”.

Motivo que levou a experiência desagradável de parto anterior

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e na sua operacionalização as respostas foram agrupadas e constituídas as variáveis nominais “dor”; “período de dilatação longo” e “dor e período de dilatação longo”.

Motivo que levou a experiência desagradável de pós-parto anterior

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e na sua operacionalização as respostas foram agrupadas e constituídas as variáveis nominais “dor”; “dor pós-cesariana” e “complicações pós-parto”.

Número de semanas de gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta, para facilitar a sua operacionalização foram constituídas classes com base em intervalos de tempo em semanas (≤ 30 ; entre 31 e 34; ≥ 35).

Motivo pelo qual não pretende amamentar

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e na sua operacionalização as respostas foram agrupadas e constituída a variável nominal “doença crónica”.

Informação sobre aleitamento materno

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre aleitamento materno

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre aleitamento materno”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; “médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre desconfortos na gravidez

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre desconfortos na gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre desconfortos na gravidez”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; “médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as

variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre hábitos nocivos (tabaco, álcool, drogas) na gravidez

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre hábitos nocivos (tabaco, álcool, drogas) na gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre hábitos nocivos na gravidez”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre atividade/repouso na gravidez

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre atividade/repouso na gravidez”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre quais os exames a realizar durante a gravidez

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre quais os exames a realizar durante a gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre exames a realizar na gravidez”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica “sim,” e “não”.

Emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre atividade sexual durante a gravidez

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotómica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre atividade sexual na gravidez”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre Puerpério/alterações fisiológicas

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre Puerpério/alterações fisiológicas

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada “quem transmitiu informação sobre Puerpério/alterações fisiológicas”, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica “sim” e “não”.

Emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada, com três tipos de resposta: “médico”; “enfermeiro” e “outro”. Na sua operacionalização formaram-se grupos, consoante as respostas, visto ser exequível assinalar mais que uma opção. Foram constituídas as variáveis nominais: “médico”; “enfermeiro”; médico e enfermeiro”; “outros”; “profissionais de saúde e outros”.

Existência de medo/receio relativos à gravidez e parto

A apreciação desta variável foi efetuada através de uma questão fechada, “possui algum medo/receio relativamente à gravidez e ao parto” e operacionalizada como uma variável nominal dicotômica “sim” e “não”.

Quais os medos/receio relativamente à gravidez e parto

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta e na sua operacionalização as respostas foram agrupadas e constituídas as variáveis nominais “dor”; “bem-estar Materno-Fetal” e “dor e bem-estar Materno-Fetal”; “dor e parto distócico”; e “outro”.

Quem resolve os medos/receio relativamente à gravidez e parto

Esta variável foi avaliada através de uma questão aberta, para facilitar a sua operacionalização foram agrupadas as respostas e constituídas as variáveis nominais “médico”; “enfermeiro”; “médico e enfermeiro”; “médico, enfermeiro e amigos”; “família, amigos e internet” e “ninguém”.

APÊNDICE IV – Caracterização Psicométrica da escala de Empoderamento da grávida

A avaliação do empoderamento da grávida foi efetuada através da escala de empoderamento da grávida de Kameda e Shimada (2008). Esta escala é constituída por 27 itens divididos em cinco subescalas. Todos os itens são elaborados em escala ordinal do *Likert* com quatro opções de resposta, que variam entre 1 (discordo completamente); 2 (discordo); 3 (concordo) e 4 (concordo completamente) cotados da esquerda para a direita, com exceção para os itens invertidos (7,11,13,15).

Esta escala está desenhada para ser autoadministrada implicando um nível de leitura adaptado e a colocação, no início do questionário de instruções para o seu preenchimento.

Descrevem-se a seguir as subescalas utilizadas para avaliar o empoderamento da grávida, a definição operacional das mesmas e os números dos itens que as identificam:

- Autoeficácia: refere-se à confiança que permite à grávida sentir que é capaz de gerir a gravidez e o parto, e a autoavaliação da aptidão física (KAMEDA; SHIMADA, 2008). O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos primeiros seis itens da escala;

- Imagem futura: ajuda a determinar as imagens e objetivos em relação à gravidez, parto e o facto de se tornar mãe (KAMEDA; 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 a aprovação individual de estar grávida e ser mãe (KAMEDA; SHIMADA, 2008). O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos itens 13 a 19 da escala;

- Apoio e garantias dos outros: mede a aceitação, respeito, apoio e cooperação à grávida por parte de outros. O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos itens 20 a 23 da escala;

- Alegria de uma adição à família: analisa a motivação para enfrentar positivamente a gravidez e o parto, e de perspectiva para o futuro (KAMEDA; SHIMADA, 2008). O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos itens 24 a 27 da escala.

Do somatório de todos os itens resulta o índice do empoderamento da grávida que apresenta um valor mínimo de 27 e máximo 108. Quanto mais elevados os índices em cada fator e na escala global, melhor o empoderamento da grávida.

APÊNDICE V – Quadros representativos do estudo psicométrico da escala empoderamento da grávida

Quadro 2 – Consistência interna da escala empoderamento da grávida e correlações item/total da escala e respectivos valores de Alpha de Cronbach

Itens	Médias	Desvio Padrão	r	Correlação Item/total	Cronbach's Alpha
1.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha	2,66	0,696	0,500	0,434	0,862
2.Consigo lidar com o que me preocupa	2,90	0,609	0,543	0,489	0,861
3.Consigo fazer o que necessito durante a gravidez	3,01	0,646	0,468	0,405	0,863
4.Consigo determinar quando necessito ir ao médico.	3,08	0,688	0,400	0,327	0,865
5.Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.	2,90	0,622	0,562	0,508	0,860
6.Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.	3,23	0,637	0,477	0,416	0,863
7.Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.	3,71	0,644	0,320	0,249	0,867
8.Sinto a realidade de que vou ser mãe.	3,44	0,626	0,572	0,519	0,860
9.Tenho a minha imagem ideal do parto.	2,51	0,846	0,505	0,425	0,863
10.Imagino como será o meu parto.	2,44	0,799	0,307	0,218	0,870
11.Não consigo imaginar um aumento da minha família.	3,52	0,741	0,424	0,348	0,865
12.Imagino como será a minha gravidez.	2,88	0,619	0,463	0,403	0,863
13.Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	3,07	0,874	0,444	0,355	0,866
14.Consigo ter um parto como as outras pessoas.	3,13	0,657	0,444	0,378	0,864
15.Não estou confiante com o facto de estar grávida.	3,46	0,788	0,536	0,464	0,861
16.Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	3,17	0,584	0,499	0,444	0,862
17.Estou satisfeita com a minha vida.	3,38	0,617	0,603	0,553	0,859
18.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	2,74	0,724	0,500	0,431	0,862
19.Consigo viver com uma atitude positiva.	3,24	0,622	0,575	0,522	0,860
20.A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.	3,32	0,509	0,568	0,525	0,861
21.A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	3,33	0,534	0,571	0,526	0,861
22.Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	3,33	0,482	0,567	0,527	0,861
23.Posso pedir ajuda sempre que necessito.	3,37	0,516	0,532	0,486	0,862
24.Estou ansiosa com a vida após o parto.	3,45	0,610	0,359	0,293	0,866
25.Gostaria de desfrutar da minha gravidez.	3,39	0,558	0,391	0,333	0,865
26.Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.	3,78	0,451	0,416	0,370	0,864

27.Estou entusiasmada coma perspectiva do parto	3,14	0,799	0,514	0,439	0,862
Cronbach's Alpha	Número de Itens				
0,867	27				

Quadro 3 – Consistência interna da escala empoderamento da grávida com exclusão do item 10

Itens	Médias	Desvio Padrão	Correlação Item/total	Cronbach's Alpha
1.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha	2,66	0,696	0,434	0,865
2.Consigo lidar com o que me preocupa	2,90	0,609	0,479	0,864
3.Consigo fazer o que necessito durante a gravidez	3,01	0,646	0,398	0,866
4.Consigo determinar quando necessito ir ao médico.	3,08	0,688	0,324	0,868
5.Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.	2,90	0,622	0,512	0,863
6.Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.	3,23	0,637	0,427	0,865
7.Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.	3,71	0,644	0,264	0,869
8.Sinto a realidade de que vou ser mãe.	3,44	0,626	0,523	0,862
9.Tenho a minha imagem ideal do parto.	2,51	0,846	0,389	0,867
11.Não consigo imaginar um aumento da minha família.	3,52	0,741	0,354	0,867
12.Imagino como será a minha gravidez.	2,88	0,619	0,364	0,867
13.Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	3,07	0,874	0,357	0,868
14.Consigo ter um parto como as outras pessoas.	3,13	0,657	0,381	0,866
15.Não estou confiante com o facto de estar grávida.	3,46	0,788	0,469	0,864
16.Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	3,17	0,584	0,437	0,865
17.Estou satisfeita com a minha vida.	3,38	0,617	0,560	0,861
18.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	2,74	0,724	0,418	0,865
19.Consigo viver com uma atitude positiva.	3,24	0,622	0,523	0,862
20.A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.	3,32	0,509	0,547	0,863
21.A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	3,33	0,534	0,537	0,863
22.Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	3,33	0,482	0,542	0,863
23.Posso pedir ajuda sempre que necessito.	3,37	0,516	0,500	0,864
24.Estou ansiosa com a vida após o parto.	3,45	0,610	0,317	0,868
25.Gostaria de desfrutar da minha gravidez.	3,39	0,558	0,347	0,867
26.Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.	3,78	0,451	0,379	0,867
27.Estou entusiasmada coma perspectiva do parto	3,14	0,799	0,428	0,865
Coeficiente Split-half	Primeira metade=0,764			

	Segunda metade=0,822
Cronbach´s Alpha	Número de Itens
0,870	26

Quadro 4 – Testes de verificação da validade da análise fatorial

Índice de KMO	Esferecidade de Bartlett's
0,809	p=0,000*

*p<0,01

Quadro 5 – Composição de cada fator (8 fatores)

ITENS	FATORES							
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
20.A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.	0,872							
21.A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	0,836							
22.Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	0,727							
23.Posso pedir ajuda sempre que necessito.	0,702							
17.Estou satisfeita com a minha vida.		0,769						
16.Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.		0,680						
15.Não estou confiante com o facto de estar grávida.		0,672						
19.Consigo viver com uma atitude positiva.		0,672						
8.Sinto a realidade de que vou ser mãe.		0,495						
1.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.			0,844					
18.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.			0,813					
4.Consigo determinar quando necessito ir ao médico.			0,577					
2.Consigo lidar com o que me preocupa.			0,555					
25.Gostaria de desfrutar da minha gravidez.				0,796				
24.Estou ansiosa com a vida após o parto.				0,746				
26.Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.				0,734				
27.Estou entusiasmada coma perspetiva do parto.				0,583				
9.Tenho a minha imagem ideal do parto.					0,709			
12.Imagino como será a minha gravidez.					0,652			
3.Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.					0,438			
13.Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.						0,775		

14.Consigo ter um parto como as outras pessoas.						0,755		
7.Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.							0,790	
6.Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.							0,632	
5.Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.							0,451	
11.Não consigo imaginar um aumento da minha família.								0,785

Quadro 6 – Fatores identificados na análise fatorial (8 fatores)

Comunalidade	Fatores	Eigenvalue	%Variância Explicada	%Variância Acumulada
1	1	6,563	25,244	25,224
1	2	2,529	9,727	34,971
1	3	1,794	6,900	41,871
1	4	1,581	6,080	47,950
1	5	1,370	5,268	53,218
1	6	1,220	4,282	57,912
1	7	1,113	3,866	62,193
1	8	1,005	3,667	66,059

Quadro 7 – Composição de cada fator (5 fatores)

ITENS	FATORES				
	F1	F2	F3	F4	F5
13.Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	0,688				
15.Não estou confiante com o facto de estar grávida.	0,681				
17.Estou satisfeita com a minha vida.	0,612				
16.Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	0,590				
19.Consigo viver com uma atitude positiva.	0,578				
9.Tenho a minha imagem ideal do parto.	0,529				
8.Sinto a realidade de que vou ser mãe.	0,529				
14.Consigo ter um parto como as outras pessoas.	0,469				
18.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.		0,756			
1.Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.		0,727			
2.Consigo lidar com o que me preocupa.		0,614			

4.Consigo determinar quando necessito ir ao médico.		0,607			
3.Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.		0,558			
5.Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.		0,482			
12.Imagino como será a minha gravidez.		0,344			
22.Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.			0,847		
23.Posso pedir ajuda sempre que necessito.			0,817		
20.A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser			0,702		
21.A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo “Podes ser como és” e apoiam-me.			0,682		
25.Gostaria de desfrutar da minha gravidez.				0,771	
26.Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.				0,735	
24.Estou ansiosa com a vida após o parto.				0,698	
27.Estou entusiasmada coma perspetiva do parto.				0,637	
7.Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.					0,786
11.Não consigo imaginar um aumento da minha família.					0,552
6.Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.					0,524

Quadro 8 – Fatores identificados na análise fatorial (5 fatores)

Comunalidade	Fatores	Eigenvalue	%Variância Explicada	%Variância Acumulada
1	1	6,563	25,244	25,244
1	2	2,529	9,727	34,971
1	3	1,794	6,900	41,871
1	4	1,581	6,080	47,950
1	5	1,370	5,268	53,218

Quadro 9 – Correlações de Pearson e Alpha de Cronbach

	Correlações de Pearson												Alpha de Cronbach
	Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4		Fator 5		Valor Global		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
Fator 1	-----	-----	0,478	0,000*	0,405	0,000*	0,270	0,000*	0,375	0,000*	0,817	0,000*	0,778
Fator 2	0,478	0,000*	-----	-----	0,336	0,000*	0,256	0,000*	0,349	0,000*	0,755	0,000*	0,718
Fator 3	0,404	0,000*	0,336	0,000*	-----	-----	0,466	0,000*	0,375	0,000*	0,678	0,000*	0,870
Fator 4	0,270	0,000*	0,256	0,000*	0,466	0,000*	-----	-----	0,229	0,001*	0,572	0,000*	0,736
Fator	0,375	0,000*	0,349	0,000*	0,375	0,000*	0,229	0,001*	-----	-----	0,593	0,000*	0,495

5													
Valor Global	0,817	0,000*	0,755	0,000*	0,678	0,000*	0,572	0,000*	0,593	0,000*	-----	-----	0,870

*p<0,01

Quadro 10 – Correlação dos itens com as subescalas do empoderamento da grávida

Nº do item	Itens	r	alpha
Autoestima			
13	Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	0,651	0,759
15	Não estou confiante com o facto de estar grávida.	0,679	0,745
17	Estou satisfeita com a minha vida.	0,684	0,741
16	Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	0,596	0,756
19	Consigo viver com uma atitude positiva.	0,679	0,742
9	Tenho a minha imagem ideal do parto.	0,605	0,768
8	Sinto a realidade de que vou ser mãe.	0,642	0,749
14	Consigo ter um parto como as outras pessoas.	0,522	0,771
Cronbach's Alpha			0,778
Autoeficácia			
18	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	0,741	0,713
1	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	0,732	0,680
2	Consigo lidar com o que me preocupa.	0,662	0,675
4	Consigo determinar quando necessito ir ao médico.	0,618	0,690
3	Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.	0,618	0,666
5	Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.	0,583	0,672
12	Imagino como será a minha gravidez.	0,492	0,713
Cronbach's Alpha			0,718
Apoio e garantias de outros			
22	Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	0,892	0,804
23	Posso pedir ajuda sempre que necessito.	0,848	0,835
20	A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser	0,812	0,857
21	A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	0,847	0,840
Cronbach's Alpha			0,870
Alegria de uma adição à família			
25	Gostaria de desfrutar da minha gravidez.	0,775	0,641
26	Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.	0,717	0,679
24	Estou ansiosa com a vida após o parto.	0,772	0,652
27	Estou entusiasmada com a perspectiva do parto.	0,774	0,745
Cronbach's Alpha			0,736
Imagem futura			
7	Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.	0,730	0,286

11	Não consigo imaginar um aumento da minha família.	0,715	0,481
6	Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.	0,675	0,420
Cronbach's Alpha			0,495

Quadro 11 – Matriz de correlação de Pearson entre subescalas e o empoderamento da grávida

	Autoestima		Autoeficácia		Apoio e garantias		Alegria de adição		Imagem futura		Valor Global	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Autoestima	-----	-----	0,478	0,000*	0,405	0,000*	0,270	0,000*	0,375	0,000*	0,817	0,000*
Autoeficácia	0,478	0,000*	-----	-----	0,336	0,000*	0,256	0,000*	0,349	0,000*	0,755	0,000*
Apoio e garantias	0,404	0,000*	0,336	0,000*	-----	-----	0,466	0,000*	0,375	0,000*	0,678	0,000*
Alegria de adição	0,270	0,000*	0,256	0,000*	0,466	0,000*	-----	-----	0,229	0,001*	0,572	0,000*
Imagem futura	0,375	0,000*	0,349	0,000*	0,375	0,000*	0,229	0,001*	-----	-----	0,593	0,000*
Valor Global	0,817	0,000*	0,755	0,000*	0,678	0,000*	0,572	0,000*	0,593	0,000*	-----	-----

*p<0,01

APÊNDICE VI – Consentimento informado às grávidas inquiridas

Consentimento Livre e Informado

Ilda Maria Gil Barroca Santos, Enfermeira no Bloco Operatório do CHCB, EPE, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia na Escola Superior de Saúde de Viseu, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da disciplina de Relatório Final, subordinado ao tema "Empoderamento da Grávida" ⁽¹⁾, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pela Utente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- A Sra. leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas.

Nome da Utente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura da Utente ou Representante Legal)

(Data)

(1) O empoderamento da grávida é definido como um sentimento de autorrealização e uma maior independência, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, levando a um aumento na energia psicológica para alcançar a gravidez e o parto desejado (KAMEDA; SHIMADA, 2008).

APÊNDICE VII – Quadros representativos da análise descritiva

Quadro 12 – Caracterização da amostra relativa às variáveis Obstétricas

	≤ 35 Anos		≥ 36 Anos		Total	
	N	%	N	%	N	%
HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ANTERIOR						
Existência de gestações						
Sem	107	54,9	16	8,2	123	63,1
Com	50	25,6	22	11,3	72	36,9
Existência de filhos						
Sem	118	60,5	18	9,2	136	69,7
Com	39	20	20	10,3	59	30,3
Gravidez planeada						
Sim	33	55,9	20	33,9	53	89,8
Não	6	10,2	0	0,0	6	10,2
Vigilância da gravidez						
Sim	33	55,9	20	33,9	53	89,9
Não	6	10,2	0	0,0	6	10,2
Problemas na gravidez						
Sem	34	57,6	15	25,4	49	83,1
Com	5	8,5	5	8,5	10	16,9
Tipo de gravidez						
Simplex	39	66,1	20	33,9	59	100
Gemelar	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tipo de parto						
Eutócico	27	45,8	13	22	40	67,8
Distócico	12	20,3	7	11,9	19	32,2
Duração da gravidez						
Prematuro	5	8,5	1	1,7	6	10,2
Termo	34	57,6	19	32,2	53	89,8
Frequência de aulas de preparação para o parto						
Sim	15	25,4	11	18,6	26	44,1
Não	24	40,7	9	15,3	33	55,9
Experiência de amamentação						
Sim	34	57,6	19	32,2	53	89,8
Não	5	8,5	1	1,7	6	10,2
Amamentação até ao 2º ano do filho						
Sim	5	9,4	6	11,3	11	20,8
Não	29	54,7	13	24,5	42	79,2
Motivo do abandono da amamentação						
Falta de leite	20	47,6	8	19	28	66,7
O bebé não aumentava de peso	5	11,9	2	4,8	7	16,7
Motivos profissionais	2	4,8	2	4,8	4	9,5
Outros	2	4,8	1	2,4	3	7,1
Experiência de parto						
Agradável	35	59,3	13	22	48	81,4
Desagradável	4	6,8	7	11,9	11	18,6
Motivo da experiência de parto desagradável						
Dor	0	0,0	4	36,4	4	36,4
Período de dilatação longo	0	0,0	2	18,2	2	18,2
Dor e período de dilatação longo	4	36,4	1	14,3	5	45,5

Experiência do pós-parto						
Agradável	30	50,8	18	30,5	48	81,4
Desagradável	9	15,3	2	3,4	11	18,6
Motivo da experiência do pós-parto desagradável						
Dor	6	54,5	0	0,0	6	54,5
Dor pós-cesariana	0	0,0	1	9,1	1	9,1
Complicações pós-parto	3	27,3	1	9,1	4	36,4
HISTÓRIA DE GRAVIDEZ ACTUAL						
Gravidez planeada						
Sim	137	70,3	32	16,4	169	86,7
Não	20	10,3	6	3,1	26	13,3
Vigilância da gravidez						
Sim	156	80	38	19,5	194	99,5
Não	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Local de Vigilância da gravidez						
Hospital	114	58,8	34	17,5	148	76,3
Centro de saúde	18	9,3	0	0,0	18	9,3
Médico particular	24	12,4	4	2,1	28	14,4
Tipo de gravidez						
Simplex	154	79	38	19,5	192	98,5
Gemelar	3	1,5	0	0,0	3	1,5
Problemas na gravidez						
Com	139	71,3	31	15,9	170	87,2
Sem	18	9,2	7	3,6	25	12,8
Intenção de amamentar						
Sim	157	80,5	37	19	194	99,5
Não	0	0,0	1	0,5	1	0,5
Motivo da não intenção de amamentar						
Doença crónica	0	0,0	1	100	1	100
Decisão de amamentar						
Iniciativa própria	155	79,9	36	18,6	191	98,5
Aconselhada pelo médico	2	1	0	0,0	2	1
Aconselhada pelo enfermeiro	0	0,0	1	0,5	1	0,5
Existência de medo/receio relativos à gravidez e parto						
Sim	88	45,1	25	12,8	113	57,9
Não	69	35,4	13	6,7	82	42,1
Tipos de medos/receios						
Dor	25	22,1	7	6,2	32	28,3
Bem-estar Materno-Fetal	18	15,9	4	3,5	22	19,5
Dor e bem-estar Materno-Fetal	11	9,7	6	5,3	17	15
Dor e parto distócico	7	6,2	3	2,7	10	8,8
Outros	27	23,9	5	4,4	32	28,3
Quem esclarece os medos/receios						
Médico	20	17,9	5	4,5	25	22,3
Enfermeiro	10	8,9	2	1,8	12	10,7
Médico e enfermeiro	29	25,9	11	9,8	40	35,7
Médico, enfermeiro, família e amigos	11	9,8	5	4,5	16	14,3
Família/Amigos/Internet	10	8,9	1	0,9	11	9,8
Ninguém	7	6,2	1	0,9	8	7,1
Informação considerada suficiente						
Sim	147	75,4	36	18,5	183	93,8
Não	10	5,1	2	1	12	6,2

Quadro 13 – Informação na Gravidez

Informação na Gravidez		≤ 35 Anos		≥ 36 Anos		Total	
		N	%	N	%	N	%
Aleitamento materno	Sim	111	56,9	27	13,8	138	70,8
	Não	46	23,6	11	5,6	57	29,2
Desconfortos	Sim	139	71,3	35	17,9	174	89,2
	Não	18	9,2	3	1,5	21	10,8
Alimentação e aumento de peso	Sim	148	75,9	36	18,5	184	94,4
	Não	9	4,6	2	1	11	5,6
Hábitos nocivos	Sim	129	66,2	28	14,4	157	80,5
	Não	28	14,4	10	5,1	38	19,5
Atividade/repouso	Sim	128	65,6	30	15,5	158	81
	Não	29	14,9	8	4,1	37	19
Exames	Sim	157	80,5	38	19,5	195	100
	Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sinais de alerta	Sim	143	73,3	35	17,9	178	91,3
	Não	14	7,2	3	1,5	17	8,7
Atividade sexual	Sim	106	54,4	27	13,8	133	68,2
	Não	51	26,2	11	5,6	62	31,8
Puerpério/alterações fisiológicas	Sim	111	56,9	27	13,8	138	70,8
	Não	46	23,6	11	5,6	57	29,2
Dúvidas gravidez/parto/pós-parto	Sim	154	79	38	19,5	192	98,5
	Não	3	1,5	0	0,0	3	1,5

Quadro 14 – Emissor de informação na gravidez

Emissor de informação na gravidez		≤ 35 Anos		≥ 36 Anos		Total	
		N	%	N	%	N	%
Aleitamento materno	Médico	16	11,6	1	0,7	17	12,3
	Enfermeiro	44	31,9	12	8,7	56	40,6
	Outro	23	16,7	4	2,9	27	19,6
	Médico e Enfermeiro	17	12,3	5	3,6	22	15,9
	Pessoal de saúde e outros	11	8	5	3,6	16	11,6
Desconfortos	Médico	42	24,1	6	3,4	48	27,6
	Enfermeiro	35	20,1	11	6,3	46	26,4
	Outro	20	11,5	6	3,4	26	14,9
	Médico e Enfermeiro	34	19,5	7	4	41	23,6
	Pessoal de saúde e outros	8	4,6	5	2,9	13	7,5
Alimentação e aumento de peso	Médico	58	31,5	14	7,6	72	39,1
	Enfermeiro	27	14,7	9	4,9	36	19,6
	Outro	4	2,2	1	0,5	5	2,7
	Médico e Enfermeiro	52	28,3	9	4,9	61	33,2
	Pessoal de saúde e outros	7	3,8	3	1,6	10	5,4
Hábitos nocivos	Médico	46	29,3	8	5,1	54	34,4
	Enfermeiro	25	15,9	8	5,1	33	21

	Outro	12	7,6	2	1,3	14	8,9
	Médico e Enfermeiro	38	24,2	9	5,7	47	29,9
	Pessoal de saúde e outros	8	5,1	1	0,6	9	5,7
Atividade/repouso	Médico	73	46,2	12	7,6	85	53,8
	Enfermeiro	11	7	6	3,8	17	10,8
	Outro	7	4,4	1	0,6	8	5,1
	Médico e Enfermeiro	34	21,5	8	5,1	42	26,6
	Pessoal de saúde e outros	3	1,9	3	1,9	6	3,8
Exames	Médico	114	58,5	25	12,8	139	71,3
	Enfermeiro	7	3,6	1	0,5	8	4,1
	Outro	2	1	2	1	4	2,1
	Médico e Enfermeiro	27	13,8	9	4,6	36	18,5
	Pessoal de saúde e outros	7	3,6	1	0,5	8	4,1
Sinais de alerta	Médico	59	33,1	10	5,6	69	38,8
	Enfermeiro	29	16,3	8	4,5	37	20,8
	Outro	8	4,5	3	1,7	11	6,2
	Médico e Enfermeiro	47	26,4	11	6,2	58	32,6
	Pessoal de saúde e outros	0	0,0	3	1,7	3	1,7
Atividade sexual	Médico	61	45,9	13	9,8	74	55,6
	Enfermeiro	11	8,3	5	3,8	16	12
	Outro	9	6,8	3	2,3	12	9
	Médico e Enfermeiro	18	13,5	3	2,3	21	15,8
	Pessoal de saúde e outros	7	5,3	3	2,3	10	7,5
Puerpério/alterações fisiológicas	Médico	40	29	7	5,1	47	34,1
	Enfermeiro	40	29	10	7,2	50	36,2
	Outro	11	8	2	1,4	13	9,4
	Médico e Enfermeiro	18	13	5	3,6	23	16,7
	Pessoal de saúde e outros	2	1,4	3	2,2	5	3,6
Dúvidas gravidez/parto/pós-parto	Médico	38	19,8	9	4,7	47	24,5
	Enfermeiro	28	14,6	5	2,6	33	17,2
	Outro	9	4,7	1	0,5	10	5,2
	Médico e Enfermeiro	68	35,4	16	8,3	84	43,8
	Pessoal de saúde e outros	11	5,7	7	3,6	18	9,4

Quadro 15 – Caracterização do valor total do Empoderamento e das suas dimensões

	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
Total do Empoderamento					
≤ 35 Anos	157	62	103	83,59	8,03
≥ 36 Anos	38	66	101	81,24	8,74
Total	195	62	103	83,13	8,20
Autoestima					
≤ 35 Anos	157	12	32	25,55	3,50
≥ 36 Anos	38	18	32	24,71	3,73
Total	195	12	32	25,39	3,55
Autoeficácia					
≤ 35 Anos	157	13	28	20,24	2,88
≥ 36 Anos	38	14	28	19,84	3,22
Total	195	13	28	20,16	2,94
Apoio e garantias de outros					
≤ 35 Anos	157	10	16	13,50	1,76
≥ 36 Anos	38	10	16	12,76	1,50
Total	195	10	16	13,35	1,73
Alegria de uma adição à família					
≤ 35 Anos	157	4	16	13,82	1,91
≥ 36 Anos	38	10	16	13,55	1,54
Total	195	4	16	13,77	1,85
Imagem futura					
≤ 35 Anos	157	4	12	10,48	1,40
≥ 36 Anos	38	7	12	10,37	1,55
Total	195	4	12	10,46	1,43

APÊNDICE VIII – Tabelas representativas da análise descritiva

Tabela 2 – N.º de gestações anteriores

	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
≤ 35 Anos	157	0	3	0,43	0,72
≥ 36 Anos	38	0	4	1,03	1,10
Total	195	0	4	0,54	0,84

Tabela 3 – N.º de filhos

	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
≤ 35 Anos	157	0	3	0,26	0,48
≥ 36 Anos	38	0	4	0,66	0,82
Total	195	0	4	0,34	0,58

Tabela 4 – N.º de consultas

	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
≤ 35 Anos	157	6	10	8,67	1,06
≥ 36 Anos	38	7	12	9,15	1,39
Total	195	6	12	8,83	1,19

Tabela 5 – Tempo de amamentação anterior (meses)

	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
≤ 35 Anos	157	1	37	8,94	9,13
≥ 36 Anos	38	4	25	14,37	8,36
Total	195	1	37	10,89	9,16

Tabela 6 – N.º de semanas de gravidez

	N	Min.	Max.	\bar{X}	Dp
≤ 35 Anos	157	28	40	32,99	3,29
≥ 36 Anos	38	28	39	33,08	3,41
Total	195	28	40	33,01	3,31

APÊNDICE IX – Tabelas representativas da análise inferencial

Tabela 7 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Grupos de idades e Empoderamento da grávida

	≤ 35 anos (n=157)	≥ 36 anos (n=38)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	101,14	85,01	2489,50	0,112
Autoeficácia	100,49	87,72	2592,50	0,208
Apoio de outros	102,68	78,72	2248,50	0,012*
Adição à família	100,18	88,99	2640,50	0,265
Imagem futura	98,45	96,13	2912,00	0,814
Empoderamento	101,12	85,09	2492,50	0,116

Mann-Whitney

Tabela 8 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Grupos de estado civil e Empoderamento da grávida

	Solteira/Divorciada (n=14)	Casada/União de facto (n=181)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	57,75	101,11	703,50	0,005**
Autoeficácia	90,07	98,61	1156,00	0,583
Apoio de outros	93,86	98,32	1209,00	0,761
Adição à família	100,79	97,78	1228,00	0,845
Imagem futura	86,14	98,92	1101,00	0,399
Empoderamento	69,21	100,23	864,00	0,047*

Mann-Whitney

Tabela 9 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Coabitação e Empoderamento da grávida

	Família Nuclear (n=189)	Família Alargada (n=6)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,56	48,75	271,50	0,029*
Autoeficácia	98,48	82,75	475,50	0,498
Apoio de outros	97,35	118,50	444,00	0,335
Adição à família	98,42	84,83	488,00	0,555
Imagem futura	98,06	96,00	555,00	0,927
Empoderamento	99,21	59,83	338,00	0,092

Mann-Whitney

Tabela 10 – Teste Kruskal Wallis: Associação entre Grupos de Escolaridade e Empoderamento da grávida

	Até ao 3º Ciclo	Secundário	Superior	X ²	p
	N=32	N=56	N=107		
	OM	OM	OM		
Autoestima	75,45	100,11	103,64	6,33	0,042*
Autoeficácia	99,70	82,81	105,44	6,02	0,049*
Apoio de outros	68,53	92,71	109,58	15,63	0,000***
Adição à família	82,41	96,13	103,64	3,70	0,158
Imagem futura	80,20	83,98	110,66	12,82	0,002**
Empoderamento	73,19	88,75	110,26	12,76	0,002**

X² - Kruskal Wallis

Tabela 11 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Escolaridade e Empoderamento da grávida

Grupos	3º Ciclo / Superior	Secundário / Superior
	P	p
Autoestima	0,033	
Apoio de outros		0,038
Adição à família	0,000	
Imagem futura	0,013	0,007
Empoderamento	0,003	0,048

Tukey

Tabela 12 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e os Grupos de Escolaridade.

		Soma Quadrados	F	p
Rank of AUTOESTIMA	Between Groups	19920,07	3,24	0,041
	Within Groups	590880,93		
	Total	610801,00		
Rank of AUTOEFICACIA	Between Groups	18931,43	3,08	0,048
	Within Groups	590693,57		
	Total	609625,00		
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	43700,53	8,41	0,000
	Within Groups	498821,97		
	Total	542522,50		
Rank of TOTIAMFUT	Between Groups	38285,79	6,79	0,001
	Within Groups	540977,21		
	Total	579263,00		
Rank of TOTEMPODERAMENTO	Between Groups	40579,95	6,76	0,001
	Within Groups	576284,05		
	Total	616864,00		

Tabela 13 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Grupos de situação profissional e Empoderamento da grávida

	Empregada (n=157)	Desempregada (n=38)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,46	91,95	2753,00	0,459
Autoeficácia	96,19	105,47	2699,00	0,360
Apoio de outros	99,04	93,70	2819,50	0,576
Adição à família	98,62	95,43	2885,50	0,751
Imagem futura	99,41	92,17	2761,50	0,464
Empoderamento	99,53	91,70	2743,50	0,443

Mann-Whitney

Tabela 14 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Residência e Empoderamento da grávida

	Aldeia	Vila	Cidade	X ²	p
	N=37	N=56	N=102		
	OM	OM	OM		
Autoestima	100,81	101,95	94,81	0,70	0,705
Autoeficácia	111,43	105,18	89,19	5,56	0,062
Apoio de outros	97,43	102,13	95,94	0,50	0,779
Adição à família	104,54	106,98	90,70	3,75	0,154
Imagem futura	95,65	106,29	94,30	1,82	0,402
Empoderamento	103,45	105,25	92,04	2,41	0,300

X² - Kruskal Wallis

Tabela 15 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Existência de filhos e Empoderamento da grávida

	Sem filhos (n=136)	Com ≥ 1 filho (s) (n=59)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	91,32	113,40	3103,50	0,012*
Autoeficácia	95,58	103,58	3682,50	0,359
Apoio de outros	101,87	89,08	3486,00	0,121
Adição à família	101,71	89,45	3507,50	0,057
Imagem futura	98,66	96,47	3922,00	0,797
Empoderamento	95,83	103,00	3717,00	0,415

Mann-Whitney

Tabela 16 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Experiência de amamentação e Empoderamento da grávida

	Sim (n=53)	Não (n=6)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	30,63	24,42	125,50	0,398
Autoeficácia	31,88	13,42	59,50	0,012*
Apoio de outros	31,14	19,92	98,50	0,093
Adição à família	30,67	24,08	123,50	0,363
Imagem futura	31,08	20,42	101,50	0,137
Empoderamento	31,89	13,33	59,00	0,012*

Mann-Whitney

Tabela 17 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Local de vigilância de gravidez e Empoderamento da grávida

	Hospital	Centro de Saúde	Médico Particular	X ²	p
	N=148	N=18	N=28		
	OM	OM	OM		
Autoestima	98,80	105,11	101,57	0,62	0,733
Autoeficácia	95,65	88,72	112,92	2,75	0,253
Apoio de outros	98,22	78,17	106,13	3,22	0,200
Adição à família	97,33	94,78	100,16	0,11	0,946
Imagem futura	96,64	85,42	109,82	2,37	0,307
Empoderamento	96,33	89,11	109,09	1,66	0,436

X² - Kruskal Wallis

Tabela 18 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Problemas na gravidez atual e Empoderamento da grávida

	Sem problemas (n=170)	Com problemas (n=25)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	101,68	72,96	1499,00	0,017*
Autoeficácia	103,56	60,16	1179,00	0,000***
Apoio de outros	99,59	87,22	1855,00	0,275
Adição à família	99,78	85,90	1822,50	0,243
Imagem futura	100,00	84,38	1784,50	0,182
Empoderamento	103,57	60,12	1178,00	0,000***

Mann-Whitney

Tabela 19 – Teste *t-Student*: Associação entre Existência de medo/receio relativos à gravidez e parto e Empoderamento da grávida

	Sim N=113		Não N=82		Levene's <i>p</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
	\bar{X}	Dp	\bar{X}	Dp			
	Autoestima	24,37	3,69	26,79			
Autoeficácia	19,77	2,96	20,70	2,85	0,401	- 2,19	0,030*
Apoio	13,31	1,74	13,41	1,73	0,846	- 0,42	0,678
Adição	13,78	13,78	13,74	13,74	0,332	0,13	0,897
Imagem	10,27	10,27	10,72	10,72	0,014	- 2,24	0,027*
Empoderamento	81,50	81,50	85,37	85,37	0,946	- 3,33	0,001**

t-Student

Tabela 20 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre aleitamento materno e Empoderamento da grávida

	Sim (n=138)	Não (n=57)	UMW	<i>p</i>
	OM	OM		
Autoestima	95,97	102,91	3653,00	0,432
Autoeficácia	97,51	99,18	3866,00	0,851
Apoio de outros	100,91	90,96	3531,00	0,232
Adição à família	97,44	99,35	3856,00	0,827
Imagem futura	100,42	92,15	3599,50	0,337
Empoderamento	97,93	98,16	3924,00	0,980

Mann-Whitney

Tabela 21 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre aleitamento materno e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	<i>X</i> ²	<i>p</i>
	N=17	N=56	N=22	N=27	N=16		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	54,12	67,55	67,98	80,52	76,16	5,238	0,264
Autoeficácia	62,56	64,49	77,66	67,83	86,00	5,151	0,272
Apoio de outros	47,29	65,38	71,89	79,39	87,56	12,073	0,017*
Adição à família	54,79	65,39	72,77	79,24	78,56	5,655	0,226
Imagem futura	51,91	68,48	74,00	74,57	77,00	4,917	0,296
Empoderamento	47,82	65,20	75,23	79,48	82,88	9,590	0,048*

*X*² - Kruskal Wallis

Tabela 22 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre aleitamento materno e Empoderamento da grávida

Grupos	Médico / Outros	Prof. Saúde e outros / Médico
	p	p
Apoio de outros	0,044	0,017

Tukey

Tabela 23 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre aleitamento materno.

		Soma Quadrados	F	p
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	34312,610	3,21	0,015
	Within Groups	355935,507		
	Total	390248,118		
Rank of TOTEMPODERAMENTO	Between Groups	30698,664	2,51	0,045
	Within Groups	407498,249		
	Total	43196,913		

Tabela 24 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre desconfortos na gravidez e Empoderamento da grávida

	Sim (n=174)	Não (n=21)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	97,16	104,93	1681,50	0,549
Autoeficácia	99,27	87,50	1606,50	0,364
Apoio de outros	98,57	93,26	1727,50	0,664
Adição à família	99,86	82,60	1503,50	0,178
Imagem futura	97,79	99,74	1790,50	0,877
Empoderamento	98,75	91,79	1696,50	0,593

Mann-Whitney

Tabela 25 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre desconfortos na gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=48	N=46	N=41	N=26	N=13		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	91,05	82,20	88,84	85,38	93,15	1	0,910
Autoeficácia	99,10	75,68	93,06	74,29	95,35	7,79	0,100
Apoio de outros	84,61	69,07	103,28	91,83	104,96	13,94	0,007**
Adição à família	78,38	79,57	103,51	83,12	107,54	9,42	0,051
Imagem futura	98,84	79,87	91,06	83,52	102,58	2,85	0,582
Empoderamento	90,81	73,80	97,49	83,46	102,31	6,62	0,158

X² - Kruskal Wallis

Tabela 26 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre desconfortos na gravidez e Empoderamento da grávida

Grupos	Enfermeiro/Médico e Enfermeiro
	p
Apoio de outros	0,005

Tukey

Tabela 27 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre desconfortos na gravidez.

		Soma Quadrados	F	p
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	40988,207	3,75	0,006
	Within Groups	461900,145		
	Total	502888,352		

Tabela 28 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e Empoderamento da grávida

	Sim (n=184)	Não (n=11)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,28	76,59	776,50	0,193
Autoeficácia	99,78	68,18	684,00	0,069
Apoio de outros	98,24	93,91	967,00	0,792
Adição à família	98,34	92,32	949,50	0,727
Imagem futura	97,38	108,36	898,00	0,517
Empoderamento	98,91	82,73	844,00	0,355

Mann-Whitney

Tabela 29 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=72	N=36	N=61	N=5	N=10		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	91,90	76,71	103,96	96,50	81,80	6,50	0,165
Autoeficácia	95,08	64,36	103,10	113,40	100,10	13,80	0,008**
Apoio de outros	89,40	67,43	109,59	119,00	87,60	17,89	0,001**
Adição à família	95,05	64,75	103,14	84,70	113,10	14,44	0,006**
Imagem futura	97,53	72,43	93,98	113,20	109,20	8,01	0,091
Empoderamento	92,93	61,17	107,59	111,90	100,45	18,28	0,001**

X² - Kruskal Wallis

Tabela 30 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez e Empoderamento da grávida

Grupos	Enfermeiro/Médico e Enfermeiro	Enfermeiro / Médico
	p	p
Autoeficácia	0,005	0,035
Apoio de outros	0,000	
Adição à família	0,004	0,029
Empoderamento	0,003	0,024

Tukey

Tabela 31 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre alimentação e aumento de peso na gravidez.

		Soma Quadrados	F	p
Rank of AUTOEFICACIA	Between Groups	43273,848	3,58	0,008
	Within Groups	541233,957		
	Total	584507,804		
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	49775,533	4,82	0,001
	Within Groups	461821,961		
	Total	511597,495		
Rank of TOTADIÇÃO	Between Groups	44189,670	3,88	0,005
	Within Groups	510058,850		
	Total	554248,520		
Rank of TOTEMPODERAMENTO	Between Groups	58345,162	4,93	0,001
	Within Groups	529593,447		
	Total	587938,609		

Tabela 32 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre hábitos nocivos na gravidez e Empoderamento da grávida

	Sim (n=157)	Não (n=38)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,05	93,64	2817,50	0,594
Autoeficácia	101,11	85,16	2495,00	0,116
Apoio de outros	98,44	96,18	2914,00	0,814
Adição à família	101,31	84,32	2463,00	0,090
Imagem futura	98,79	94,75	2859,50	0,683
Empoderamento	99,75	90,79	2709,00	0,380

Mann-Whitney

Tabela 33 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=54	N=33	N=47	N=14	N=9		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	75,24	69,24	92,26	92,04	47,83	11,38	0,023*
Autoeficácia	85,17	68,68	83,23	73,43	66,39	4,07	0,397
Apoio de outros	66,49	64,65	94,82	103,18	86,44	19,51	0,001**
Adição à família	72,50	64,27	90,95	89,07	93,94	9,81	0,044*
Imagem futura	83,06	66,36	82,52	92,29	61,89	6,10	0,192
Empoderamento	75,93	63,05	93,10	94,50	58,22	12,36	0,015*

X² - Kruskal Wallis

Tabela 34 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico/ Médico e Enfermeiro	Médico e Enfermeiro/ Médico	Médico/ Outros	Enfermeiro/ Médico e Enfermeiro	Enfermeiro/ Outros
	p	p	p	p	p
Apoio de outros	0,012	0,006	0,025		0,027
Empoderamento				0,029	

Tukey

Tabela 35 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre hábitos nocivos na gravidez.

		Soma Quadrados	F	p
Rank of AUTOESTIMA	Between Groups	36558,914	2,93	0,023
	Within Groups	474592,376		
	Total	511151,290		
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	54658,400	5,38	0,000
	Within Groups	385909,275		
	Total	440567,675		
Rank of TOTADIÇÃO	Between Groups	28646,699	2,47	0,047
	Within Groups	441238,008		
	Total	469884,707		
Rank of TOTEMPODERAMENTO	Between Groups	38783,131	3,22	0,014
	Within Groups	457695,178		
	Total	496478,309		

Tabela 36 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre atividade/repouso na gravidez e Empoderamento da grávida

	Sim (n=158)	Não (n=37)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	100,91	84,58	2463,50	0,135
Autoeficácia	101,17	84,47	2422,50	0,103
Apoio de outros	100,50	87,31	2527,50	0,172
Adição à família	98,82	94,49	2793,00	0,669
Imagem futura	98,61	94,38	2826,00	0,746
Empoderamento	100,69	86,53	2495,50	0,169

Mann-Whitney

Tabela 37 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=85	N=17	N=42	N=8	N=6		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	79,42	58,71	86,58	74,94	96,00	5,44	0,245
Autoeficácia	84,84	55,94	77,15	69,63	100,17	7,49	0,112
Apoio de outros	72,37	49,94	96,45	108,44	107,00	23,16	0,000***
Adição à família	74,69	62,76	90,31	103,75	87,00	8,23	0,084
Imagem futura	79,46	57,24	88,14	77,44	85,42	5,98	0,201
Empoderamento	78,25	51,18	87,87	93,56	100,08	9,97	0,041*

X² - Kruskal Wallis

Tabela 38 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico/ Médico e Enfermeiro	Enfermeiro/ Médico e Enfermeiro	Enfermeiro/ Outros	Enfermeiro/ Prof. Saúde e outros
	p	p	p	p
Apoio de outros	0,016	0,001	0,008	0,029
Empoderamento		0,039		

Tukey

Tabela 39 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre atividade/repouso na gravidez.

		Soma Quadrados	F	p
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	64353,439	6,50	0,000
	Within Groups	379010,309		
	Total	443363,748		
Rank of TOTEMPODERAMENTO	Between Groups	30663,396	2,52	0,044
	Within Groups	465552,846		
	Total	496216,242		

Tabela 40 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e Empoderamento da grávida

	Sim (n=178)	Não (n=17)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,21	85,35	1298,00	0,331
Autoeficácia	99,33	84,06	1276,00	0,283
Apoio de outros	100,44	72,50	1079,00	0,037*
Adição à família	99,64	80,85	1221,50	0,182
Imagem futura	98,30	94,85	1459,00	0,804
Empoderamento	99,64	80,79	1220,50	0,188

Mann-Whitney

Tabela 41 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=69	N=37	N=58	N=11	N=3		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	84,79	100,12	90,60	72,59	107,50	3,78	0,437
Autoeficácia	97,66	83,85	87,15	74,41	72,33	3,63	0,459
Apoio de outros	78,96	88,39	104,50	79,82	91,00	9,29	0,054
Adição à família	80,05	85,66	101,98	80,45	146,00	10,21	0,037*
Imagem futura	90,03	76,22	96,34	81,95	136,00	6,62	0,158
Empoderamento	85,98	90,38	97,16	61,05	116,00	5,77	0,217

X² - Kruskal Wallis

Tabela 42 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez

		Soma Quadrados	F	p
Rank of TOTADIÇÃO	Between Groups	29733,988	2,54	0,042
	Within Groups	506169,890		
	Total	535903,878		

Tabela 43 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre atividade sexual durante a gravidez e Empoderamento da grávida

	Sim (n=133)	Não (n=62)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,31	95,19	3948,50	0,632
Autoeficácia	100,57	92,49	3781,50	0,349
Apoio de outros	102,41	88,54	3536,50	0,088
Adição à família	97,18	99,75	4014,50	0,764
Imagem futura	97,45	99,19	4049,50	0,836
Empoderamento	99,21	95,41	3962,50	0,662

Mann-Whitney

Tabela 44 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=74	N=16	N=21	N=12	N=10		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	66,49	65,88	80,40	60,00	52,80	4,38	0,358
Autoeficácia	71,96	53,41	70,36	53,71	60,95	5,13	0,274
Apoio de outros	63,55	54,28	85,71	82,38	55,10	11,45	0,022*
Adição à família	66,32	40,16	81,33	74,38	76,05	12,06	0,017*
Imagem futura	66,75	58,81	71,24	77,33	60,65	2,25	0,691
Empoderamento	67,49	65,88	80,40	60,00	52,80	5,56	0,235

X² - Kruskal Wallis

Tabela 45 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez e Empoderamento da grávida

Grupos	Enfermeiro/Médico e Enfermeiro
	p
Adição à família	0,009

Tukey

Tabela 46 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre atividade sexual durante a gravidez

		Soma Quadrados	F	p
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	31857,218	2,84	0,027
	Within Groups	358446,699		
	Total	390303,917		
Rank of TOTADIÇÃO	Between Groups	35883,939	3,20	0,015
	Within Groups	358791,298		
	Total	394675,237		

Tabela 47 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e Empoderamento da grávida

	Sim (n=138)	Não (n=57)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,69	93,91	3700,00	0,513
Autoeficácia	99,05	94,01	3705,50	0,523
Apoio de outros	100,49	91,97	3589,50	0,306
Adição à família	98,75	96,19	3830,00	0,770
Imagem futura	99,21	95,07	3766,00	0,630
Empoderamento	99,73	93,81	3694,00	0,505

Mann-Whitney

Tabela 48 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=47	N=50	N=23	N=13	N=5		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	68,77	64,23	73,13	77,35	92,00	3,20	0,526
Autoeficácia	74,17	62,38	75,96	61,92	86,80	4,29	0,368
Apoio de outros	67,52	60,43	89,74	74,92	71,60	10,04	0,040*
Adição à família	67,68	63,87	84,24	69,00	76,40	4,51	0,341
Imagem futura	73,19	64,48	72,43	68,77	73,40	1,45	0,836
Empoderamento	70,14	62,21	80,41	68,31	89,30	4,64	0,327

X² - Kruskal Wallis

Tabela 49 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas e Empoderamento da grávida

Grupos	Enfermeiro/Médico e Enfermeiro
	p
Apoio de outros	0,020

Tukey

Tabela 50 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre puerpério/alterações fisiológicas

		Soma Quadrados	F	p
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	27528,547	2,51	0,045
	Within Groups	364041,686		
	Total	391570,234		

Tabela 51 – Teste U - Mann-Whitney: Associação entre Informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez/parto/pós-parto e Empoderamento da grávida

	Sim (n=192)	Não (n=3)	UMW	p
	OM	OM		
Autoestima	99,28	15,83	41,50	0,011*
Autoeficácia	99,15	24,17	66,50	0,022*
Apoio de outros	98,67	55,00	159,00	0,156
Adição à família	98,59	60,33	175,00	0,236
Imagem futura	98,70	53,00	153,00	0,151
Empoderamento	99,32	13,83	35,50	0,009**

Mann-Whitney

Tabela 52 – Teste Kruskal Wallis : Associação entre Emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto e Empoderamento da grávida

	Médico	Enfermeiro	Médico e Enfermeiro	Outros	Prof. Saúde e Outros	X ²	p
	N=47	N=33	N=84	N=10	N=18		
	OM	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	99,32	97,24	97,68	106,35	76,78	2,78	0,595
Autoeficácia	102,93	87,80	97,36	81,30	100,11	2,31	0,678
Apoio de outros	81,10	87,98	105,31	118,90	98,78	9,23	0,056
Adição à família	85,62	76,82	109,83	102,85	95,28	11,29	0,024*
Imagem futura	98,23	79,15	101,18	103,80	97,89	4,32	0,365
Empoderamento	93,17	86,32	103,08	100,25	91,08	2,68	0,614

X² - Kruskal Wallis

Tabela 53 – Teste Post Hoc – Tukey: Localização das diferenças estatisticamente significativas entre Emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto e Empoderamento da grávida

Grupos	Enfermeiro/Médico e Enfermeiro
	p
Adição à família	0,026

Tukey

Tabela 54 – Teste ANOVA entre as dimensões do Empoderamento da grávida com diferenças estatisticamente significativas e o Emissor de informação sobre dúvidas relacionadas com gravidez, parto e pós-parto

		Soma Quadrados	F	p
Rank of TOTAPOIO	Between Groups	34485,920	2,93	0,022
	Within Groups	550566,575		
	Total	585052,495		

ANEXOS

**ANEXO I – Pedidos de autorização aos Conselhos de Administração e
respetivo 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.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Hospital Pêro da Covilhã
Quinta do Alvito
6200-251 COVILHÃ

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº: 782	Data: 26/07/2011
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 Ilda Maria Gil Barroca Santos, do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Empoderamento da grávida".

Os objectivos principais do estudo passam por conhecer e avaliar a realidade do empoderamento das grávidas na região Centro; identificar os factores que condicionam o empoderamento da grávida; e avaliar a eficácia dos Programas de Educação para a Saúde e os recursos existentes na região Centro.

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 1 de Setembro a 30 de Novembro do ano 2011, às mulheres durante o 3º trimestre da gravidez a frequentarem a vigilância de saúde nessa instituição.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

MF/NC



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.
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
Hospital Amato Lusitano
Avenida Pedro Álvares Cabral
6000-085 CASTELO BRANCO

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	781
Data:	26/07/2011
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, a estudante Ilda Maria Gil Barroca Santos, do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Empoderamento da grávida".

Os objectivos principais do estudo passam por conhecer e avaliar a realidade do empoderamento das grávidas na região Centro; identificar os factores que condicionam o empoderamento da grávida; e avaliar a eficácia dos Programas de Educação para a Saúde e os recursos existentes na região Centro.

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 1 de Setembro a 30 de Novembro do ano 2011, às mulheres durante o 3º trimestre da gravidez a frequentarem a vigilância de saúde nessa instituição.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

MF/NC



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.
Director Executivo do
Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira
Centro de Saúde da Covilhã
Alameda Pêro da Covilhã
6200-251 COVILHÃ

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	780
Data:	26/07/2011
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 Ilda Maria Gil Barroca Santos, do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Empoderamento da grávida".

Os objectivos principais do estudo passam por conhecer e avaliar a realidade do empoderamento das grávidas na região Centro; identificar os factores que condicionam o empoderamento da grávida; e avaliar a eficácia dos Programas de Educação para a Saúde e os recursos existentes na região Centro.

Neste contexto, solicitamos a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 1 de Setembro a 30 de Novembro do ano 2011, às mulheres durante o 3º trimestre da gravidez a frequentarem a vigilância de saúde no Centro de Saúde da Covilhã.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.


Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

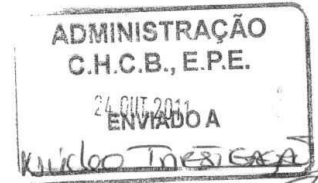
O Presidente da ESSV



Professor Doutor Carlos Pereira

MF/NC


 Centro
 Hospitalar
 Cova da Beira, E.P.E.

20 SET 2011



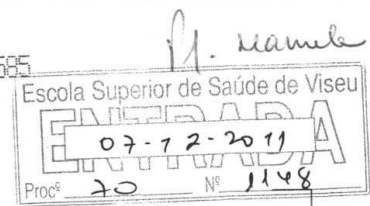
Parecer:	Despacho HOSPITALAR COVA DA BEIRA, E.P.E. O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO 24.09.2011 
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº72/2011 -"Empoderamento da grávida"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 73/2011
DE: Núcleo de Investigação	Data 08/09/2011
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Ilda Maria Gil Barroca Santos, aluna do mestrado em enfermagem de saúde materna obstetrícia e ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu para a realização do projecto de "Empoderamento da grávida", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº.38/2011, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>paucis</i></p> <p>P'lo Núcleo de Investigação</p> <p> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	



**Agrupamento de Centros de Saúde
da Beira Interior Sul**

S.A.D

021211 SAIDA 002585



Exmº Sr
Vice Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu
Professor Doutor Daniel Silva
R. D. João crisóstomo Gomes de Almeida,
nº 102
3500-843 Viseu

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: **Pedido de autorização para efectuar colheita de dados**

Em resposta ao Vosso ofício nº 767 de 21/07/2011, sobre o assunto em epigrafe, informo V. Exª que o mesmo teve parecer favoravel do Presidente do Ceonselho Clinico deste ACES.

Com os melhores cumprimentos

Assistente Técnico

Sílvia Maria Martins Santos Marques





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Administração Regional de Saúde do Centro



*Prof. Manuela
Ferreira*



*Dr. Prof. Fernando Gil
Investigador*

Exmo. Senhor
Professor Doutor Carlos Pereira
Escola Superior de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

Sua Referência	Sua comunicação	N/ Ofício - Data
Ofício nº 781 Processo: 70	26/07/2011	Administracao HAL HAL 01 4726 2011-08-03 15:34:02

Assunto:	<i>Pedido de autorização para a recolha de dados</i>
----------	--

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

Em resposta ao pedido de autorização da aluna Ilda Maria Gil Barroca Santos, aluna do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia para a recolha de dados no âmbito do estudo subordinado ao tema "Empoderamento da Grávida" nesta Unidade Local de Saúde, no período de 01 de Setembro a 30 de Novembro de 2011, somos a informar V. Exa. que o mesmo está autorizado.

Deve assim, ser contactado o Exmo. Director do Serviço Dr. Gil Silva, na data de início da colheita.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Dr. Luís Correia

ULS - Castelo Branco
Vogal do Conselho de Administração
Directora Clínica

Dra. Maria Eugénia André

SC



1808'11 SAIDA 000697

Profa. Pamela

ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO

22.08.2011
70 801

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Directivo
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua Dr. João Crisóstomo Gomes de
Almeida nº 102
3500 – 843 VISEU

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Em resposta ao Vosso of. nº 780 de 26/07/2010, relativamente ao assunto em epígrafe, vimos informar V. Ex^a. que o mesmo está autorizado pelo Sr. Director Executivo.

Com os melhores cumprimentos,

*As coordenadora do curso
e as orientadora de
Dissertação*
Amaly 22/8/2011

2326/3489

[Handwritten signature]

NB



AGRUPAMENTO DOS CENTROS DE SAÚDE COVA DA BEIRA
Tel.: 275910030 Fax: 275910039 • Bairro do Pinhal do Carrola •
6250 - 072 BELMONTE



Ministério da Saúde

12-08'11 ENTRA DA 001475

 ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO

Nada a opor
Carlos Manuel Martins

O Director Executivo do
ACES Cova da Beira

De acordo com o protocolo

Exmo. Sr. Dr. Manuel Geraldês
Director Executivo do ACES Cova da Beira
Bairro Pinhal do Carrola
6250 Belmonte

Sua referência	Sua comunicação	Data	Nossa referência	Data
				10/08/2011

Assunto: Pedido de Autorização para Efectuar Colheita de Dados

Como solicitado por Vossa Ex.^a e em resposta à petição da Escola Superior de Saúde de Viseu, ofício 780 de 26/07/2011, relativo a pedido de autorização para efectuar colheita de dados do Relatório Final da estudante Ilda Maria Gil Barroca Santos, do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, no estudo subordinado ao tema “Empoderamento da Grávida”, sou do parecer que o mesmo seja autorizado por Vossa Ex.^a, uma vez que esta enfermeira é profissional do Centro Hospitalar Cova da Beira, instituição com a qual este ACeS tem uma excelente articulação, para além do referido estudo poder ser uma mais-valia para o serviço, não acarretando despesas para o mesmo.

Com os meus melhores cumprimentos, *CM Martins*

O Vogal do Conselho Clínico

CM Martins

(Enf.º Carlos Manuel Martins)



Bairro Pinhal do Carrola, 6250 – 072 Belmonte
Telef.: 275 910 030 Fax.: 275 910 039