

Autor Primário e último nome

Literacia em Saúde e Empoderamento da Grávida na Zona Centro do País

IPV – ESSV | 2019



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Junho de 2019

Sara Manuela Pereira Tavares

Literacia em Saúde e Empoderamento da Grávida na
Zona Centro do País

Sara Manuela Pereira Tavares

Literacia em Saúde e Empoderamento da Grávida na
Zona Centro do País

Relatório Final

5º Curso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna,
Obstetrícia e Ginecologia

Trabalho efectuado sob a orientação de

Professora Doutora Manuela Maria Conceição Ferreira

Professor Doutor João Carvalho Duarte



Junho de 2019

“ Cada Mestre começou por ser um principiante.

Cada profissional começou por ser um amador.

Cada estrela começou por ser desconhecida.

Pára de esperar. Começa agir”

Robin Sharma

Agradecimentos

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

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

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

À Direcção do ACES Dão Lafões e aos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E e Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. que autorizaram a colheita de dados.

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

A todos: o meu muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: A gravidez é um momento onde a mulher vivência um conjunto de modificações. Para que a grávida consiga vivenciar cada etapa da gravidez, torna-se necessário a aquisição de informação, que lhe permita desenvolver a capacidade para a tomada de decisões, ou seja, o Empoderamento.

Objetivos: Identificar as variáveis sociodemográficas e de contexto obstétrico que afetam o empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez; Determinar a influência da Literacia no empoderamento da grávida.

Métodos: Estudo não experimental, transversal, quantitativo, descritivo e correlacional com uma amostra não probabilística por conveniência, composta por 264 grávidas no terceiro trimestre. Colheita de dados realizada com aplicação de um instrumento composto pelo questionário sociodemográfico e dados obstétricos, escala HLS-EU-PT (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014) adaptada para grávidas por Ferreira et al. (2017) e Escala de Empoderamento da Grávida (Kameda & Shimada, 2008), adaptada por Ferreira et al. (2013).

Resultados: As grávidas apresentam um nível de empoderamento intermédio (40,9%) sendo secundado pelo nível baixo e elevado com valores percentuais iguais (29,5% vs 29,5%). O índice geral do empoderamento é influenciado pelo rendimento mensal familiar ($p=0,001$), planeamento da gravidez ($p=0,045$) e pela frequência ou intensão de frequentar o curso de preparação para o parto e para a parentalidade ($p=0,045$). Os cuidados de saúde ($t=4,258; p=0,000$), a promoção de saúde ($t=3,564; p=0,000$) e a idade da grávida ($t=2,345; p=0,020$) predizem o Empoderamento da grávida.

Conclusões: O empoderamento da grávida é determinado pelos conhecimentos adquiridos e experiências vividas ou partilhadas, este pode ser influenciado por fatores extrínsecos e intrínsecos à grávida. A assistência em saúde pré-natal surge como promotora do empoderamento, sendo o enfermeiro especialista saúde materna e obstetrícia, um elemento fundamental no empoderamento da grávida, dada a sua formação específica que coloca a mulher no centro do seu cuidar, ao longo de todo o seu ciclo de vida.

Palavras – chave: Empoderamento da grávida, literacia em saúde, vigilância na gravidez.

Abstract

Background: Pregnancy is a time where the woman experiences a set of modifications. So that the pregnant woman can experience each step of her pregnancy, she needs to acquire information, which allows her to develop the capacity of decision making, i.e., the Empowerment.

Objectives: Identify the socio demographic and of obstetrician context variables that affect the pregnant woman empowerment in the last trimester of pregnancy; determine the influence of literacy in the pregnant woman empowerment.

Methods: Non-experimental, transversal, quantitative and correlational study with a non-probabilistic for convenience composed by 264 pregnant women in the third trimester. The data collection was carried out by applying a questionnaire consisting of sociodemographic questions, obstetric data, HLS-EU-PT scale (National School of Public Health, 2014) adapted for pregnant women by Ferreira et al. (2017) and Pregnancy Empowerment Scale (Kameda & Shimada, 2008) adapted by Ferreira et al. (2013).

Results: The pregnant woman's manifest a health empowerment level as intermediate (40, 9%), low and high (29, 5%). Health empowerment is influenced by family income ($p=0,001$), pregnancy planning ($p=0,045$) and frequency or intention of attending the preparation course for childbirth and parenting ($p=0,045$). Healthcare ($t=4,258;p=0,000$), Health promotion ($t=3,564;p=0,000$) and age of pregnancy ($t=2,345;p=0,020$) predict health empowerment.

Conclusion: The pregnant woman's empowerment is determined by her acquired knowledge and lived or shared experiences, which may be influenced by extrinsic and intrinsic factors to the pregnant woman. Pre-natal health assistance appears as the empowering's promotor, being the maternal health and obstetrician specialist nurse a crucial element in the pregnant woman's empowering, given its specific formation, who places the woman in the centre of his/her care throughout all his/her cycle of life.

Key-words: pregnant woman's empowerment, health literacy, pregnancy supervision.

Sumário

	Pág.
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos	
Introdução	23
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	
1. Empoderamento.....	27
1.1 Empoderamento na grávida.....	27
2. Gravidez e Maternidade um processo de Adaptação.....	29
2.1 Vigilância pré- natal.....	30
2.2 A promoção da saúde como promotora do empoderamento.....	33
3. Literacia em Saúde e Empoderamento.....	35
3.1 Literacia em Saúde Materna.....	36
2ª PARTE – Estudo Empírica	
1. Metodologia.....	39
1.1 Métodos.....	39
1.2 Participantes.....	42
1.2.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra	42
1.3 Instrumento de Colheita de Dados.....	44
1.3.1 Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)	45
1.3.2 Escala do Empoderamento da Grávida	53
1.3.3 Critérios de operacionalização de variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez.....	62
1.4 Procedimentos.....	65
1.5 Análise de dados.....	65
2. Resultados.....	67
2.1 Análise Descritiva.....	67
2.1.1 Caraterização Obstétrica das grávidas.....	67
2.1.2 Caraterização da amostra quanto à Literacia em Saúde.....	68
2.1.3 Caraterização da amostra quanto ao Empoderamento da grávida.....	69
2.2 Análise Inferencial.....	71
3. Discussão.....	91

3.1 Discussão Metodológica.....	91
3.2 Discussão dos Resultados.....	92
4. Conclusão.....	99
Referências Bibliográficas.....	101
Apêndices.....	105
Apêndice I – Instrumento de Colheita de dados.....	107
Apêndice II – Declaração de Consentimento Informado.....	117
Anexos.....	119
Anexo I - Deferimento dos Conselhos de Administração.....	121

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfico.....	43
Quadro 2 – Consistência interna do questionário europeu de literacia em saúde Portugal (HLS-EU-PT).....	47
Quadro 3 – Correlações item-domínio do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT): validade discriminante.....	49
Quadro 4 – Matriz de correlação de Pearson entre os domínios do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT).....	51
Quadro 5 - Consistência interna nos domínios e no global do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT).....	52
Quadro 6 - Consistência interna da Escala de Empoderamento da Grávida.....	55
Quadro 7 - Correlações itens-dimensões da Escala de Empoderamento da Grávida.....	57
Quadro 8 - Correlações item-dimensão da Escala de Empoderamento da Grávida: validade discriminante.....	59
Quadro 9 - Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala.....	61
Quadro 10 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez.....	64
Quadro 11 – Regressão Linear múltipla entre a dimensão autoestima e as variáveis preditoras.....	79
Quadro 12 – Regressão Linear múltipla entre a dimensão autoeficácia e as variáveis preditoras.....	81
Quadro 13 – Regressão linear múltipla entre a dimensão apoio e garantias de outros e as variáveis preditoras.....	83
Quadro 14 – Regressão Linear múltipla entre a dimensão alegria de uma adição à família e as variáveis preditoras.....	85
Quadro 15 – Regressão Linear múltipla entre a dimensão imagem futura e as variáveis preditoras.....	87
Quadro 16 – Regressão linear múltipla entre o Empoderamento e as variáveis preditoras.....	89

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto às variáveis obstétricas.....	68
Tabela 2 – Estatísticas relativas ao valor global e aos domínios do questionário HLS-EU-PT.....	69
Tabela 3 – Estatísticas relativas ao valor global e às dimensões da Escala do Empoderamento da grávida.....	70
Tabela 4 – Nível de Empoderamento da grávida em função do grupo Etário.....	70
Tabela 5 – Teste U Mann-Whitney entre a idade e o Empoderamento.....	71
Tabela 6 – Teste de U Mann-Whitney entre o estado civil e o Empoderamento.....	72
Tabela 7 – Teste de U Mann-Whitney entre a situação profissional e o Empoderamento.....	73
Tabela 8 – Teste Kruskal-Wallis entre o rendimento mensal e o Empoderamento.....	74
Tabela 9 – Teste Kruskal-Wallis entre o número de gravidezes anteriores e o Empoderamento.....	75
Tabela 10 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de filhos e o Empoderamento.....	75
Tabela 11 - Teste de U Mann-Whitney entre gravidez planeada e o Empoderamento.....	76
Tabela 12 – Teste de U Mann-Whitney entre a idade gestacional e o Empoderamento.....	77
Tabela 13 – Teste U Mann-Whitney entre a frequência no curso de preparação para o parto e o Empoderamento.....	77
Tabela 14 – Correlação de Pearson entre a dimensão autoestima e as variáveis independentes.....	78
Tabela 15 – Correlação de Pearson entre a dimensão autoeficácia e as variáveis independentes.....	80
Tabela 16 – Correlação de Pearson entre a dimensão apoio e garantias de outros e as variáveis independentes.....	82
Tabela 17 – Correlação de Pearson entre a dimensão alegria de uma adição à família e as variáveis independentes.....	84
Tabela 18 – Correlação de Pearson entre a dimensão Imagem Futura e as variáveis independentes.....	86
Tabela 19 – Correlação de Pearson entre o Empoderamento e as variáveis independentes.....	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema conceptual do estudo

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

cf. – Confrontar/conferir

CHBV – Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E

Dp – Desvio padrão

EESMO – Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

Min. – Mínimo

Máx. – Máximo

N.º – Número

n – Número de observações

OM – Ordenação Média

p – Nível de significância

r – Valor da correlação Pearson

r² – Coeficiente de determinação

SPSS – Statistical Package for Social Science

t – *t* de student

UMW – U de Mann-Whitney

W-DEQ – Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

% – Percentagem

α – Alfa/alpha

β – Valor do Coeficiente padronizado beta

x – Média

2 – Qui-Quadrado

< - menor

= - igual

> - maior

≤ - menor ou igual

≥ maior ou igual

Introdução

A gravidez é um momento na vida da mulher onde ocorrem profundas transformações emocionais, psicológicas e sociais. Novos sentimentos emergem e as dúvidas e receios surgem desde o início (Martins,2007; Graça 2010).

A transição para a maternidade caracteriza-se por um compromisso intenso que requer reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Torna-se assim importante, que ao longo da gravidez a grávida adquira conhecimentos e autonomia para realizar escolhas acertadas relativamente à sua própria saúde, ou seja, deve desenvolver o seu empoderamento (Monforte e Mineiro, 2006).

Segundo Mesquita (2007), a pessoa com empoderamento é aquela que possui capacidade de se comprometer com os processos de tomada de decisão. Participa e detém controlo sobre as decisões em saúde.

Também neste momento de vida, a Literacia em Saúde no seio familiar torna-se muito importante, especialmente a literacia em saúde nas mulheres, que na maioria das situações, é a principal cuidadora no seio familiar (Monforte e Mineiro, 2006).

O conceito de literacia em saúde é entendido por vários autores como a capacidade para procurar informação, tomar decisões fundamentadas e assumir responsabilidades, possibilitando o aumento do controlo pessoal sobre a saúde do próprio individuo (Fernandes, 2012).

O período pré-natal é considerado um período não só de preparação física, mas também de transição para a parentalidade, requerendo aprendizagens quer para os pais quer para os que lhes estão próximos. É um momento oportuno para os profissionais de enfermagem influenciarem a saúde da família e suprir as necessidades que a grávida apresenta a nível de orientação e cuidados de vigilância promovendo a informação e o apoio à parentalidade (Corbett, 2008).

Através da educação pré-natal pretende-se ajudar a grávida, o pai e família a tomar decisões informadas e seguras acerca da gravidez, parto e parentalidade, ajudando-as a compreender o seu potencial de capacidades (Barradas et al., 2015).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO), tem um papel muito importante na saúde da mulher, contribuindo para informar e empoderar a grávida suportando-a na sua transição para a maternidade (Barradas et al., 2015). O seu papel passa por assegurar cuidados especializados nos contextos em que a mulher se encontra, produzindo ganhos em saúde pela promoção da autonomia da mesma nas decisões, pela capacitação para o autocuidado e autovigilância, promovendo desta forma a

vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, com o objetivo de estudar os fatores que possam influenciar o empoderamento da grávida, surgiram as seguintes questões de investigação: Que variáveis sociodemográficas têm influência sobre o empoderamento da grávida no último trimestre? Que relação existe entre as variáveis de contexto obstétrico e o empoderamento da grávida? Que relação existe entre a literacia e o empoderamento da grávida?

Como principais objetivos de estudo temos: Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico da grávida no último trimestre de gestação; relacionar as variáveis sociodemográficas e obstétricas com o empoderamento da grávida; relacionar a literacia com o empoderamento da grávida.

O estudo encontra-se estruturado em duas partes, na primeira parte faz-se o enquadramento teórico da problemática, na qual abordamos a temática o empoderamento na grávida, gravidez e maternidade como processo de adaptação e a Literacia em Saúde.

Na segunda parte consta toda a investigação empírica, estando incluídos os capítulos da metodologia, os resultados e a discussão. No primeiro capítulo, 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, procurando associações entre as variáveis. O terceiro capítulo é respeitante à discussão, para além da análise das limitações metodológicas do estudo, realiza-se uma análise dos resultados obtidos à luz das evidências científicas atuais.

Por fim apresentamos as conclusões, onde se salienta os achados mais relevantes para o estudo.

1ª PARTE - Enquadramento Teórico

1. Empoderamento

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado um interesse crescente pelo conceito de empoderamento. A literatura sobre este conceito complexo e multifacetado apresenta definições de diversas áreas do conhecimento. A palavra empoderamento poderá ser definida como um conjunto de “acções, nas quais as pessoas adquirem domínio sobre as suas próprias vidas” (Mesquita, 2007).

Empoderamento também se caracteriza como um processo social que favorece a participação das pessoas, das organizações e da comunidade ampliando o controlo destes, com melhores condições de vida desse grupo de pessoas. Centra-se nas soluções e não nos problemas.

Segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - (CIPE 2011), o conceito de empoderamento está presente na acção “dar poder” sendo entendido como a pessoa tem um lugar de sujeito activo, modificando toda uma conjuntura de poder dos profissionais e dos políticos de saúde (Mesquita, 2007).

1.1 Empoderamento na Grávida

Durante as últimas décadas, o empoderamento tem sido cada vez mais usado no âmbito de obstetrícia, e parte da ideia de dar à mulher o poder, a liberdade e a informação que lhe permita fazer opções e tomar decisões livremente (Silva, Ferreira, & Duarte, 2015).

Para Kameda & Shimada (2008) o empoderamento da mulher grávida, é definido como um sentimento de autorrealização e de independência, adquirida na interação entre o seu meio ambiente e as pessoas que as rodeiam, levando a um aumento da energia psicológica, para alcançar a gravidez e o parto que desejam. A autoeficácia é um dos conceitos chave para o empoderamento da grávida. Sendo a autoeficácia, a capacidade do individuo para desempenhar tarefas e resolver problema, torna-se particularmente importante na grávida, para que esta sinta confiança e capacidade para cuidar do seu filho (Silveira; Ferreira, 2011).

Durante a gravidez todo o complexo feminino se altera e tudo se passa dentro da própria mulher. As mudanças de imagem corporal juntamente com as mudanças de identidade pessoal, inevitavelmente interferem no Empoderamento da grávida (Kameda; Shimada, 2008).

O empoderamento para o parto e para a maternidade, demonstrada através da independência, autoeficácia e poder de decisão da grávida, parece ser influenciada por factores demográficos, obstétricos e do foro psicossocial (Silva, Ferreira, & Duarte, 2015).

Num estudo de Silva, Ferreira, & Duarte (2015), puderam constatar que o empoderamento da grávida é ainda influenciado pela experiência de gravidez e parto anterior.

A idade da mãe aquando da primeira gravidez parece influenciar o nível de empoderamento, sendo directamente proporcionais, ou seja, maior idade, mais níveis de empoderamento (Borghesi, e Taghipour, Roudsari Nooghabi, 2017).

O conhecimento dos factores que influenciam o empoderamento da grávida torna-se essencial para desenvolver programas de educação em saúde que melhor respondam as necessidades da mulher grávida, tornando a vivência da maternidade mais tranquila.

Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem devem incorporar estratégias de sensibilização que promovem a consciencialização e facilitam o acesso aos recursos pessoais e visam “permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde” (CIPE, 2011, p.96). Os cuidados de enfermagem no contexto da gravidez deverão basear-se num processo de atuação dinâmico, facilitador, de escuta e negociação com a grávida/casal, em que se desenvolve uma relação de confiança e respeito mútuo. O profissional de saúde deve desempenhar um papel facilitador, dialogando e reconhecendo as necessidades da grávida, ajudando-a, no desenvolvimento e na procura constante de habilidades para agir em seu próprio proveito (Esteves; Silva; Silva, 2010).

Neste contexto, o desafio para os enfermeiros é prestar cuidados que proporcionem apoio e suporte e que permitam a capacitação das grávidas para lidar com as mudanças físicas e emocionais associadas à gravidez.

2. Gravidez e Maternidade um Processo de Adaptação

A gravidez e a maternidade representam duas realidades distintas, contudo assumem-se ambas como um período de desenvolvimento durante o qual ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais que exigem das mulheres, e mães, contínuas adaptações e reorganização da sua vida e aprendizagens de novas tarefas (Canavarro, 2006).

A gravidez, pode assumir-se como o primeiro momento de construção e desenvolvimento de um projeto para a vida. Ser mãe é algo claramente definido para muitas mulheres. Não existem dúvidas que a mulher vive a gravidez como uma combinação misteriosa de acontecimentos biológicos e psicológicos, que vão ocorrendo à medida que os meses passam. São períodos de desequilíbrio e adaptação, mas também são períodos de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoal (Canavarro, 2006).

Leal (2006), destaca a labilidade emocional, a dependência e outros fatores externos (idade, estado civil, condições socioeconómicas, situação profissional, número de gestações anteriores, planeamento e aceitação da gravidez), suscetíveis de influenciar a conduta emocional da grávida. Se muitas gravidezes correspondem a períodos de felicidade, alegria e confiança, outras são caracterizadas por vivências ou acontecimentos de vida que os marcam como períodos difíceis.

As profundas transformações que a grávida vivencia em tempo limitado geram inúmeras necessidades, pelo que o exercício da maternidade deve ser compreendido como um processo social e culturalmente construído, que necessita ser aprendido no dia-a-dia, por transmissão de conhecimento, de vivências e de ajuda (Santos, 2012). No processo “tornar-se mãe” a mulher torna-se “ativamente envolvida na procura de cuidados, informação e conselhos ao longo da gravidez”. Abbyad & Robertson como referido por Silva, 2014, p. 29), quer através da frequência de cursos, da seleção de materiais de leitura sobre esta temática, dos conselhos recebidos, nomeadamente por profissionais de saúde e da observação de outros pais.

2.1 Vigilância Pré-natal

Para a OMS, os cuidados de saúde pré-natais constituem, dentro do ciclo de cuidados de saúde reprodutiva, uma base para a promoção da saúde pelo rastreio, diagnóstico e prevenção de uma multiplicidade de doenças. A implementação adequada de práticas baseadas em evidências tem demonstrado que os cuidados pré-natais podem salvar vidas, constituindo uma oportunidade para encontrar e apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades em fases críticas da vida destas.

Uma vigilância adequada da gravidez, relaciona-se diretamente com o momento em que se iniciam os cuidados pré-natais, contudo é igualmente importante o número de consultas realizadas, devendo ser efetuadas em intervalos regulares, de forma a rastrear e tratar possíveis complicações, ao mesmo tempo que se promovem hábitos de vida saudáveis. Este número varia de acordo com o mês de início e com as intercorrências durante a gravidez. O início tardio e a realização de menor número de consultas podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de certas doenças/complicações, além de comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o período pré-natal que é a promoção da saúde (Carvalho & Araújo, 2007).

Na gravidez de baixo risco a direção geral de saúde (2015, p. 37) preconiza:

- *“Realizar a 1ª consulta, o mais precocemente possível e até às 12 semanas de gravidez (1ºT de gravidez);*
- *Realizar as consultas de vigilância pré-natal, após a 1ª consulta:*
 - *a cada 4-6 semanas até às 30 semanas;*
 - *a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;*
 - *a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto*

Para que não haja perda de informações, toda a comunicação entre os vários profissionais implicados na prestação de cuidados pré-natais deve ser registada em local próprio, nomeadamente no Boletim de Saúde da Grávida. A DGS (2015) determinou a utilização obrigatória deste boletim, para que haja uma correta orientação e vigilância da saúde materna e fetal, sendo um excelente meio de troca de informação entre os profissionais implicados na prestação de cuidados à grávida. Deve ser preenchido e distribuído a todas as grávidas na primeira consulta, independentemente do local onde a mesma se realize e deve ser atualizado em cada consulta subsequente (DGS, 2015).

No mesmo sentido, a OMS (2016) publicou um guia prático com orientações que se destinam a priorizar a saúde e o bem-estar centrados na mulher grávida e não apenas a prevenção da morte e da morbilidade. Trata-se de uma abordagem baseada nos direitos

humanos que promove uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia). A referida publicação contém 49 recomendações, agrupadas em cinco tipos de intervenções: intervenções nutricionais; avaliação da mãe e do feto; medidas preventivas; intervenções para sintomas fisiológicos comuns; e intervenções nos sistemas de saúde para melhorarem a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais.

A direção geral de saúde (2015), recomenda que nas consultas de vigilância seja realizada uma abordagem de temáticas como hábitos alimentares, exercício físico, cessação tabágica e do consumo de substâncias psicoativas, entre outras.

É preconizado que, ao longo da assistência em saúde pré-natal, seja realizada a avaliação do estado nutricional e progresso ponderal, reforçando a importância de aconselhar a mulher grávida sobre o ganho de peso adequado. O inadequado ganho ponderal está associado ao aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal; por outro lado, o elevado ganho ponderal relaciona-se com o aumento de peso do recém-nascido e, conseqüentemente, ao aumento do risco de complicações na vida adulta (Teixeira, Pestana, Calhau, Vicente & Graça, 2015).

Ainda relativamente às intervenções nutricionais, a OMS (2016) recomenda a diminuição da ingestão de cafeína nas mulheres grávidas que ingerem diariamente mais de 300mg, pelo facto de esta atravessar a barreira placentária, e pela reduzida capacidade do feto em metabolizar a substância. O consumo moderado a elevado de cafeína está associado ao aumento do risco de aborto espontâneo ou nado morto (Matias, Jeri & Rodrigues, 2017).

Também é recomendado que a suplementação de ácido fólico, que deverá iniciar-se cerca de dois meses antes da data de interrupção do método contraceptivo e manter-se no primeiro trimestre de gestação, de forma a prevenir malformações congénitas derivadas de defeitos do tubo neural. A suplementação de ferro durante a gravidez justifica-se pelo facto de a anemia ferropénica ser a deficiência nutricional mais comum na mulher grávida, estando associada a conseqüências potencialmente graves tanto para a mulher como para o feto, uma vez que aumenta a suscetibilidade a infeções, à morte materna por hemorragia e hipertensão gestacional. Relativamente à criança, estão descritas a prevalência acrescida de anemia no recém-nascido, a prevalência de partos prematuros e de baixo peso à nascença, o aumento da suscetibilidade para infeções, possíveis perturbações cognitivas e de desenvolvimento (Neves, Guimarães & Rolão, 2012).

Embora a gravidez constitua um processo fisiológico, existe uma pequena percentagem de grávidas que possuem certas características que podem desenvolver

patologias associadas à gravidez, apresentando maior probabilidade de uma evolução desfavorável tanto para a mãe como para o feto (Sequeira, 2015).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, em cada trimestre da gravidez, preconiza a realização de análises, nomeadamente a determinação do grupo sanguíneo, o hemograma, a glicémia em jejum, o rastreio de hemoglobinopatias, sífilis, hepatite B, VIH, serologias da Rubéola, Toxoplasmose e Citomegalovirus (DGS, 2015).

Em relação à avaliação do bem-estar fetal, a OMS (2016) recomenda a realização de uma ecografia antes das 24 semanas que estime a idade Gestacional, despiste anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduza a indução de trabalho de parto para gestações pós-termo e melhore a experiência da mulher na gravidez. Em Portugal, é preconizada a realização de três ecografias obstétricas em gravidezes de baixo risco, a primeira entre as 11 e as 13 semanas; a segunda entre as 20 e as 22 semanas e a terceira entre as 30 e as 32 semanas (DGS, 2015).

Como medida preventiva, a OMS (2016) recomenda a realização da profilaxia pré-natal com imunoglobina anti-D nas mulheres grávidas RhD negativo não sensibilizadas, às 28 e 34 semanas de gestação. Esta profilaxia é administrada como forma de prevenção da doença hemolítica do recém-nascido e de redução do risco de isoimunização. Para além desta, durante a gravidez, a DGS, recomenda a vacinação contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria (tdpa), entre as 20 e as 36 semanas de gestação, idealmente até às 32 semanas. (DGS, 2016).

Outro assunto igualmente importante que deve ser abordado nas consultas de vigilância, dizem respeito aos desconfortos que podem surgir durante gravidez, e que podem levar a problemas de saúde a nível do bem-estar físico e psicológico da mulher, afetando negativamente a sua qualidade de vida e, posteriormente, a sua relação com a criança, parceiro e outros membros da família (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014).

Segundo Body e Christie como referido por Carvalho (2016), as náuseas e vômitos comuns na gravidez estão relacionados com as elevadas quantidades de progesterona, que exerce um efeito inibitório na musculatura lisa, resultando na diminuição da contractilidade do trato gastrointestinal. De forma a aliviar as náuseas e vômitos no início da gravidez, a OMS (2016) recomenda o gengibre, a camomila, a vitamina B6 e/ou a acupuntura. O refluxo gastroesofágico é outro desconforto que poderá ocorrer desde o final do primeiro e início do segundo trimestre, podendo prevalecer até ao final da gravidez, fatores hormonais estão na sua causa (presença de elevadas quantidades de estrogénio e progesterona) e mecânicos (relaxamento do esfíncter esofágico inferior e redução da motilidade do trato gastrointestinal) contribui para episódios de azia durante a gravidez (Body & Christie como

referido por Carvalho, 2016). Segundo a OMS (2016), azia pode ser contornada pela dieta e estilo de vida; podendo também ser oferecidos à mulher grávida antiácidos quando a mudança de estilo de vida não for suficiente.

A obstipação é outra das complicações mais frequente na gravidez, por diversos motivos, falta de exercício físico, baixo consumo de fibras, ingestão de suplementos de ferro, bem como a compressão do cólon pelo útero e os efeitos fisiológicos da progesterona, que reduz o peristaltismo intestinal (Carvalho, 2016). Para contornar a obstipação, a modificação da dieta e a ingestão sêmola de trigo são recomendações da OMS (2016).

Com o avançar da gravidez ocorrem dificuldades no retorno venoso, por um lado devido à diminuição do tónus e relaxamento das paredes dos vasos sanguíneos e válvulas venosas por ação da progesterona, por outro devido à pressão exercida pelo útero em crescimento sobre as veias ilíacas e a veia cava inferior. Para minimizar os desconfortos associados a veias varicosas e edema, recomendam-se opções não farmacológicas como meias de descanso, elevação das pernas e imersão em água (OMS, 2016).

Sintomatologias fisiológicas, como as câibras, dores lombares e pélvicas também são desconfortos da gravidez. Para tratamento das câibras a nível dos membros inferiores está recomendado o uso de magnésio e/ou cálcio. De modo a evitar as dores lombares e pélvicas, recomenda-se exercício físico durante toda a gravidez, bem como fisioterapia, cintas de suporte e acupunctura (OMS,2016).

Os profissionais de saúde devem alertar as grávidas para os sintomas que podem indicar um possível problema, aconselhando-as a dirigir-se ao hospital, numa das seguintes situações : hemorragia vaginal, perda de líquido pela vagina, corrimento vaginal com prurido/ardor, dores abdominais e/ou pélvicas, episódios de arrepios ou febre, dor e/ou ardor quando urina, presença de vômitos persistentes, dores de cabeça fortes ou contínuas, perturbações da visão e diminuição dos movimentos fetais (DGS,2015).

2.2 A promoção da saúde como promotora do Empoderamento

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), as consultas de enfermagem pré-natal visam definir um plano de cuidados individualizado em parceria com a mulher e a família, de forma a promover uma vivência saudável da gravidez, facilitar a transição para a parentalidade e a participação ativa da grávida/família em todo o processo.

Bezerra, et al. (2013), referem que o enfermeiro exerce um papel importante nos cuidados relacionados com a qualidade de vida nomeadamente através da promoção da

saúde. Considerando que o empoderamento e a educação em saúde permitem uma mudança de atitude, defende que é necessário repensar os conceitos que fundamentam a prática profissional, incluindo o conceito de Promoção de Saúde. Devendo este ser visto como alicerce, procurando o empoderamento das pessoas de modo a despertá-las para a procura constante de melhoria da qualidade de vida.

Alfing, Stumm, e Boff (2016), na sua revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pré-natal, concluíram que para as grávidas, estas ações são importantes por contribuírem para a aprendizagem. Destacaram ainda as atividades em grupo como sendo momentos importantes de troca de experiências, de crescimento e de qualificação dos cuidados prestados. No entanto esta pesquisa evidenciou algumas lacunas da consulta de enfermagem, tais como: falta de preparação do enfermeiro, dificuldades de acesso à consulta, falta de continuidade de cuidados e de ações de educação em saúde.

O enfermeiro especialista tendo um lugar preponderante no ciclo de vida da mulher, deve ser um profissional de referência promovendo um cuidado humanizado e empoderador. Para que isso seja possível é necessário estabelecer uma relação terapêutica que permita o desenvolvimento de ações educativas que respeitem a individualidade de cada mulher e estimulem o aumento do conhecimento de si mesma e daquilo que a rodeia, fornecendo-lhe ferramentas para poder exercer mudanças nesse ambiente e no seu comportamento, com vista a melhorar a sua saúde. Assim o enfermeiro não se limita só a transferir informação, representa um veículo de confiança, autonomia e poder para a tomada de decisão, contribuindo para o aumento de sentimentos positivos, capacitando a mulher para o parto e a maternidade (Silva, Ferreira, & Duarte, 2015).

Desempenha ainda um papel importante nos Cursos de Preparação para o Parto, devendo o seu modelo assistencial ser centrado na mulher/casal de modo a melhorar o resultado da gravidez/nascimento. O objetivo principal destes cursos é capacitar a mulher/casal para a vivência e experiência de um parto gratificante e responsável (Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2012).

3. Literacia em Saúde e Empoderamento

Ser literado em saúde significa que o indivíduo tem capacidade para compreender a informação dada pelos profissionais de saúde relativamente a condições de saúde e opções de tratamento, sabendo o que fazer caso necessite de assistência. (Mancuso, 2009).

A Organização Mundial de Saúde, define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma saúde ótima. Implica a aquisição de um nível de conhecimento, capacidades individuais e confiança na tomada de decisão, tendo por objetivo a melhoria da saúde individual e saúde pública, ao modificar comportamentos e formas de vida. (WHO, 2004).

A literacia permite que os cidadãos se tornem aptos a tomar decisões informadas em matéria de saúde. A tomada de decisão informada e esclarecida pressupõe um conhecimento básico de saúde, ser capaz de ler, compreender e avaliar a informação, tendo aptidão para analisar riscos, fazer previsões, interagir com profissionais de saúde, seguir recomendações e decidir como e quando procurar ajuda (Berkman et al., 2010).

Existem, portanto, várias definições com diferentes abordagens da literacia em saúde, nomeadamente, no foco ao nível individual ou mais amplo, bem como se se considera um conceito estático ou se é expectável que mude ao longo do tempo de acordo com as experiências, mudanças no sistema de saúde, tecnologia e na sociedade (Berkman et al., 2010).

O termo empoderamento teve o seu pico de utilização na década de 90 e pode ser considerado um processo em que se cultiva o poder dos indivíduos através da partilha de conhecimento, práticas e recursos, deve produzir mudanças ao influenciar comportamentos próprios e dos outros, de forma a aumentar a qualidade de vida (Funnell et al., 1991). Este sentimento de poder, de controlo, de autoestima pode levar à valorização da autonomia e, conseqüentemente, o desejo de participar nas decisões relacionadas com a saúde.

A literacia em saúde é crítica no empoderamento ao promover o acesso à informação e a capacidade de a utilizar eficazmente (Nutbeam, 2008), mas apesar de conceitos distintos, tanto empírica como conceptualmente, estão interligados. A literacia em saúde elevada nem sempre origina empoderamento e vice-versa, o desencontro de ambos pode originar conseqüências negativas, pois cria elevada dependência dos indivíduos relativamente aos profissionais de saúde, quando a literacia em saúde é elevada e o grau de empoderamento

é baixo, ou os riscos de más escolhas na saúde são elevados quando o empoderamento é alto sem a adequada literacia em saúde (Schulz & Nakamoto, 2013).

3.1 Literacia em Saúde Materna

Nos adultos, a literacia tem uma estreita relação com o seu nível de saúde especialmente a literacia nas mulheres, uma vez que esta é, a principal cuidadora no seio familiar, logo a sua literacia em saúde pode influenciar toda a saúde familiar (Kohan, Ghasemi e Dodangeh, 2007).

A gravidez e a maternidade exigem que a mulher desenvolva competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, sendo que para isso, a sua literacia em saúde durante este período será essencial (Graça, 2010). Uma adequada literacia na gravidez é fundamental para que a grávida consiga identificar sintomas que possam transforma-se em possíveis complicações na gravidez (Moyoyinolo, 2011).

As mulheres com uma limitada literacia em saúde são mais propensas a ter uma gravidez não planeada quando comparadas com mulheres com literacia em saúde adequada (Kilfoyle, Vitko, O'Connor & Bailey, 2016).

Na revisão sistemática da literatura, Kilfoyle et al. (2016) refere que mulheres com literacia em saúde limitada têm mais propensão para iniciar a assistência em saúde pré-natal após o primeiro trimestre e/ou faltar a consultas pré-natais quando comparadas com mulheres grávidas com adequada literacia.

Níveis inadequados de literacia em saúde na grávida foram associados a uma probabilidade quatro vezes superior de ter um filho com risco de atraso de desenvolvimento (Hernandez-Mekonnen et al., 2016) e a piores conhecimentos sobre aleitamento materno (Goes et al., 2015).

Numa investigação realizada por Neto (2016), em que estudou o nível de literacia em saúde da grávida em contexto nacional, 36,9% tinham um nível problemático de literacia em saúde e 13,6% um nível inadequado.

Perante a importância da literacia em saúde materna tanto para a mulher grávida, como para a sua família, os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMO, têm o dever de informar e capacitar a mulher grávida. A capacitação permite criar oportunidades em que

a grávida se sinta mais competente, independente e autoconfiante, capaz de solucionar os seus problemas (Pereira, Fernandes, Tavares, & Fernandes, 2011).

É crucial, que o profissional de saúde, que acompanha a grávida durante o período pré-natal, tenha a capacidade para reconhecer as principais necessidades destas mulheres, para conseguir identificar diagnósticos de enfermagem e ao mesmo tempo delinear intervenções adequadas que vão de encontro às reais necessidades da grávida. É importante que o enfermeiro tenha a sensibilidade para perceber que, por detrás de qualquer pergunta, podem existir aspetos emocionais latentes. Os profissionais de saúde são um recurso muito importante nesta fase da vida de uma mulher (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011).

Em contrapartida, uma adequada literacia em saúde materna é essencial para uma gravidez e maternidade saudável e inclui a adoção de estilos e hábitos de vida equilibrados, nutrição adequada bem como a capacidade para identificar fatores de risco que possam trazer complicações no decurso da mesma (Kohan et al., 2007).

2ª Parte – Estudo Empírico

1. METODOLOGIA

Neste capítulo é descrita a metodologia do trabalho de investigação e feita referência ao tipo de estudo, contextualização temporal e espacial e objetivos do mesmo. De seguida são apresentados os participantes, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos inerentes à colheita dos dados, tratamento dos mesmos e considerações éticas subjacentes à investigação.

1.1. Métodos

O pré-natal é uma fase de preparação física e psicológica, 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. 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. (Canavarro, 2006).

Tal como defendem 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 e família para decisões saudáveis e assim melhorar a qualidade dos cuidados de saúde pré e pós-natal.

Percebendo a importância de aumentar o empoderamento em saúde e a qualidade de vida na gravidez para melhorar a saúde da mãe e da criança e devido à escassez de estudos existentes neste campo em Portugal, surge a seguinte problemática:

A literacia em saúde da grávida terá influência no seu empoderamento?

De forma a dar resposta a esta problemática, identificámos alguns fatores que poderão influenciar o empoderamento da mulher grávida, nomeadamente fatores sociodemográficos e fatores obstétricos.

Deste modo, apresentamos as seguintes questões de investigação às quais pretendemos dar resposta:

Questão 1 – Que variáveis sociodemográficas influenciam no empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez?

Questão 2 – Que relação existe entre as variáveis de contexto obstétrico (gravidez anterior, existência de filhos, gravidez planeada, idade gestacional, frequência no curso de preparação para o parto) e o empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez?

Questão 3 – Qual a influência da literacia no empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez?

Partindo destas questões, delinearão-se como objetivos deste estudo:

1. Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam o empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez;
2. Analisar a relação entre as variáveis de contexto obstétrico e o empoderamento da grávida no último trimestre de gravidez;
3. Analisar a influência da literacia no empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez.

Foi desenvolvido um estudo quantitativo não-experimental, transversal, descritivo e correlacional. Seguiu-se uma metodologia de análise quantitativa de modo a garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação. O desenho do estudo enquadra-se num tipo de investigação não-experimental, uma vez que não se pretende a manipulação das variáveis em estudo, apenas se pretende perceber se existem relações entre os fenómenos. Trata-se de um estudo transversal, uma vez que a causa e o efeito ocorrem em simultâneo, 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 previsões, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Duarte, 2011).

Para uma compreensão clara da relação entre as variáveis, elaborou-se um esquema conceitual da investigação (Figura 1):

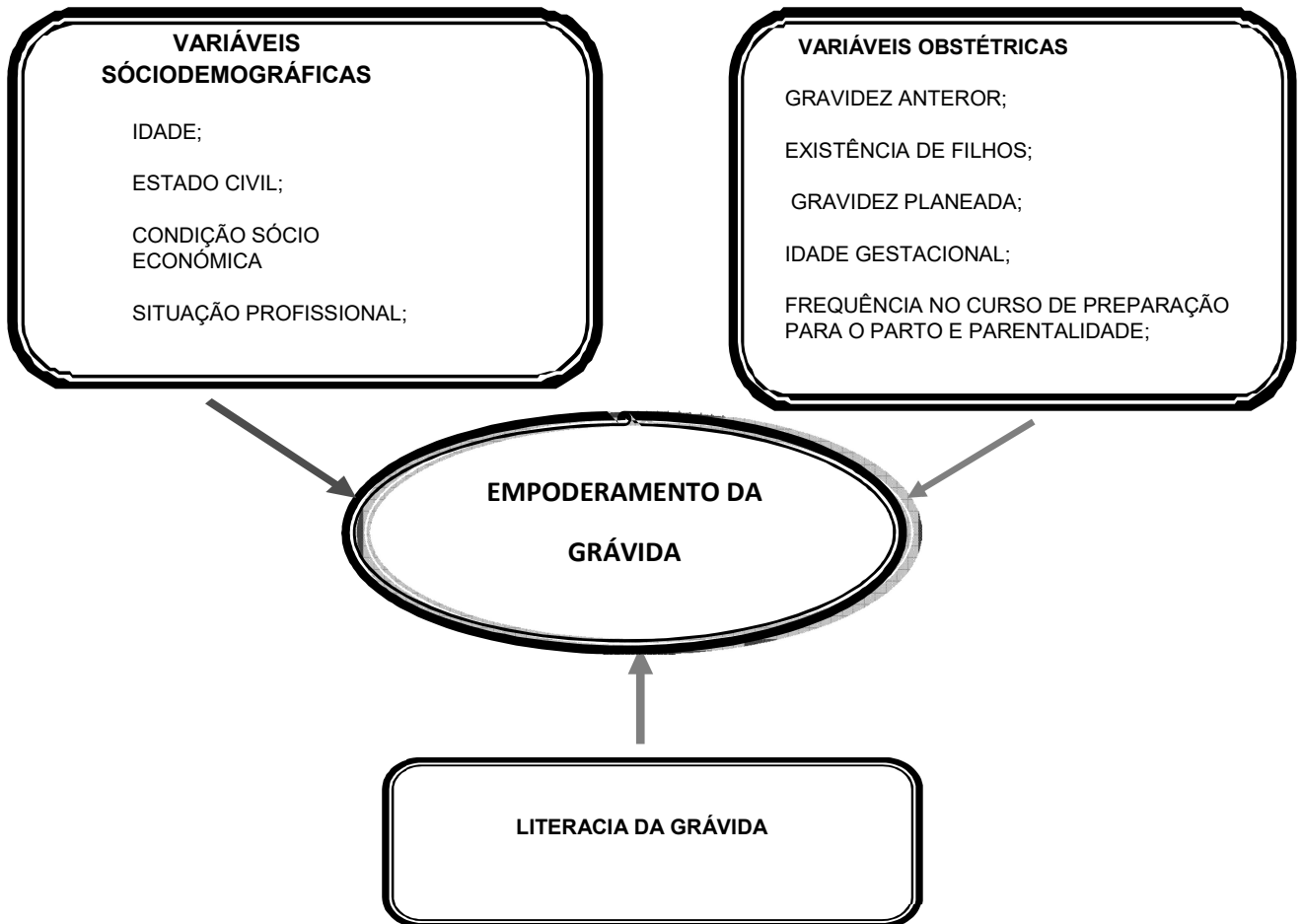


Figura 1 – Esquema Conceptual de base

1.2. Participantes

A amostra em estudo é do tipo não probabilística, intencional por conveniência, constituída por grávidas do 3º trimestre (que tenham 28 ou mais semanas de gestação), e que frequentaram a consulta de vigilância de gravidez, aulas de preparação para o parto, no período compreendido entre Janeiro e Junho de 2018 no Agrupamento dos Centros de Saúde Dão Lafões e Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E e entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019 no Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E, responderam ao protocolo de investigação, 275 grávidas mas, foram considerados inválidos 11 questionários por não se encontrarem totalmente preenchidos ou as participantes apresentarem idade inferior a 28 semanas. A amostra final ficou, assim, constituída por 264 grávidas.

1.2.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Das 264 grávidas, 244 grávidas eram portuguesas 92,4% e 20 estrangeiras 7,6% com idades compreendidas entre os 17 e os 45 anos (média de $31,51 \pm 5,25$ anos). A maioria das grávidas possui idade inferior ou igual a 34 anos de idade (68,9%), e apenas 31,1% da amostra possui idade superior ou igual a 35 anos. Aferimos que 39,0% da amostra, possui formação superior, 38,6% têm o 12º ano ou formação equivalente e 22,3% formação básica. Quanto ao estado civil 81,8% são casadas ou vivem em união de facto e 18,2 % das grávidas são solteiras ou divorciadas. Em relação à área de residência, 62,5% das grávidas vivem no meio urbano e as restantes 37,5% vivem no meio rural.

No que respeita à profissão atual, e tendo em conta os grupos de Classificação Portuguesa das profissões (IEFP, 2010), salientamos que a maioria das grávidas se enquadra no grupo 3 “Técnicos e profissões de nível intermédio” com uma percentagem de 53,4%. Já relativamente à situação profissional, 87,1% da amostra encontra-se empregado, e 12,9% das grávidas não tem ocupação profissional na atualidade.

Quanto ao rendimento mensal familiar, apuramos que 42,8% das grávidas possui um rendimento familiar situado entre os 501 e os 1000 euros mensais; 36,4% das grávidas um rendimento familiar entre os 1001 e 1500 euros mensalmente, uma percentagem de 12,5% um rendimento mensal familiar igual ou superior a 1501 euros e 8,3% das grávidas um rendimento mensal familiar inferior ou igual a 500 euros (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra

Grávidas	Total	
	N	%
Nacionalidade		
Portuguesa	244	92,4
Estrangeira	20	7,6
Idade		
≤ 34 Anos	182	68,9
≤ 35 Anos	82	31,1
Estado Civil		
Solteiro/divorciado	48	18,2
União de Facto/Casado	216	81,8
Local de Residência		
Aldeia	99	37,5
Vila	70	26,5
Cidade	95	36,0
Habilitações Literárias		
Até ao 3º ciclo	59	22,3
Secundário	102	38,6
Superior	103	39,0
Situação Profissional		
Empregado	230	87,1
Desempregado	34	12,9
Rendimento Mensal		
≤ 500€	22	8,3
501€ - 1000€	113	42,8
1001€ - 1500€	96	36,4
≥ 1501€	33	12,5

1.3. Instrumento de colheita de dados

Como método para recolha de dados foi utilizado o questionário autoadministrado, ou seja, preenchido pelos próprios participantes, tendo em conta as características dos elementos da amostra e também devido às vantagens que estes instrumentos oferecem, nomeadamente, a economia do tempo e recursos.

Este instrumento de colheita de dados (**Apêndice I**) encontra-se dividido em quatro partes. Numa primeira parte são obtidos dados sociodemográficos, através de 10 questões abertas e fechadas relacionadas com: idade, nacionalidade, estado civil, local de residência, habilitações literárias, profissão, situação profissional atual, rendimento mensal do agregado familiar, religião e acesso à internet.

A segunda parte, comporta questões contextuais à gravidez, quer os dados relativos à história obstétrica de gravidezes anteriores (número de gravidezes anteriores, número de filhos vivos e tipo de parto), quer os dados da gravidez atual: (gravidez planeada, desejada, número de consultas realizadas até à data de aplicação do questionário, início da vigilância da gravidez, idade gestacional, o(s) local(ais) de vigilância da gravidez, os problemas de saúde prévios à gestação e durante a mesma, toma de medicamentos na gravidez, entrega do boletim de saúde da grávida, presença do enfermeiro nas consultas e a intenção de frequentar ou a frequência de curso de preparação para o parto/parentalidade).

Na terceira parte do instrumento surge o questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT), adaptado em Portugal para grávidas por Ferreira et al. (2017) num estudo de Neto (2016), sendo usado e validado para uma amostra de 404 grávidas.

Por último, na quarta parte, segue a escala de empoderamento da grávida, originalmente criada e validada para a população japonesa, existindo uma versão em inglês. Foi adaptada para o contexto português por Ferreira et. al (2012) num estudo desenvolvido por Santos (2012) tendo sido aferida e validada com uma amostra de 195 grávidas do terceiro trimestre.

1.3.1. Estudo de Consistência Interna o Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT) para a presente amostra

Em 2009 um grupo de peritos europeus, coordenados pela Universidade de Maastricht, reuniu-se e deu origem ao consórcio *Health Literacy Survey – EU*, que tinha como propósito o desenvolvimento, validação e aplicação, nos diferentes países europeus, de um instrumento que visava aferir os níveis de Literacia em Saúde da população: O *Questionário Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU)*. A finalidade deste projeto foi avaliar os níveis de literacia em saúde das populações. Na primeira fase integraram este projeto os seguintes países: Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Alemanha, Bulgária, Polónia e Áustria e mais tarde Portugal. A Escola Nacional de Saúde Pública realizou em 2014 a validação transcultural do instrumento HLS-EU com o objetivo de obter um instrumento o mais equivalente possível ao original tendo-o submetido a uma adaptação cultural e validação através do método tradução-retroversão, seguindo-se a realização de um pré- teste, com 251 indivíduos, para avaliar a adequação e compreensão dos itens da versão traduzida, resultando na versão final do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (Escola Nacional de saúde pública, 2014), posteriormente submetido a testes de validação.

A avaliação da fidelidade interna do HLSEU-PT, baseada no coeficiente de alfa de Cronbach, apresentou valores globais de 0,96, traduzindo uma consistência interna muito boa. As três dimensões da mesma escala comportam-se igualmente com elevados níveis de fidelidade: cuidados de saúde $\alpha = 0,90$; prevenção da doença $\alpha = 0,90$; promoção da saúde $\alpha = 0,91$ (Pedro et al., 2016).

De igual forma, num estudo realizado por Ferreira, Neto e Duarte (2017), o HLS-EU-PT usado e validado numa amostra de 404 gestantes, foi obtido para a escala global um valor de alfa igual a 0,961 revelando uma consistência interna muito boa da escala. Para os diferentes domínios, os valores de alfa de Cronbach oscilaram entre 0,89 e 0,91, traduzindo uma consistência interna boa para o domínio *Prevenção da doença* e muito boa para os restantes (Neto, 2016).

O HLS-EU-PT é um instrumento composto por 47 questões que inclui três domínios importantes na área da saúde – cuidados de saúde: 16 questões, prevenção da doença: 15 questões e promoção da saúde: 16 questões. A escala varia entre 1 e 4 valores (1 – Muito Difícil, 2 – Difícil, 3 – Fácil e 4 – Muito Fácil), na qual a pessoa diz o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde.

Seguindo a metodologia utilizada no Inquérito Europeu, formulam-se quatro níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e utilização, essenciais à tomada de decisão.

Para garantir o cálculo correto dos índices e assegurar a comparação entre eles, os quatro índices foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0 e 50, na qual o 0 é o mínimo possível de literacia em saúde e o 50 o máximo possível de literacia em saúde. Para a realização dos cálculos dos índices utiliza-se a seguinte fórmula: Índice = $(\text{média}-1) \times (50:3)$. Em que: índice – é o índice específico calculado; Média – é a média de todos os itens para cada indivíduo; 1 – é o valor mínimo possível da média; 3 – é a gama da média e 50 – é o valor máximo possível. Para os quatro níveis foram identificados os seguintes pontos de corte: Scores ≤ 25 pontos = Literacia em Saúde Inadequada; Scores 25-33 pontos = Literacia em Saúde Problemática; Scores = 33-42 = Literacia em Saúde Suficiente e Scores $> 42-50$ = Literacia em Saúde Excelente (Pedro et al., 2016).

Reportando ao nosso estudo, e tendo em conta que para o mesmo se utilizou um instrumento já aferido e validado para grávidas, não se efetuou uma abordagem estatística mantendo-se a estrutura fatorial dos autores que a validaram, estudando-se apenas algumas das propriedades psicométricas nomeadamente os estudos de fiabilidade.

No quadro 2, apresentamos as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, facilitando a visualização das suas combinações. Atendendo à sua análise, verifica-se que os valores de alfa de Cronbach variam entre 0,967 e 0,968 indicando uma consistência interna muito boa. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item 37 foi o que apresentou menos estabilidade ($r=0,361$). A correlação máxima situa-se no item 27 ($r=0,773$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados.

Quadro 2 – Consistência interna do Questionário Europeu de Literacia em Saúde Portugal (HLS-EU-PT)

N.º Item	Itens	Média	Dp	Correlação item/ total	α sem item
1	Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam?	2,89	0,745	0,575	0,967
2	Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	2,78	0,794	0,599	0,967
3	Saber o que fazer em caso de emergência médica?	2,86	0,756	0,629	0,967
4	Saber onde encontra ajuda profissional quando está doente?	3,29	0,568	0,508	0,968
5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	3,22	0,564	0,634	0,967
6	Compreender o folheto que vem com o medicamento?	2,98	0,600	0,630	0,967
7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	2,80	0,777	0,585	0,967
8	Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	3,22	0,564	0,616	0,967
9	Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?	2,91	0,765	0,590	0,967
10	Avaliar as vantagens das diferentes opções de tratamento?	2,67	0,893	0,645	0,967
11	Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?	2,77	0,868	0,633	0,967
12	Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?	2,52	0,922	0,557	0,967
13	Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?	2,88	0,810	0,632	0,967
14	Seguir as instruções de tratamento?	3,22	0,536	0,592	0,967
15	Chamar uma ambulância em caso de emergência?	3,42	0,524	0,387	0,968
16	Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	3,29	0,519	0,540	0,968
17	Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,19	0,691	0,561	0,967

18	Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou depressão?	2,67	1,056	0,646	0,967
19	Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?	2,94	0,773	0,656	0,967
20	Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?	3,00	0,750	0,677	0,967
21	Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,19	0,577	0,683	0,967
22	Compreender porque precisa de vacinas?	3,27	0,605	0,653	0,967
23	Compreender porque precisa de fazer exames médicos?	3,34	0,523	0,606	0,967
24	Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	3,01	0,777	0,665	0,967
25	Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um Check-up ou um exame geral de saúde?	2,92	0,800	0,742	0,967
26	Avaliar quais as vacinas de que necessita?	2,68	0,915	0,760	0,967
27	Avaliar os exames médicos que precisa fazer?	2,66	0,932	0,773	0,967
28	Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	2,66	0,842	0,586	0,967
29	Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?	2,67	1,032	0,528	0,968
30	Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?	2,74	0,813	0,478	0,968
31	Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?	2,61	0,864	0,627	0,967
32	Encontrar informação sobre a atividades saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e nutrição?	3,20	0,623	0,614	0,967
33	Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem-estar mental?	2,97	0,826	0,683	0,967
34	Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?	2,54	1,056	0,629	0,967
35	Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?	2,29	1,190	0,684	0,967
36	Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?	2,39	1,158	0,679	0,967
37	Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?	3,06	0,628	0,361	0,968
38	Compreender a informação nas embalagens de alimentos?	2,76	0,883	0,571	0,967
39	Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?	2,85	0,789	0,675	0,967

40	Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?	2,79	0,921	0,736	0,967
41	Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?	2,68	1,097	0,673	0,967
42	Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?	2,80	1,070	0,668	0,967
43	Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	2,94	0,881	0,726	0,967
44	Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?	2,95	0,761	0,638	0,967
45	Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?	2,81	0,896	0,644	0,967
46	Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?	2,75	0,830	0,645	0,967
47	Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?	2,78	0,854	0,669	0,967

De modo a confirmar a validade da distribuição dos itens pelos domínios do questionário, apresenta-se no quadro 3 as correlações de Pearson item-domínios. Constata-se, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), que todos os itens apresentam valores de correlação superiores no domínio à qual pertencem. Apenas no item 32 se verifica uma correlação ligeiramente superior no domínio “Prevenção da doença” optando-se, contudo, por mantê-lo no domínio “Promoção da saúde”, tal como os autores da escala defenderam na sua análise fatorial.

Quadro 3 - Correlações item-domínio do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT): validade convergente/discriminante

N.º Item	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde
1	0,656*	0,512*	0,513*
2	0,681*	0,560*	0,516*
3	0,715*	0,599*	0,524*
4	0,574*	0,485*	0,431*
5	0,709*	0,612*	0,519*
6	0,709*	0,556*	0,556*
7	0,672*	0,544*	0,502*
8	0,688*	0,601*	0,502*
9	0,672*	0,574*	0,487*
10	0,730*	0,585*	0,569*
11	0,705*	0,640*	0,513*
12	0,643*	0,568*	0,450*
13	0,688*	0,679*	0,489*
14	0,641*	0,590*	0,488*

15	0,458*	0,365*	0,330*
16	0,639*	0,546*	0,405*
17	0,554*	0,632*	0,456*
18	0,582*	0,739*	0,561*
19	0,608*	0,703*	0,580*
20	0,632*	0,723*	0,591*
21	0,636*	0,687*	0,623*
22	0,641*	0,675*	0,563*
23	0,610*	0,639*	0,503*
24	0,581*	0,705*	0,618*
25	0,681*	0,798*	0,644*
26	0,663*	0,823*	0,682*
27	0,691*	0,833*	0,685*
28	0,550*	0,650*	0,510*
29	0,527*	0,591*	0,457*
30	0,466*	0,553*	0,402*
31	0,552*	0,683*	0,575*
32	0,573*	0,593*	0,588*
33	0,562*	0,648*	0,720*
34	0,504*	0,614*	0,680*
35	0,543*	0,595*	0,796*
36	0,541*	0,613*	0,770*
37	0,348*	0,358*	0,362*
38	0,501*	0,507*	0,628*
39	0,572*	0,639*	0,700*
40	0,625*	0,709*	0,748*
41	0,540*	0,570*	0,788*
42	0,515*	0,553*	0,808*
43	0,584*	0,652*	0,798*
44	0,504*	0,576*	0,714*
45	0,529*	0,531*	0,752*
46	0,520*	0,545*	0,746*
47	0,535*	0,573*	0,770*

*p<0,05

Para finalizar o estudo psicométrico do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT), procedeu-se à verificação da sua fiabilidade, no que respeita à sua consistência interna, através do cálculo do alfa de Cronbach e correlações de Pearson entre cada domínio e o valor global.

Através da matriz de correlação de Pearson entre os domínios e o valor global (cf. Quadro 4), verifica-se que os domínios definidos se encontram positiva e significativamente correlacionadas entre si, variando entre $r=0,738$ (cuidados de saúde vs promoção da saúde) e $r=0,853$ (cuidados de saúde vs prevenção da doença). Deste modo, o aumento ou diminuição das ponderações de cada um dos domínios traduz-se no aumento ou diminuição das ponderações dos outros domínios.

Pela mesma tabela, analisando as correlações entre os diferentes domínios e o valor global do HLS-EU-PT, extrai-se que são todas positivas e superiores a 0,9, oscilando entre $r=0,912$ para “Cuidados de saúde” e $r=0,948$ para “Prevenção da doença”, com percentagens de variância explicada acima de 81,0%. Assim sendo, o aumento ou diminuição da ponderação de cada um dos domínios conduz ao aumento ou diminuição da ponderação do valor global.

Os testes de correlação realizados demonstram que todos os domínios do questionário se correlacionam entre si de forma estatisticamente significativa ($p<0,01$), bem como com o valor global.

Quadro 4 – Matriz de correlação de Pearson entre os domínios do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)

Domínios	Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde	Valor Global
Cuidados de saúde	----	0,853*	0,738*	0,912*
Prevenção da doença	0,853*	----	0,807*	0,948*
Promoção da saúde	0,738*	0,807*	----	0,929*

* $p<0,01$

Pela observação do Quadro 5 constata-se que os valores dos coeficientes alfa de Cronbach para os diferentes domínios oscilam entre 0,911 e 0,935, traduzindo uma consistência interna muito boa, de acordo com Marôco (2014). O mesmo se evidencia para a escala global dado o valor de alfa ser igual a 0,968, revelando uma consistência interna muito boa da escala como um todo.

Relativamente aos valores do coeficiente de bipartição (split-half), para a escala global encontra-se semelhança entre os mesmos (primeira metade $\alpha=0,941$ e segunda metade $\alpha=0,948$), indicando que ambas têm muito boa consistência na medição do constructo da

literacia em saúde. Também nos diferentes domínios o coeficiente de bipartição (split-half) apresenta valores superiores ou iguais a 0,847, traduzindo uma consistência interna boa e revelando concordância entre as duas metades.

Quadro 5 – Consistência interna nos domínios e no global do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT)

Domínios	Coeficiente split-half		Coeficiente α de Cronbach global
	Primeira metade	Segunda metade	
Cuidados de saúde	0,875	0,847	0,911
Prevenção da doença	0,879	0,872	0,920
Promoção da saúde	0,851	0,918	0,935
Global	0,941	0,948	0,968

1.3.2 Estudo Psicométrico da Escala do Empoderamento da Grávida

Tendo como objetivo a avaliação do nível de empoderamento nas grávidas no terceiro trimestre da gravidez, utilizamos a escala do empoderamento da grávida desenvolvida por Kameda e Shimada (2008), a qual é constituída por 27 itens agrupados em cinco dimensões: autoeficácia, imagem futura, autoestima, apoio e garantias de outros e alegria de uma adição à família.

Segundo as autoras, a definição operacional das dimensões ou subescalas definidas para avaliar o empoderamento da grávida são as seguintes:

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

- Imagem Futura: refere-se à criação de imagens e objetivos relativos à gravidez, parto e o facto de tornar-se mãe. O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos itens 7 a 12 da escala;

- Autoestima: diz respeito à aceitação e aprovação individual do facto de estar grávida e ser mãe. Obtemos o índice deste fator pela soma dos itens 13 a 19 da escala;

- Apoio e garantias dos outros: mede a aceitação, o respeito, o apoio e cooperação pelas pessoas mais significativas para a grávida. O índice relativo a este fator é calculado através da soma 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 a esperança pelo futuro. O índice relativo a este fator obtém-se através do somatório dos itens 24 a 27 da escala.

Após a criação da escala, esta foi validada pelas autoras para a população japonesa, existindo uma versão em inglês, sendo mais tarde adaptada para o contexto português por Ferreira, Duarte e Barroca (2013), bem como aferida e validada para uma amostra de 195 grávidas do terceiro trimestre. Esta tradução foi revista, a fim de serem detetadas eventuais discordâncias entre a versão original e a traduzida e, em seguida, realizaram uma retroversão para o inglês, não tendo sofrido modificações significativas (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

Procurando analisar a fidelidade interna da escala, baseada no coeficiente de alfa de Cronbach, apresentou valores globais de 0,870, coerente com uma boa consistência interna. Os coeficientes das cinco dimensões da escala oscilaram entre 0,495 e 0,870: Autoestima

$\alpha=0,778$; Autoeficácia $\alpha=0,718$; Apoio e garantias de outros $\alpha=0,870$; Alegria de uma adição à família $\alpha=0,736$ e Imagem futura $\alpha=0,495$ (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

Seguindo a estrutura fatorial dos autores que a validaram, à dimensão Autoestima correspondem os itens 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17 e 19, à dimensão Autoeficácia os itens 1, 2, 3, 4, 5, 12 e 18; à dimensão designada por Apoio e garantias de outros dizem respeito os itens 20, 21, 22, e 23; à dimensão Alegria de uma adição à família correspondem os itens 24, 25, 26 e 27; à dimensão Imagem futura os itens 6, 7 e 11 (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

Cada um dos itens é mensurado numa escala tipo Likert de 4 pontos, que atende ao seguinte critério: 1 – Discordo completamente, 2 – Discordo; 3 – Concordo e 4 – Concordo completamente. São cotados da esquerda para a direita, com exceção dos itens invertidos: 7, 11, 13 e 15.

O índice relativo a cada dimensão é calculado pelo somatório do valor dos itens que lhe correspondem. Do somatório dos valores de todos os itens resulta o índice do empoderamento da grávida assumindo-se que quanto mais elevados os índices em cada dimensão e na escala global, melhor o empoderamento da grávida (Ferreira et al., 2013; Santos, 2012).

Tendo em conta que não são apresentados grupos de corte, estes foram tidos em consideração para o empoderamento global tendo por base a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2014): (Média \pm 0.25 dp). Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adotada a seguinte classificação: Baixo empoderamento - Score \leq 76; Empoderamento intermédio – Score entre 77 e 84; Empoderamento elevado – Score \geq 85.

Para o presente estudo, após devidas autorizações, utilizamos a escala do empoderamento da grávida aferida e validada por Santos (2012) e, por esse motivo, não efectuamos uma abordagem estatística da mesma mantendo-se a estrutura fatorial da autora que a validou, estudando-se apenas algumas das propriedades psicométricas.

Deste modo, apresentamos no quadro 6, as estatísticas (médias e desvios-padrão) e as correlações obtidas entre cada um dos itens e o valor global para facilitar a visualização das suas combinações.

Analisando os coeficientes de correlação item-escala, verificamos que o item 1 “Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha” é o que menos se correlaciona com valor global da escala ($r=0,305$) ao passo que o item 19

“Consigo viver com uma atitude positiva” apresenta a maior associação com escalão índice ($r=0.696$).

Atendendo aos valores de *alpha* constatamos que variam entre 0,894 e 0,902, atestando boa consistência interna da escala de empoderamento da grávida.

Quanto ao coeficiente de bipartição (split-half), verificamos a obtenção de valores semelhantes entre a primeira e a segunda metade ($\alpha=0,837$ na primeira e $\alpha=0,861$ na segunda metade) pelo que se considera uma boa consistência de ambas as metades da escala na medição do constructo do empoderamento da grávida.

Quadro 6 – Consistência interna da escala do empoderamento da grávida

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação item-total	α sem item
1	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	2,41	,75931	,305	,902
2	Consigo lidar com o que me preocupa.	2,71	,67582	,520	,897
3	Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.	2,93	,57061	,542	,897
4	Consigo determinar quando necessito ir ao médico.	3,03	,60043	,562	,896
5	Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.	2,59	,71230	,451	,899
6	Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.	3,11	,52696	,525	,897
7	Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.	3,64	,56114	,422	,899
8	Sinto a realidade de que vou ser mãe.	3,26	,65538	,504	,897
9	Tenho a minha imagem ideal do parto.	2,28	,82659	,377	,901
10	Imagino como será o meu parto.	2,47	,74938	,464	,898
11	Não consigo imaginar um aumento da minha família.	3,50	,70306	,405	,899
12	Imagino como será a minha gravidez.	2,89	,63793	,566	,896
13	Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	3,09	,78923	,374	,901
14	Consigo ter um parto como as outras pessoas	2,91	,74158	,576	,896
15	Não estou confiante com o facto de estar grávida.	3,42	,67684	,519	,897

16	Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	3,14	,56881	,666	,895
17	Estou satisfeita com a minha vida.	3,34	,57061	,589	,896
18	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	2,47	,74460	,312	,902
19	Consigo viver com uma atitude positiva.	3,13	,55022	,696	,894
20	A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.	3,28	,54352	,582	,896
21	A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	3,27	,55962	,489	,898
22	Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	3,25	,54284	,565	,897
23	Posso pedir ajuda sempre que necessito.	3,30	,54374	,556	,897
24	Estou ansiosa com a vida após o parto.	3,15	,73980	,361	,901
25	Gostaria de desfrutar da minha gravidez.	3,29	,59184	,367	,900
26	Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.	3,65	,53130	,538	,897
27	Estou entusiasmada com a perspectiva do parto.	3,02	,72674	,424	,899
Coefficiente Split-half		Primeira metade		0,837	
		Segunda metade		0,861	
Coefficiente alfa de Cronbach global		0,908			

Prosseguindo o estudo psicométrico verificando os parâmetros de validade e de precisão das dimensões da escala do empoderamento da grávida.

Analisando o quadro 7, na dimensão *Autoestima* os valores de alfa de Cronbach ultrapassam os 0,7 oscilando entre 0,739 e 0,804, com o valor de alfa da dimensão igual a 0,804 condizente com uma boa consistência interna da subescala, conforme Pestana e Gageiro (2014). O item que melhor se correlaciona é o 16 ($r=0,657$) sendo o menos relacionado o item 9 ($r=0,278$).

Na dimensão *Autoeficácia* constatamos, pela análise do mesmo quadro, que o item 2 é o que se encontra mais relacionado com a subescala ($r=0,605$) e o item 12 ($r=0,450$) o menos relacionado. Atendendo aos valores de alfa de Cronbach verificamos que variam entre 0,752 e

0,781, sendo de 0,796 para a subescala, pelo que esta dimensão apresenta uma consistência interna razoável de acordo com Pestana e Gageiro (2014).

Quanto à dimensão *Apoio e garantias de outros*, os valores de alfa de Cronbach são superiores a 0,8 oscilando entre 0,861 e 0,880. O valor correspondente à subescala é de 0,899, coerente com uma boa consistência interna. Todos os itens apresentam uma associação alta com a dimensão, sendo o menor valor correlacional no item 21 ($r=0,746$) e o maior no item 22 ($r=0,800$) (cf. Quadro 7).

De acordo com o quadro 7, para a dimensão *Alegria de uma adição à família* apuramos valores de alfa entre 0,648 e 0,698, sendo o valor global da subescala de 0,745 traduzindo uma consistência interna razoável da dimensão. O item melhor correlacionado é o 24 ($r=0,585$) e o menor é o item 26 ($r=0,507$).

Por último, pela análise do mesmo quadro, na dimensão *Imagem futura* evidencia-se que o item 6 ($r=0,598$) é o que melhor se correlaciona com a subescala e o item 11 ($r=0,342$) o menos relacionado. Os valores de alfa de Cronbach oscilam entre 0,395 e 0,709, sendo o valor global de 0,661 condizente com uma consistência interna fraca nesta dimensão.

Os valores de correlação item-dimensão são todos positivos o que significa que quanto maior a ponderação de cada item melhor o empoderamento da grávida em cada uma das suas dimensões (Quadro 7).

Quadro 7 – Correlações itens-dimensões da escala

Nº do item	Itens	Correlação item-total	α sem item
	Autoestima		
8	Sinto a realidade de que vou ser mãe.	.501	.759
9	Tenho a minha imagem ideal do parto.	.278	.804
13	Acho que a minha força para enfrentar o parto é menor do que a de outras pessoas.	.431	.773
14	Consigo ter um parto como as outras pessoas.	.527	.755
15	Não estou confiante com o facto de estar grávida.	.494	.761
16	Tenho confiança na gestão que faço da minha gravidez.	.657	.739

17	Estou satisfeita com a minha vida.	.529	.757
19	Consigo viver com uma atitude positiva.	.655	.741
Alfa de Cronbach			0,804
Autoeficácia			
1	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	.553	.762
2	Consigo lidar com o que me preocupa.	.605	.752
3	Consigo fazer o que necessito durante a gravidez.	.514	.771
4	Consigo determinar quando necessito ir ao médico.	.484	.775
5	Consigo sempre obter informações a considerar para o plano de parto.	.546	.763
12	Imagino como será a minha gravidez.	.450	.781
18	Quando não sei o que fazer, consigo pesquisar e resolver o problema sozinha.	.522	.769
Alfa de Cronbach			0,796
Apoio e garantias de outros			
20	A minha família e amigos aceitam a minha maneira de ser.	.761	.875
21	A minha família e os meus amigos compreendem a minha situação atual dizendo "Podes ser como és" e apoiam-me.	.746	.880
22	Posso consultar e pedir ajuda a outras pessoas para alcançar os meus objetivos.	.800	.861
23	Posso pedir ajuda sempre que necessito.	.793	.863
Alfa de Cronbach			0,899
Alegria de uma adição à família			
24	Estou ansiosa com a vida após o parto.	.585	.648
25	Gostaria de desfrutar da minha gravidez.	.553	.670
26	Sinto carinho pelo meu bebé que vai nascer.	.507	.698
27	Estou entusiasmada com a perspetiva do parto.	.510	.696
Alfa de Cronbach			0,745

	Imagem futura		
6	Consigo obter as informações de que necessito dos profissionais de saúde.	.598	.395
7	Não me consigo imaginar a criar os meus filhos.	.503	.530
11	Não consigo imaginar um aumento da minha família.	.342	.709
Alfa de Cronbach			0,661

De modo a confirmar a validade da distribuição dos itens pelas dimensões da escala, apresentamos no (Quadro 8) as correlações de Pearson item-dimensões. Atendendo à sua análise, constatamos que todos os itens apresentam valores de correlação superiores na dimensão à qual pertence, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Quadro 8 – Correlações item-dimensão da escala do empoderamento da grávida: validade convergente/discriminante

Itens	Autoestima	Autoeficácia	Apoio e garantias de outros	Alegria de uma adição à família	Imagem futura
8	,637*	,429*	,183*	,254*	,388*
9	,493*	,398*	,158*	,191*	,055
13	,609*	,268*	,240*	,043	,385*
14	,674*	,461*	,414*	,248*	,284*
15	,635*	,366*	,315*	,216*	,599*
16	,746*	,573*	,387*	,325*	,395*
17	,643*	,282*	,549*	,481*	,477*
19	,741*	,529*	,505*	,397*	,420*
1	,278*	,708*	,027	,063	-,026
2	,506*	,732*	,247*	,150**	,233*
3	,574*	,641*	,191*	,228*	,310*
4	,511*	,623*	,281*	,292*	,415*

5	,390*	,694*	,099	,205*	,254*
12	,536*	,604*	,267*	,305*	,342*
18	,277*	,682*	,001	,145**	,008
20	,501*	,215*	,867*	,476*	,475*
21	,432*	,102	,861*	,408*	,402*
22	,432*	,238*	,890*	,498*	,417*
23	,442*	,232*	,887*	,470*	,414*
24	,227*	,181*	,382*	,806*	,174*
25	,245*	,145**	,428*	,745*	,214*
26	,472*	,289*	,404*	,694*	,426*
27	,294*	,256*	,389*	,758*	,187*
6	,458*	,422*	,372*	,277*	,654*
7	,461*	,151**	,362*	,225*	,825*
11	,411*	,169*	,396*	,238*	,830*

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

De acordo com a matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala e o valor global extraímos que as correlações entre os domínios definidos são estatisticamente significativas ($p<0,01$), variando entre $r=0,224$ (*Autoeficácia vs Apoio e garantias de outros*) e $r=0,637$ (*Autoestima vs Autoeficácia*). Pelo que, um aumento ou diminuição das ponderações de cada uma das subescalas se traduz no aumento ou correspondente diminuição das ponderações das outras subescalas (cf. Quadro 9).

Pela leitura do mesmo quadro, constatamos que as correlações entre as diferentes dimensões e o valor global da escala do empoderamento da grávida são todas positivas e estatisticamente significativa ($p<0,01$), oscilando entre $r=0,635$ para a dimensão *Apoio e garantias de outros* com uma percentagem de variância explicada de 40.3% e $r=0,896$ para a dimensão *Autoestima* cuja percentagem de variância explicada é superior a 80.0%. Do mesmo modo, podemos afirmar que o aumento ou diminuição da ponderação de cada uma

das subescalas conduz a um aumento ou correspondente diminuição da ponderação do valor global da escala.

Quadro 9 – Matriz de correlação de Pearson entre as dimensões da escala

Dimensões	Autoestima	Autoeficácia	Apoio e garantias de outros	Alegria de uma adição à família	Imagem futura
Autoestima	----	,637*	,516*	,398*	,567*
Autoeficácia	,637*	----	,224*	,286*	,307*
Apoio e garantias de outros	,516*	,224*	----	,528*	,487*
Alegria de uma adição à família	,398*	,286*	,528*	----	,316*
Imagem futura	,567*	,307*	,487*	,316*	----
Valor Global	,896*	,757*	,683*	,635*	,656*

*p<0,01

1.3.3 Critérios de operacionalização das variáveis Sociodemográficas e contextuais à gravidez

A operacionalização das variáveis, segundo o Quadro 10, apoia-se em definições conceptuais específicas, numa teoria ou são estabelecidos pelo investigador no decurso do processo de clarificação dos conceitos. Neste âmbito operacionalizar um conceito significa defini-lo de modo a que este possa ser observado e medido, ou seja, especificar quais as actividades ou operações necessárias para o medir (Fortin, 2009).

Tendo em conta o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2012) que afirma que estes se situam antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade, como meio de operacionalização desta variável distribuimos os elementos da amostra em dois grupos: grávidas com idade ≤ 34 anos e idade ≥ 35 anos.

A nacionalidade foi avaliada por uma questão aberta. Dividimos a nossa amostra em condição portuguesa e estrangeira. O estado civil foi trabalhado consoante a ausência ou presença de companheiro. Visto não se incluírem na amostra grávidas viúvas definimos os grupos: solteiros/divorciada e casada/união de facto. O local de residência foi operacionalizado com uma resposta fechada com duas opções: rural ou urbano. Na recodificação rural incluímos as grávidas a residir em aldeias e no urbano as residentes em vilas ou cidades.

As habilitações literárias foram recodificadas em três grupos: inferior ou igual ao 3ºciclo, o ensino secundário que inclui os cursos técnico-profissionais e o ensino superior que inclui o bacharelato, a licenciatura, o mestrado e o doutoramento.

Dada a diversidade de profissões consignadas na Classificação Portuguesa das Profissões (2010) da responsabilidade do Instituto Nacional de Estatística (Portugal Instituto Nacional de Estatística [Portugal, INE], 2011), sentimos necessidade de reagrupar as mesmas, constituindo-se para tal três grupos que designamos por profissões intelectuais, profissões técnicas e profissões indiferenciadas.

Nas profissões intelectuais incluímos os grupos 0 (profissões das forças armadas), 1 (representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos) e 2 (especialistas das actividades intelectuais e científicas) da Classificação Portuguesa das Profissões 2010.

Nas profissões técnicas abrangemos os grupos 3 (técnicos e profissões de nível intermédio), 4 (pessoal administrativo), 5 (pessoal dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores), 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta), 7 (trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice) e 8

(operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) da Classificação Portuguesa das Profissões 2010.

Para o grupo das profissões indiferenciadas consideramos as domésticas, as estudantes, as desempregadas e o grupo 9 (trabalhadores não qualificados) da Classificação Portuguesa das Profissões 2010.

A situação profissional foi avaliada com uma pergunta fechada com duas opções: empregada e desempregada. O rendimento mensal do agregado familiar considerado foi a soma dos salários do casal, ou só da mulher, nos casos em que esta vive sozinha. Os dados foram recolhidos por uma questão fechada com quatro grupos, tendo como base o salário mínimo nacional: ≤ 500 euros, 501 - 1000 euros, 1001 - 1500 euros e ≥ 1501 euros.

Relativamente à religião os dados foram recolhidos por uma questão aberta sendo posteriormente recodificados em Católica e Não católica. No que diz respeito à variável número de gravidezes anteriores, foi avaliada através de uma questão aberta e recodificada em três grupos 0 para as grávidas sem gestação anterior, 1 para as grávidas com histórico de uma gravidez anterior e ≥ 2 para as que referiram duas ou mais gestações anteriores. Na variável, número de filhos, avaliada por uma questão aberta e posteriormente recodificada em três grupos: 0, 1 e ≥ 2 filhos, não considerando a gravidez atual.

Na variável, tipo de parto, avaliada por uma questão fechada múltipla, recodificou-se em três categorias: sem parto anterior, eutócico e distócico. Esta última categoria integra a opção ventosa, fórceps, cesariana e todos os casos de mais de um parto anterior sendo um deles distócico.

No planeamento da gravidez, a recodificação da variável teve em consideração a existência ou ausência de planeamento da gravidez, sendo dividida em duas classes: Planeada e não planeada. A variável desejo da gravidez foi recodificada tendo em conta a manifestação de desejo da gestação atual, definindo-se os grupos Gravidez desejada e Não desejada.

A idade gestacional foi avaliada por uma questão aberta e recodificada em <37 semanas e ≥ 37 semanas, considerando a idade gestacional que define a gravidez de termo e pré-termo, conforme Mendes da Graça (2012).

Relativamente à variável vigilância da gravidez, foi operacionalizada em adequada e não adequada considerando-se os critérios e esquema de vigilância da gravidez estabelecidos pela DGS (Portugal, MS, DGS, 2015b) e já abordados na fundamentação

teórica. Assim, tendo em conta a idade gestacional mínima da nossa amostra definimos como vigilância adequada: ≥ 4 consultas e primeira consulta até às 12 semanas de gestação e vigilância não adequada: <4 consultas e primeira consulta antes ou após as 12 semanas de gestação e ≥ 4 consultas e primeira consulta após as 12 semanas de gestação

Quadro 10 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas, obstétricas e contextuais à gravidez

Variáveis sociodemográficas	Operacionalização
Idade	≤ 34 anos ≥ 35 anos
Nacionalidade	Portuguesa Estrangeira
Estado civil	Solteira/divorciada Casada/união de facto
Local de residência	Rural Urbano
Habilitações literárias	$\leq 3^{\circ}$ ciclo Ensino secundário Ensino superior
Profissão	Profissões intelectuais Profissões técnicas Profissões indiferenciadas
Situação profissional	Empregada Desempregada
Rendimento mensal do agregado familiar	$\leq 500\text{€}$ 501-1000€ 1001-1500€ $\geq 1501\text{€}$
Religião	Católica Não católica
Variáveis obstétricas e contextuais à Gravidez	Operacionalização
Nº de gravidezes anteriores	0 1 ≥ 2 gravidezes
Nº filhos vivos	0 1 ≥ 2 filhos
Tipo parto	Sem parto anterior Eutócico Distócico
Planeamento da gravidez	Planeada Não planeada
Desejo da gravidez	Desejada Não desejada
Idade gestacional	< 37 semanas ≥ 37 semanas
Vigilância de gravidez	Adequada Não adequada

1.4. Procedimentos na seleção da amostra e colheita de dados

O presente estudo foi desenvolvido no agrupamento de centros de saúde Dão Lafões, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E e no centro hospitalar baixo Vouga E.P.E. Foram enviados os pedidos de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados às devidas instâncias, aos quais foram recebidas as autorizações por escrito, via correio eletrónico (**Anexo I**).

No sentido de atuar de acordo com os princípios éticos que regem a nossa profissão, e de modo a salvaguardar a confidencialidade e anonimato das participantes, facultou-se um documento de consentimento livre e informado contendo o enquadramento e objetivos do estudo e indicando claramente a participação voluntária (**Apêndice II**).

A recolha e construção da base de dados foi efetuada em conjunto com outra estudante do curso de mestrado em enfermagem em saúde materna, obstetrícia e ginecologia. A referida recolha de dados teve, ainda, a colaboração voluntária de alguns enfermeiros das respetivas instituições onde o instrumento de recolha de dados foi aplicado. Antes do início deste processo foram realizadas reuniões no sentido de se uniformizarem procedimentos e se efetuarem alguns esclarecimentos adicionais.

Todos os questionários foram preenchidos pelas grávidas em contacto presencial ou posteriormente em casa, sendo nestes casos a sua entrega feita no contacto seguinte. Sempre que as grávidas manifestavam dificuldade na interpretação das perguntas, esta foi superada por um elemento da equipa.

1.5. Análise de dados

Recolhidos os dados, procedeu-se à depuração dos questionários por forma a eliminar os que se encontravam mal preenchidos ou incompletos a fim de evitar vieses nos resultados finais. Seguidamente recorreu-se ao software IBM SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 24.0 para o Windows, criando-se uma base de dados informatizada onde os mesmos foram editados.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, bem como para testar as hipóteses formuladas no estudo, utilizaram-se as seguintes medidas: frequências absolutas e percentuais; medidas de tendência central, como a média aritmética; e o desvio padrão como medida de dispersão ou variabilidade.

A estatística inferencial que se baseia nas leis da probabilidade, interessando-se assim pelos resultados obtidos numa amostra e inferindo-os para a população. Assim recorreremos aos testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e U Mann- Withney para estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as contextuais à gravidez e o empoderamento da grávida no terceiro trimestre.

A regressão linear múltipla com recurso ao método stepwise foi o método selecionado para determinar as relações entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e literacia com o empoderamento da grávida, dada as características dessas variáveis.

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

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

$p < 0,05$ – 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 efectuou-se com o recurso a quadros e tabelas, onde constam os dados mais relevantes. Uma vez que todos os dados foram obtidos através do instrumento de colheita de dados, dispensámos a identificação do local, data e fonte na apresentação dos mesmos.

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

2. Resultados

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

2.1. Análise descritiva

Neste subcapítulo, procedemos à análise descritiva dos resultados obtidos, fazendo uma descrição das características obstétricas das grávidas constituintes da amostra, uma vez que os dados biográficos foram abordados anteriormente na metodologia.

2.1.1 Caracterização obstétrica das grávidas

Na tabela 1 apresentam-se os dados relacionados com a caracterização da amostra quanto às variáveis de contexto obstétrico.

Para o número de gravidezes anteriores observamos, pelos dados da tabela 1, que 55,3% das participantes nunca esteve grávida anteriormente. Em relação ao número de filhos concluiu-se que 63,3% da amostra não tem filhos, 29,2% tem um filho, sendo que as restantes 7,6% têm dois ou mais filhos.

Em relação à gravidez atual, 71,2 % das grávidas apresentam idade gestacional inferior a 37 semanas. Aferimos que em 77,3% a gravidez foi planeada, ao contrário das restantes 22,7% que não efectuaram planeamento da gravidez. A totalidade das grávidas (100%), afirma vigiar a gravidez.

Das participantes em estudo, 71,2% frequenta ou tem intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e para a parentalidade.

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto às variáveis obstétricas

Variáveis	N	%
Gravidez Anterior		
Sim	118	44,7
Não	146	55,3
Existência de Filhos		
Sem filhos	167	63,3
Um Filho	77	29,2
Dois ou mais filhos	20	7,6
Gravidez planeada		
Sim	204	77,3
Não	60	22,7
Idade Gestacional		
< 37 semanas	188	71,2
≥ 37 semanas	76	28,8
Vigilância da Gravidez		
Sim	264	100
Não	0	0
Curso de Preparação para o parto e parentalidade		
Sim	188	71,2
Não	76	28,8

2.1.2 Caracterização da amostra quanto à Literacia em Saúde

A Escala do HLS-EU-PT foi validada tendo em conta três domínios: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, sendo o valor global da literacia em saúde calculado pela soma dos valores dos domínios. A leitura dos resultados consiste em quanto maior o valor obtido, maior o nível de literacia em saúde apresentado pela grávida, podendo-se assim definir quatro níveis de literacia em saúde: inadequada, problemática, suficiente e excelente.

Podemos observar os dados da amostra através da tabela 2, onde o valor global da escala varia entre 12,77 e 50, o que corresponde a uma média de 36,19 (\pm 6,51). No domínio *Cuidados de saúde* encontramos um valor mínimo de 18,75 e o máximo de 50, com média de 37,35 (\pm 5,84). Quanto ao domínio *Prevenção da doença* verificamos que o valor obtido oscilou entre 12,50 e 50 com média de 36,37 (\pm 6,97). Relativamente ao

domínio Promoção da saúde, o valor mínimo e máximo foram, respectivamente, 5,47 e 50, com média 34,87 ($\pm 8,18$).

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao valor global e aos domínios do questionário HLS-EU-PT

Domínios	Min.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Cuidados de Saúde	18,75	50	37,35	5,84	15,63	1,51	0,37
Prevenção da Doença	12,50	50	36,37	6,97	19,16	- 2,11	2,77
Promoção da Saúde	5,47	50	34,87	8,18	23,46	- 4,18	3,88
Valor Global	12,77	50	36,19	6,51	17,99	- 0,93	2,39

2.1.3 Caracterização da amostra quanto ao Empoderamento da grávida

A Escala do Empoderamento da Grávida foi validada tendo em conta as cinco dimensões (autoestima, autoeficácia, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e imagem futura), deste modo, o valor global de empoderamento é calculado pela soma dos valores das dimensões. Sendo que, quanto maior o valor obtido, maior o nível de empoderamento apresentado pela grávida, surgindo assim as categorias: baixo empoderamento, empoderamento intermédio e empoderamento elevado.

Podemos observar os dados da nossa amostra através da tabela 3, onde o valor global da escala varia entre o mínimo de 34 e o máximo de 101, com média de 80,08 ($\pm 8,94$), o que corresponde a um nível intermédio de empoderamento.

Analisando as dimensões da escala, a *Autoestima* é o que apresenta a média mais alta (24,58; $\pm 3,44$) e a Imagem futura a mais baixa (10,25; $\pm 1,39$).

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao valor global e às dimensões da Escala do Empoderamento da Grávida

Dimensões	Min.	Máx.	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Autoestima	8	32	24,58	3,44	13,99	-4,29	8,71
Autoeficácia	7	28	19,04	3,16	16,60	-4,89	4,55
Apoio e garantias de outros	8	16	13,11	1,92	14,65	1,84	- 1,92
Alegria de uma adição à família	4	16	13,11	1,96	14,95	- 1,92	2,22
Imagem Futura	5	12	10,25	1,39	13,56	- 5,72	1,18
Valor Global	34	101	80,08	8,94	11,16	- 4,31	8,46

Relativamente ao nível de empoderamento da grávida em função do grupo etário, podemos verificar, através da análise da tabela 4, que 40,9% da totalidade da amostra apresenta um nível intermédio de empoderamento, sendo secundado pelo nível baixo e elevado com valores percentuais iguais (29,5% vs 29,5%).

Analisando os resultados em função do grupo etário, evidencia-se que tanto as grávidas com idade ≤ 34 anos (41,2%) como as de idade ≥ 35 anos (40,2%) têm um nível intermédio de empoderamento. Da mesma análise aferimos, ainda, que são as grávidas do grupo etário ≤ 34 anos que apresentam maior percentual para o nível baixo de empoderamento (31,9%) e, por conseguinte, as do grupo etário ≥ 35 anos para o nível elevado (35,4%) (Tabela 4). Pelo teste do qui quadrado ($\chi^2=2,447$; $p=0,294$) verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas, o que é comprovado pelos resíduos ajustados.

Tabela 4 – Nível de empoderamento da grávida em função do grupo etário

	Grupo etário	≤ 34 anos		≥ 35 anos		Total		Residuais		χ^2	p
		(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)		
	Níveis de empoderamento	N	%	N	%	N	%	(1)	(2)		
Empoderamento da Grávida (global)	Baixo	58	31,9	20	24,4	78	29,5	1,2	- 1,2	2,447	0,294
	Intermédio	75	41,2	33	40,2	108	40,9	0,1	- 0,1		
	Elevado	49	26,9	29	35,4	78	29,5	- 1,4	1,4		

2.2 Análise inferencial

A estatística inferencial permite retirar conclusões acerca da população, com base nos resultados obtidos na amostra daí recrutada, englobando todos os testes estatísticos que nos permitirão concluir se as associações ou diferenças detectadas na amostra estudada estarão ou não presentes na população (Martins C., 2011).

Questão 1 – Que variáveis sociodemográficas influenciam no empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez

De forma a dar resposta à questão em estudo relacionaram-se as pontuações da escala do empoderamento da grávida com as variáveis: idade, estado civil, situação profissional e nível socioeconómico, de forma a perceber a sua correlação.

Relação entre a idade e o empoderamento da grávida

Comparou-se as dimensões e o valor global de empoderamento entre as grávidas com idades ≤ 34 anos com as grávidas com idades ≥ 35 anos, recorrendo-se ao teste de *Mann-Whitney U* (Tabela 5). Analisando índices médios dos postos constatámos, que as grávidas com idade ≥ 35 anos possuem melhor empoderamento, não apenas nas cinco dimensões, como no valor global de empoderamento. Contudo, verificou-se que não existem diferenças significativas entre os grupos, o que sugere o empoderamento não difere significativamente entre grávidas mais novas e mais velhas.

Tabela 5. Teste *Mann-Whitney* entre a idade e o empoderamento

Idade	≤ 34 anos ($n = 182$)	≥ 35 anos ($n = 82$)	U	P
	OM	OM		
Autoestima	129.49	139.17	6915.00	.338
Autoeficácia	128.84	140.63	6795.00	.242
Apoio de outros	131.43	134.88	7266.50	.710
Adição à família	135.52	125.79	6911.50	.330
Imagem Futura	128.58	141.20	6748.50	.195
Empoderamento	128.89	140.51	6805.50	.252

Relação entre o estado civil e o empoderamento da grávida.

Para o estudo da relação entre o estado civil e o empoderamento usou-se o teste de *Mann-Whitney U* (tabela 6). As grávidas casadas/união de facto apresentam ordens médias superiores em todas as dimensões e valor global do empoderamento, com exceção da dimensão autoeficácia, que é mais elevado nas grávidas solteiras/divorciadas. Contudo as diferenças não diferiram significativamente entre grávidas solteiras/divorciadas e casadas/união de facto.

Tabela 6. Teste *Mann-Whitney* entre o estado civil e o empoderamento

Estado civil	Solteira/divorciada (n = 48)	Casada/união facto (n = 216)	U	p
	OM	OM		
Autoestima	121.01	135.05	4632.50	.246
Autoeficácia	134.95	131.96	5066.50	.805
Apoio de outros	123.41	134.52	4747.50	.319
Adição à família	120.99	135.06	4631.50	.240
Imagem futura	123.88	134.42	4770.00	.367
Empoderamento	123.51	134.50	4752.50	.367

Relação entre situação profissional e o empoderamento da grávida.

Comparam-se as dimensões e o empoderamento total entre as grávidas empregadas e grávidas desempregadas, recorrendo ao teste de *Mann-Whitney U* (tabela 7). Apurou-se que as grávidas empregadas apresentam ordens médias mais elevadas nas dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e valor global do empoderamento, comparativamente às grávidas desempregadas. Para a dimensão autoeficácia afere-se que são as grávidas desempregadas que exibem ordens médias mais elevadas.

Entre os grupos não se verificam diferenças significativas, o que sugere que a situação profissional não se reflete no empoderamento

Tabela 7. Teste *Mann-Whitney* entre a situação profissional e o empoderamento

Situação profissional	Empregada (n = 230)	Desempregada (n = 34)	U	p
	OM	OM		
Autoestima	133.25	127.44	3738.00	.677
Autoeficácia	132.08	135.35	3813.00	.814
Apoio de outros	135.19	114.28	3290.50	.103
Adição de Família	134.38	119.78	3477.50	.290
Imagem Futura	131.36	140.19	3648.50	.511
Empoderamento	133.54	125.46	3670.50	.564

Relação entre o nível socioeconómico e o empoderamento da grávida.

Utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* (tabela 8), para comparar o rendimento mensal das participantes o empoderamento da grávida.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre todas as dimensões e o valor global do empoderamento. Na dimensão autoestima, verificou-se que as grávidas com um rendimento mensal igual ou inferior a 500€ apresentaram pontuações significativamente menores do que as grávidas com rendimentos superiores a 1000€. Em relação a autoeficácia, as grávidas com um rendimento mensal igual ou superior a 1500€ apresentaram pontuações superiores em relação às grávidas com rendimentos mensais inferiores a 1500€. Relativamente ao apoio de outros, as grávidas com um rendimento mensal entre 1001€ - 1500€, apresentaram pontuações superiores às grávidas com rendimentos mensais inferiores a 1000€. Quanto à adição da família, o teste *post hoc* (tabela 8), não teve potência suficiente para detectar quais os grupos de rendimento mensal que diferem. Na Imagem futura, verificou-se que as grávidas com rendimentos mensais superiores a 1000€ apresentaram valores significativamente mais elevados, do que as grávidas com rendimentos mensais inferiores ou iguais a 1000€.

Tabela 8. Teste *Kruskal-Wallis* entre o rendimento mensal e o empoderamento

Rendimento Familiar	≤ 500€	501-1000€	1001-1500€	≥ 1501€	X ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Autoestima	89,25	123,97	145,21	153,55	13,79	0,003
Autoeficácia	119,45	128,74	119,72	191,26	23,51	0,001
Apoio e garantias de outros	96,86	116,17	156,45	142,50	23,87	0,001
Alegria de uma adição à família	108,57	120,00	144,28	157,00	11,23	0,011
Imagem Futura	87,59	118,18	147,24	168,59	24,53	0,001
Empoderamento	93,16	116,78	145,84	173,76	23,24	0,001

Questão 2 – Que relação existe entre as variáveis de contexto obstétrico (gravidez anterior, existência de filhos, gravidez planeada, idade gestacional, frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade) e o empoderamento da grávida no terceiro trimestre da gravidez?

Relação entre a existência de gravidezes anteriores e o empoderamento da grávida

Comparam-se as dimensões da escala e o valor global do empoderamento com o número de gravidezes anteriores, recorrendo-se ao teste de *Kruskal-Wallis* (tabela 9). Podemos verificar que a superioridade das ordenações médias do índice geral do empoderamento e seus domínios se enquadram nas grávidas que tiveram duas ou mais gravidezes anteriores, sendo seguidas pelas que não tiveram nenhuma. Analisando a significância, verificamos que as variáveis não são explicativas ($p > 0,05$), pelo que não se aceita a relação entre elas.

Tabela 9. Teste *Kruskal-Wallis* entre as gravidezes anteriores e o empoderamento

Gravidezes anteriores Dimensões	0	1	≥ 2	χ ²	p
	OM	OM	OM		
Autoestima	129,64	127,97	151,76	3,06	0,217
Autoeficácia	137,71	118,21	141,35	4,01	0,134
Apoio e garantias de outros	138,84	120,24	133,26	3,61	0,164
Alegria de uma adição à família	138,91	127,24	119,35	2,67	0,263
Imagem Futura	131,83	129,66	140,50	0,61	0,738
Empoderamento	136,86	120,18	140,60	2,96	0,227

Relação entre a existência de filhos e o empoderamento da grávida

O teste de Kruskal Wallis foi utilizado para relacionar o empoderamento da grávida e o número de filhos (tabela 10). Verificou-se que não existiram diferenças significativas entre os grupos, o que sugere que as dimensões e a escala total do empoderamento não diferiram significativamente entre grávidas que não tiveram nenhum filho, que já tiveram um, dois ou mais filhos.

Tabela 10. Teste *Kruskal-Wallis* entre o número de filhos e o empoderamento

Número de Filhos Dimensões	0	1	≥ 2	χ ²	p
	OM	OM	OM		
Autoestima	131,19	137,24	125,18	0,54	0,765
Autoeficácia	134,53	126,54	138,50	0,72	0,697
Apoio e garantias de outros	139,52	124,57	104,40	5,92	0,052
Alegria de uma adição à família	136,73	127,51	116,38	1,79	0,408
Imagem Futura	132,78	135,36	119,15	0,79	0,675
Empoderamento	135,63	130,31	114,78	1,43	0,490

Relação entre a ocorrência de uma gravidez planejada e o empoderamento da grávida

Utilizou-se o teste de *Mann-Whitney U* para comparar as várias dimensões e o empoderamento global, com as participantes que planejaram e que não planejaram a gravidez (tabela 11). Aferimos que as grávidas que planejaram a gravidez revelam índices mais elevados em todas as dimensões da escala e o valor global, com diferenças estatísticas significativas nas dimensões, apoio de outros, adição à família, imagem futura e o valor global do empoderamento.

Tabela 11. Teste *Mann-Whitney* entre gravidez planejada e o empoderamento

Gravidez planejada	Sim (n = 204)	Não (n = 60)	U	p
	OM	OM		
Autoestima	137.05	117.03	5191.50	.072
Autoeficácia	133.95	127.58	5824.50	.567
Apoio de outros	137.52	115.42	5095.00	.031
Adição à família	138.98	110.48	4799.00	.010
Imagem Futura	137.34	116.06	5133.50	.048
Empoderamento	137.60	115.16	5079.50	.045

Relação entre a idade gestacional e empoderamento da grávida

O teste de *Mann-Whitney U* foi utilizado para comparar as diferentes facetas do empoderamento com idade gestacional das grávidas (Tabela 12). Verificou-se que as grávidas com maior tempo gestacional revelam melhores índices de empoderamento com exceção da autoeficácia que se verifica nas grávidas com menor tempo de gestação. Contudo, apenas encontramos significância estatística no apoio aos outros e adição à família e significância marginal na imagem futura.

Tabela 12. Teste *Mann-Whitney* entre a idade de gestação e o empoderamento

Idade de gestação	< 37 semanas (n = 188)	≥ 37 semanas (n = 76)	U	p
	OM	OM		
Autoestima	130.53	137.37	6774.00	.508
Autoeficácia	133.78	129.34	6903.50	.666
Apoio de outros	125.64	149.47	5854.50	.012
Adição à Família	126.20	148.09	5959.50	.032
Imagem Futura	127.11	145.83	6131.00	.060
Empoderamento	127.83	144.05	6266.00	.118

Relação entre a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e para a parentalidade e o empoderamento da grávida

Comparou-se as dimensões do empoderamento e o fator global com a frequência do curso de preparação para o parto, recorrendo-se ao teste de *Mann-Whitney U* (tabela 13). Verificaram-se diferenças estatísticas significativas no índice global do empoderamento, e significância marginal no apoio de outros. Nas restantes dimensões não se verificaram diferenças estatísticas, mas é notório pelas ordens médias índices mais elevados nas que frequentaram ou tem intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade.

Tabela 13. Teste *Mann-Whitney* entre a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e para a parentalidade o empoderamento

curso preparação parto	Sim (n = 188)	Não (n = 76)	U	p
	OM	OM		
Autoestima	136.93	121.54	6311.00	.136
Autoeficácia	134.31	128.03	6804.50	.542
Apoio de outros	137.77	119.47	6153.50	.054
Adição à família	135.51	125.05	6578.00	.306
Imagem Futura	134.58	127.36	6753.00	.468
Empoderamento	138.47	117.72	6021.00	.045

Questão 3 – Qual a influência da Literacia no empoderamento da grávida no último trimestre de gravidez?

Para explorar a capacidade preditiva de um conjunto de variáveis independentes (sociodemográficas, de contexto obstétrico e de literacia) na variável dependente empoderamento, foram utilizados modelos de regressão linear múltipla, sendo o método de estimação usado o método *stepwise*.

Para todas as regressões lineares múltiplas, foram especificados os preditores a incluir, concretamente, idade, gravidezes anteriores, número de filhos, número consultas, idade gestacional, e os três domínios da literacia – cuidados, prevenção, promoção. Posteriormente, o programa inspeciona quais os preditores que efectivamente contribuem para prever a variável dependente e exclui aqueles que não contribuem.

Foram realizadas seis regressões múltiplas, uma para cada uma das cinco dimensões do empoderamento e a última para o fator global do empoderamento como variável dependente.

Regressão linear múltipla entre a dimensão autoestima e as variáveis independentes

Através da análise da tabela 1 constatamos que as correlações estabelecidas variam entre o ínfimo no número de filhos ($r=0,055$) e o moderado nas dimensões cuidados de saúde ($r=0,428$) e promoção da saúde ($r = 0,428$).

Tabela 14 - Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão autoestima e as variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Idade	0,175	0,002
Gravidez anterior	0,118	0,027
Número de filhos	0,055	0,188
Número de consultas	0,122	0,024
Idade Gestacional	0,089	0,074
Cuidados de Saúde	0,428	0,000
Prevenção da doença	0,418	0,000
Promoção da Saúde	0,428	0,000

Através da regressão linear múltipla comprovamos que são três as variáveis que se constituem como preditoras da dimensão autoestima: a promoção da saúde, os cuidados de saúde e o número de gravidezes anteriores. A correlação que o conjunto destas variáveis

estabelece com a variável dependente é moderada ($r=0,489$) e explicam no seu conjunto 48,9% da sua variabilidade, sendo que o erro padrão da estimativa é de 3,014 (tabela 14).

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e o valor de t , dado apresentar significância estatística, permite afirmar que as variáveis influenciam a autoestima.

O valor da *variance inflation factor* (VIF) indicia que as variáveis que entraram no modelo de regressão não são colineares, uma vez que os seus valores são inferiores a 5,0.

Realçamos pelos coeficientes padronizados beta (quadro 10) que o maior valor preditivo corresponde aos cuidados de saúde seguido da promoção da saúde e do número de gravidezes anteriores. A relação que estas variáveis estabelecem com a autoestima é uma relação direta pelo que se afirma que quanto maior a cotação nestes domínios melhor será o empoderamento no que respeita à utilização da autoestima.

A equação para predizer a Autoestima através da promoção, cuidados e número de gravidezes anteriores é:

$$\text{Autoestima} = 14,797 + 0,106 \text{ promoção da saúde} + 0,152 \text{ cuidados de saúde} + 0,596 \text{ número de gravidezes anteriores}$$

Quadro 11 – Regressão linear múltipla entre a dimensão autoestima e as variáveis predictoras

Variável dependente: Autoestima					
$r = 0,489$	Incremento de $r^2 = 0,028$				
$r^2 = 0,239$	F = 9,399				
r^2 ajustado = 0,230	p = 0,002				
Erro padrão de estimativa = 3,014					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	T	p	VIF
Constante	14,797				
Promoção da saúde	0,106	0,252	3,141	0,002	2,194
Cuidados de saúde	0,152	0,259	3,234	0,001	2,199
Número de gravidezes	0,596	0,167	3,066	0,002	1,011
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	740,656	3	246,885	27,178	0,000
Residual	2361,828	260	9,084		
Total	3102,485	263			

Regressão linear múltipla entre a dimensão autoeficácia e as variáveis independentes

Através da análise da tabela 15 constatamos que as correlações estabelecidas variam entre o ínfimo no número de filhos ($r=0,015$) e o moderado na dimensão cuidados de saúde ($r=0,508$).

Tabela 15 - Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão autoeficácia e as variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Idade	0,098	0,056
Gravidez anterior	0,024	0,348
Número de filhos	0,015	0,405
Número de consultas	0,151	0,007
Idade Gestacional	0,032	0,303
Cuidados de Saúde	0,508	0,000
Prevenção da doença	0,467	0,000
Promoção da Saúde	0,480	0,000

No Quadro 11, apresentamos o modelo de regressão múltipla para a variável dependente autoeficácia, onde podemos verificar que, relativamente a esta variável, encontramos duas variáveis predictoras, os cuidados de saúde e a promoção da saúde.

A correlação que estas variáveis estabelecem com a autoeficácia é moderada ($r=0,532$) explicando 28,3% da sua variabilidade, com um erro padrão de regressão de 2,686.

Os testes F apresentam significância estatística pelo que rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas no modelo. Também os valores de t são estatisticamente significativos, logo, foi possível comprovar que os cuidados de saúde e a promoção da saúde influenciam a Autoeficácia (quadro 11).

Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que os domínios cuidados de saúde e promoção de saúde estabelecem uma relação direta com a autoeficácia

O valor da *variance inflation factor* (VIF) indicia que as variáveis que entraram no modelo de regressão não são colineares, uma vez que os seus valores são inferiores a 5,0.

A equação para predizer a Autoestima através da promoção, cuidados e número de gravidezes anteriores é:

$$\text{Autoeficácia} = 9,103 + 0,183 \text{ cuidados de saúde} + 0,089 \text{ promoção da saúde}$$

Quadro 12 – Regressão linear múltipla entre a dimensão autoeficácia e as variáveis predictoras

Variável dependente: Autoeficácia					
r = 0,532		Incremento de $r^2 = 0,024$			
$r^2 = 0,283$		F = 8,822			
r^2 ajustado = 0,277		p = 0,003			
Erro padrão de estimativa = 2,686					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	9,103				
Cuidados de saúde	0,183	0,338	4,357	0,000	2,193
Promoção da saúde	0,089	0,231	2,970	0,000	2,193
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	742,044	2	371,022		
Residual	1883,578	261	7,217	51,411	0,000
Total	2625,621	263			

Regressão linear múltipla entre a dimensão apoio e garantias de outros e as variáveis independentes

Pela análise da tabela 16, os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente apoio e garantias de outros, oscilam entre o ínfimo na idade da grávida ($r=0,148$) e o moderado no domínio cuidados de saúde ($r=0,353$), verificando-se uma associação negativa com o número de gravidezes anteriores e número de filhos e não significativas com a idade da grávida, número de gravidezes anteriores e no número de filhos ($p>0,05$). Deste modo, quanto maiores as cotações nas variáveis com relação negativa e menores na positiva, pior o empoderamento da grávida no domínio da utilização do apoio e garantias de outros.

Tabela 16 - Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão apoio e garantias de outros e as variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Idade	0,148	0,008
Gravidez anterior	- 0,065	0,148
Número de filhos	- 0,142	0,010
Número de consultas	0,175	0,002
Idade Gestacional	0,171	0,003
Cuidados de Saúde	0,353	0,000
Prevenção da doença	0,302	0,000
Promoção da Saúde	0,339	0,000

Através da regressão linear múltipla comprovamos que são quatro as variáveis que se constituem como preditoras da dimensão apoio e garantias de outros: Idade, número de filhos, idade gestacional e cuidados de saúde. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece com a variável dependente é moderada ($r=0,426$) e explicam no seu conjunto 18,1% da sua variabilidade, sendo que o erro padrão da estimativa é de 1,749 (Quadro 12).

Os testes F apresentam significância estatística pelo que rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas no modelo. Também os valores de t são estatisticamente significativos, logo, foi possível comprovar que a idade gestacional e os cuidados de saúde influenciam a alegria de uma adição à família.

Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que as variáveis cuidados de saúde, idade gestacional e idade da grávida estabelecem uma relação direta com o apoio e garantias de outros e o número de filhos uma relação inversa, atestando que, quanto mais alto o índice nos cuidados de saúde, idade gestacional e a idade da grávida e baixo no número de filhos melhor o empoderamento da grávida no domínio apoio e garantias de outros (Quadro 12).

Utilizamos o VIF para diagnosticar a multicolaridade que oscilou entre ($VIF=1,024$) nos cuidados de saúde, ($VIF=1,011$) na idade gestacional, ($VIF= 1,122$) na idade da grávida e ($VIF= 1,124$) no número de filhos, concluindo-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0 (Quadro 12).

A equação para predizer o apoio e garantias de outros através dos cuidados de saúde, da idade gestacional e da idade da grávida é:

$$\text{Apoio e garantia de outros} = 4,961 + 0,059 \text{ cuidados de saúde} + 0,076 \text{ idade gestacional} + 0,059 \text{ idade} + (- 0,428 \text{ número de filhos})$$

Quadro 13 – Regressão linear múltipla entre a dimensão apoio e garantia de outros e as variáveis predictoras

Variável dependente: Apoio e garantia de outros					
r = 0,426		Incremento de $r^2 = 0,021$			
$r^2 = 0,181$		F = 6,582			
r^2 ajustado = 0,169		p = 0,011			
Erro padrão de estimativa = 1,749					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	4,961				
Cuidados de saúde	0,059	0,318	5,595	0,000	1,024
Idade Gestacional	0,076	0,137	2,429	0,016	1,011
Idade	0,059	0,161	2,700	0,007	1,122
Número de filhos	- 0,428	- 0,153	- 2,566	0,011	1,124
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	175,491	4	43,873	14,341	0,000
Residual	792,324	259	3,059		
Total	967,814	263			

Regressão linear múltipla entre a dimensão alegria de uma adição à família e as variáveis independentes

Numa análise aos resultados da tabela 17, constatamos que as correlações estabelecidas variam entre o ínfimo na idade ($r=0,115$) e o moderado no domínio cuidados de saúde ($r=0,292$). A relação entre as variáveis, número de gravidezes anteriores e número de filhos com a variável dependente é negativa, pelo que, quanto mais elevadas as cotações nestas variáveis e menor naquelas com relação positiva, pior o empoderamento da grávida no âmbito da alegria de uma adição à família. Somente não se encontra significância estatística no número de filhos.

Tabela 17 - Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão alegria de uma adição à família e as variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Idade	0,115	0,031
Gravidez anterior	- 0,090	0,072
Número de filhos	- 0,045	0,235
Número de consultas	0,145	0,009
Idade Gestacional	0,224	0,000
Cuidados de Saúde	0,292	0,000
Prevenção da doença	0,256	0,000
Promoção da Saúde	0,360	0,000

Quanto à variável alegria uma adição à família, verificamos entrar no modelo de regressão múltipla, que apresentamos no quadro 13, duas variáveis predictoras: idade gestacional e a promoção da saúde, cuja percentagem de variância explicada é de 16,8%. O erro padrão da regressão para a variável alegria de uma adição à família é de 1,792 (quadro 13).

Dada a significância estatística dos testes F, rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas. Do mesmo modo, encontramos diferenças estatisticamente significativas para os valores de *t*, o que nos permite afirmar que a idade gestacional e a promoção da saúde influenciam a alegria de uma adição à família (quadro 13).

Através da análise dos valores do coeficiente padronizado beta, verificamos existir uma relação direta entre a alegria de uma adição à família e as variáveis idade gestacional e a promoção da saúde, pelo que se afirma que quanto maior a cotação nestas variáveis melhor será o empoderamento no que respeita à alegria de uma adição à família (quadro 13).

O valor da *variance inflation factor* (VIF) indicia que as variáveis que entraram no modelo de regressão não são colineares, uma vez que os seus valores são inferiores a 5,0.

A equação para predizer o apoio e garantias de outros através dos cuidados de saúde, da idade gestacional e da idade da grávida é:

$$\text{Alegria de uma adição à família} = 6,504 + 0,082 \text{ idade gestacional} + 0,111 \text{ promoção de saúde}$$

Quadro 14 – Regressão linear múltipla entre a dimensão alegria de uma adição à família e as variáveis preditoras

Variável dependente: Alegria de uma adição à família					
$r = 0,410$	Incremento de $r^2 = 0,38$				
$r^2 = 0,168$	F = 12,010				
r^2 ajustado = 0,162	p = 0,001				
Erro padrão de estimativa = 1,792					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	6,504				
Idade Gestacional	0,082	0,344	6,081	0,000	1,006
Promoção da saúde	0,111	0,196	3,466	0,000	1,006
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	169,177	2	84,588	26,350	0,000
Residual	837,853	261	3,210		
Total	1007,030	263			

Regressão linear múltipla entre a dimensão Imagem futura e as variáveis independentes

Através da análise da tabela 18 constatamos que as correlações estabelecidas variam entre o ínfimo no número de gravidezes anteriores ($r=0,042$) e o moderado na dimensão promoção da saúde ($r=0,312$). A relação entre a variável, número de filhos com a variável dependente é negativa, pelo que, quanto mais elevado os valores nesta variável e menor naquelas com relação positiva, pior o empoderamento da grávida no âmbito da imagem futura. Para as variáveis Número de gravidezes anteriores, Número de filhos a associação não é significativa pois a probabilidade apresenta valores superiores a 0,05%.

Tabela 18 - Tabela de Correlação de Pearson entre a dimensão Imagem Futura e as variáveis independentes

Variáveis Independentes	r	p
Idade	0,232	0,000
Gravidez anterior	0,042	0,250
Número de filhos	- 0,030	0,313
Número de consultas	0,270	0,000
Idade Gestacional	0,174	0,002
Cuidados de Saúde	0,300	0,000
Prevenção da doença	0,312	0,000
Promoção da Saúde	0,266	0,000

O modelo de regressão múltipla para a variável imagem futura é apresentado no Quadro 14, sendo encontradas três variáveis preditoras da variável dependente: idade da grávida, número de consultas e prevenção da doença, cuja percentagem de variância explicada é de 18,2%. O erro padrão da regressão para a variável imagem futura é de 1,265 (quadro 14).

Dada a significância estatística dos testes F, rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas. O valor de t, ao apresentar-se de igual modo com significância estatística, permite inferir que as variáveis que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no empoderamento da grávida no que respeita à dimensão imagem futura (Quadro 14).

Através da análise dos valores do coeficiente padronizado beta, verificamos existir uma relação direta entre a imagem futura e as variáveis prevenção da doença, número de consultas e idade da grávida, pelo que se afirma que quanto maior a cotação nestas variáveis melhor será o empoderamento no que respeita à imagem futura (quadro 14).

O valor do VIF indicia que as variáveis que entraram no modelo de regressão não são colineares, uma vez que os seus valores são inferiores a 5,0.

A equação para prever a imagem futura através da prevenção da doença, do número de consultas e da idade da grávida é:

$$\text{Imagem Futura} = 6,050 + 0,055 \text{ prevenção da doença} + 0,092 \text{ número de consultas} + 0,046 \text{ idade da grávida}$$

Quadro 15 – Regressão linear múltipla entre a dimensão imagem futura e as variáveis predictoras

Variável dependente: Imagem Futura					
r = 0,427		Incremento de $r^2 = 0,028$			
$r^2 = 0,182$		F = 9,042			
r^2 ajustado = 0,173		p = 0,003			
Erro padrão de estimativa = 1,265					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	6,050				
Prevenção da doença	0,055	0,277	4,905	0,000	1,015
Número de consultas	0,092	0,206	3,595	0,000	1,048
Idade da grávida	0,046	0,172	3,007	0,003	1,041
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	92,731	3	30,910	19,307	0,000
Residual	416,266	260	1,601		
Total	508,996	263			

Regressão linear múltipla entre o Empoderamento e as variáveis independentes

Na tabela 19 apresentamos as correlações entre o Empoderamento e as variáveis independentes. Podemos constatar que os valores correlacionais oscilam entre o ínfimo ($r=0,027$) no número de gravidezes anteriores e o moderado ($r=0,531$) no domínio cuidados de saúde. Da mesma análise, verificamos existir uma associação negativa no número de filhos e não significativas nesta mesma variável e no número de gravidezes anteriores ($p=0,381$ e $p=0,332$ respetivamente) aferindo-se, assim, que quanto mais elevados os índices nas variáveis com relação negativa e menores na positiva, pior o empoderamento da grávida.

Tabela 19 - Tabela de Correlação de Pearson entre o Empoderamento e as variáveis independentes

Variáveis Independentes	R	p
Idade	0,195	0,001
Gravidez anterior	0,027	0,332
Número de filhos	-0,019	0,381
Número de consultas	0,212	0,000
Idade Gestacional	0,158	0,005
Cuidados de Saúde	0,531	0,000
Prevenção da doença	0,495	0,000
Promoção da Saúde	0,527	0,000

Através da regressão linear múltipla comprovamos que são três as variáveis que se constituem como preditoras do Empoderamento: Cuidados de saúde, promoção de saúde e idade da grávida. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece com a variável dependente é moderada ($r=0,596$) e explicam no seu conjunto 35,6% da sua variabilidade, sendo que o erro padrão da estimativa é de 7,227 (Quadro 15).

Os testes F apresentam significância estatística pelo que rejeitamos a nulidade entre as variáveis apresentadas no modelo. Também os valores de t são estatisticamente significativos, logo, foi possível comprovar que os cuidados de saúde, a promoção da saúde e a idade da grávida influenciam o Empoderamento da grávida.

Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que as variáveis, cuidados de saúde, promoção de saúde e a idade da grávida estabelecem uma relação direta com o empoderamento, atestando que, quanto mais alto o índice nestas variáveis, melhor será o empoderamento da grávida (Quadro 15).

Utilizamos o VIF para diagnosticar a multicolaridade que oscilou entre ($VIF=2,193$) nos cuidados de saúde, ($VIF= 2,226$) na promoção da saúde, e ($VIF=1,046$) na idade da grávida, concluindo-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0 (Quadro 15).

A equação para prever o Empoderamento através dos cuidados de saúde, da promoção da saúde e da idade da grávida é:

$$\text{Empoderamento} = 42,800 + 0,481 \text{ cuidados de saúde} + 0,290 \text{ promoção da saúde} + 0,204 \text{ idade da grávida}$$

Quadro 16 – Regressão linear múltipla entre o Empoderamento e as variáveis preditoras

Variável dependente: Empoderamento					
r = 0,596		Incremento de $r^2 = 0,014$			
$r^2 = 0,356$		F = 5,501			
r^2 ajustado = 0,346		p = 0,020			
Erro padrão de estimativa = 7,227					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente padronizado	t	p	VIF
Constante	42,800				
Cuidados de saúde	0,481	0,315	4,258	0,000	2,193
Promoção de saúde	0,290	0,265	3,564	0,000	2,226
Idade da grávida	0,204	0,120	2,345	0,020	1,046
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GI	Média dos quadrados	F	p
Regressão	7467,603	4	1866,901	35,740	0,000
Residual	13528,882	259	52,235		
Total	20996,485	263			

Como síntese aos resultados obtidos, salientamos:

- Os domínios cuidados de saúde ($t=3,234$; $p=0,001$) e promoção da saúde ($t= 3,141$; $p=0,002$) da Escala da Literacia em Saúde, bem como o número de gravidezes anteriores ($t=3,066$; $p=0,002$), constituem-se preditoras na dimensão autoestima estabelecendo uma relação direta com a mesma;
- São duas as variáveis que predizem a dimensão autoeficácia: os cuidados de saúde ($t=4,357$; $p=0,000$) e a promoção da saúde ($t=2,970$; $p=0,000$). Os domínios estabelecem uma relação direta com a dimensão;
- O domínio cuidados de saúde ($t=5,595$; $p=0,000$) e as variáveis idade gestacional ($t=2,429$; $p=0,016$), idade da grávida ($t=2,700$; $p=0,007$) e o número filhos ($t= -2,566$; $p=0,011$), configuram-se como preditoras da dimensão apoio e garantias de outros, existindo uma relação direta entre as três primeiras variáveis e a mesma;
- Na dimensão Alegria de uma adição à família, são duas as variáveis preditoras: Promoção da saúde ($t=3,466$; $p=0,000$) e idade gestacional ($t=6,081$; $p=0,000$), estabelecendo uma relação direta com a dimensão;
- São três as variáveis que predizem a dimensão Imagem Futura: prevenção da doença ($t=4,905$; $p=0,000$), o número de consultas ($t=3,595$; $p=0,000$) e a idade da grávida ($t=3,007$; $p=0,003$). As variáveis estabelecem uma relação direta com a dimensão;
- As variáveis que têm efeito significativo na predição do índice geral do Empoderamento da grávida são os cuidados de saúde ($t=4,258$; $p=0,000$), promoção da saúde ($t=3,564$; $p=0,000$) e a idade da grávida ($t=2,345$; $p=0,020$). Todas as variáveis estabelecem uma relação direta com o Empoderamento da grávida.

3. Discussão

Concluída a apresentação e análise dos dados obtidos, impõe-se a sua interpretação, procedendo à sua discussão e apreciação crítica comparando-os com resultados já conhecidos. A discussão permite a compreensão do significado dos resultados obtidos através do enquadramento dos mesmos nos objetivos e questões de investigação traçados anteriormente.

Como refere Fortin (2009), esta etapa exige um grande esforço de reflexão uma vez que pressupõe um exame crítico do conjunto do processo de investigação, bem como a identificação das dificuldades encontradas. Na discussão dos resultados realizamos uma discussão mais detalhada, dando ênfase aos resultados mais relevantes obtidos pela análise descritiva e inferencial.

De modo a facilitar a leitura, este capítulo encontra-se organizada pela discussão metodológica e discussão dos resultados.

3.1 Discussão Metodológica

O estudo realizado enquadra-se no tipo de estudo não experimental, possuindo as características dos estudos descritivo-correlacionais, cujo o objetivo final foi descrever o nível de Empoderamento da grávida do terceiro trimestre de gestação e apurar a relação entre as variáveis dependente e independentes, sendo também nossa intenção avaliar a eficácia preditiva de algumas delas sobre o Empoderamento da grávida.

Relativamente à constituição da amostra, a técnica de amostragem por conveniência, constitui-se como uma limitação do estudo realizado. Apesar de ser de fácil realização e pouco dispendioso, é um tipo de amostragem não probabilístico, podendo a amostra não ser representativa da população alvo, para além de que os resultados dependem da sinceridade, honestidade e disponibilidade das participantes.

Em questionário de autorresposta, foi o instrumento de recolha de dados, dado ser o mais adequado para se estudar num curto espaço de tempo e num grande número de participantes. Após a análise dos resultados, reconhecemos que o questionário é muito extenso levando as grávidas a não responderem a algumas questões ou a posicionarem-se sempre na mesma resposta em escalas tipo Likert. Situação que pode levar a vieses nos resultados.

A maior dificuldade encontrada ao longo do estudo prendeu-se com as autorizações para aplicação do instrumento por parte das instituições, que prejudicaram o normal

desenvolvimento da investigação. Apesar da demora de cerca de 6 meses por parte do Gabinete de Apoio à Investigação do CHBV, conseguimos obter um parecer favorável para a realização do estudo.

Apesar das limitações referidas, consideramos que os métodos utilizados na realização deste estudo foram os mais viáveis de serem utilizados, tendo em conta o tempo e os recursos disponíveis.

3.2 Discussão dos Resultados

Apresentamos uma reflexão dos resultados obtidos tendo como suporte as questões de investigação formuladas. Nesta perspetiva, importa na primeira fase da discussão dar resposta a seguinte questão:

Que variáveis sociodemográficas influenciam no empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez?

Relativamente à **idade**, as estatísticas relativas identificam que a idade mínima das participantes é de 17 anos e a máxima de 45 anos, o que corresponde a uma média de 31.51 anos, sendo o grupo mais representativo o das grávidas com idade inferior ou igual a 34 anos (68,9%). A média de idades das participantes do estudo vai de encontro à referida por Instituto Nacional de Estatística (2017) que afirma que a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho subiu para 30,3 anos e a idade média da mãe ao nascimento de um filho (independentemente da ordem de nascimento) para 31,9 anos.

Pela análise inferencial comprovamos que a idade não influencia o Empoderamento da grávida ($p > 0,05$), tal como aconteceu nos estudos de Santos (2012) e (Silva D. N., 2014).

Em relação ao **estado civil**, verificamos que a grande maioria das grávidas são casadas ou vivem em união de facto (81,8%), enquanto as solteiras ou divorciadas representam apenas (18,2%) da amostra. Silva (2014) também verificou que a maioria das grávidas da amostra possuía companheiro (67,66% vs 32,34%, respetivamente).

Ao analisarmos o empoderamento em função do estado civil, constatamos que as grávidas com companheiro apresentam ordenações médias mais altas no valor global do empoderamento e nas suas dimensões, tal como ocorrido no estudo de Silva (2014). Contudo, constatamos não existirem diferenças estatisticamente significativas quer no valor global do empoderamento quer nas suas dimensões ($p > 0,05$), pelo que afirmamos que o

estado civil não é fator interveniente no Empoderamento da grávida. O mesmo foi confirmado por Silva (2014).

Santos (2012) encontrou no seu estudo uma diferença estatisticamente significativa entre o estado civil e o valor global de empoderamento, sendo as casadas/união de facto que apresentam maior nível de empoderamento.

Nascimento (2011) corrobora esta situação referindo que as grávidas solteiras, ao descobrirem a gravidez ficaram, preocupadas com as implicações deste acontecimento de vida. A mesma autora acrescenta que a presença do companheiro e o apoio prestado por este reforçam a autoconfiança da grávida e favorecem o seu empoderamento.

Relativamente à **situação profissional** das grávidas em estudo, pudemos verificar que 87,1% refere estar empregada. São estas grávidas que apresentam ordenações médias superiores nas dimensões autoestima, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à família e no valor global de empoderamento, contudo não houve diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), como no estudo de Santos (2012). Podemos referir que a situação profissional não influencia o empoderamento da grávida.

Maçola, Vale e Carmona (2010), não encontraram influencia entre a presença ou não de emprego e a autoestima das grávidas, mas descobriram algumas perceções sobre a atividade laboral interessantes, aquelas que tinham emprego mostravam-se muito apreensivas quanto à possibilidade de o perder devido à gravidez, além da preocupação com sua capacidade de conciliar trabalho e maternidade. Ou seja, o ter emprego pode também funcionar como um fator de stress e fonte de preocupação na vivência da maternidade.

Noutra perspetiva, Silveira e Ferreira (2011) verificaram que atividade profissional influencia a autoeficácia da grávida, associado a um maior nível de autonomia, de independência financeira e de realização pessoal.

Ao caracterizarmos a amostra quanto ao **rendimento mensal familiar**, verificámos que a maioria das grávidas (79,2%) tem um rendimento mensal situado entre os 500 e os 1500 €, enquanto 8,3% tem um rendimento mensal familiar inferior ou igual a 500 € e 12,5% superior ou igual a 1500 €. De uma forma geral as grávidas com rendimento mensal a cima dos 1000 euros apresentaram valores de empoderamento mais elevados do que as grávidas com rendimentos mensais inferiores ou iguais a 1000 euros. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre todas as dimensões e o valor global do empoderamento ($p=0,001$), permitindo inferir que o rendimento mensal familiar é fator interveniente no empoderamento da grávida. Confirmando os nossos resultados, Dias et al. (2008)

concluíram que as grávidas com menor nível económico e que não trabalham apresentam menor autoestima.

Que relação existe entre as variáveis de contexto obstétrico e o Empoderamento da grávida no último trimestre da gravidez?

A existência de **gravidez anterior** é relatada por 44,7% das inquiridas enquanto as restantes, 55,3%, encontram-se grávidas pela primeira vez. Ao testar a associação entre a existência de gravidez anterior e o empoderamento, constatamos que as ordenações médias obtidas nas dimensões e no valor global do empoderamento, são superiores nas mulheres com gravidez anterior, sendo secundadas pelas que referem vivenciar a gravidez pela primeira vez. Contudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$), ao contrário dos resultados obtidos por Silva (2014), que inferiu que a existência de gravidez anterior influencia o empoderamento, nomeadamente na dimensão imagem futura da grávida.

Num estudo com primíparas, Nascimento (2011), refere que algumas entrevistadas relataram dificuldades em aceitar a sua gravidez no início, por se sentirem inseguras diante da mudança na sua aparência física e do seu novo papel de mãe na sociedade, já que este leva a um aumento de responsabilidade.

Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes (2008), reforçam esta ideia, através de um estudo com primíparas, onde estas verbalizam diversos sentimentos como: de conformidade, inadequação e estranhamento. Os autores destacaram do discurso das participantes, temas como a possível incapacidade de exercer a maternidade, o futuro incerto e a insegurança em lidar com os cuidados ao bebé.

Relativamente à **existência de filhos**, a maioria das grávidas da amostra (63,3%) não tem filhos, grupo no qual encontramos ordenações médias superiores para o valor global do empoderamento e para as dimensões apoio e garantias de outros e alegria de uma adição à família. As grávidas com filhos possuem melhor autoestima, autoeficácia e imagem futura. Quanto ao nível de significância, verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), pelo que não se aceita a relação entre elas. A existência de filhos não influencia no empoderamento da grávida.

Num estudo de Remennick (2000), as mulheres que tem filhos apresentam índices maiores na dimensão autoestima em relação às mulheres que não tem filhos. Mulheres que

nunca tiveram filhos não se sentem valorizadas, assim o facto de ter filhos pode contribuir positivamente para a autoestima da grávida.

Contrariamente, Dias et al. (2008), associa o número de filhos negativamente à autoestima. Os autores referem que a preocupação com os filhos acaba por se sobrepor à preocupação consigo própria.

No que respeita ao **planeamento da gravidez**, 77,3% das grávidas da amostra refere que a sua gravidez foi planeada, tendo obtido ordenações médias superiores no valor global do empoderamento e nas dimensões, apoio e garantias de outros, alegria de uma adição à Família e imagem futura. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre esta variável e o empoderamento da grávida ($p < 0,05$). O planeamento da gravidez, assume-se, assim, como fator determinante do Empoderamento da grávida.

Ao contrário dos resultados obtidos por Silva (2014), esta não encontrou diferenças estatísticas significativas. Contudo também obteve médias superiores nas diferentes dimensões e no valor global do empoderamento no grupo de grávidas com gravidez planeada.

O estudo de Maçola, Vale e Carmona (2010) permitiu apurar que a falta de planeamento da gravidez teve uma influência negativa na autoestima das mulheres. Uma gravidez inesperada traz algumas preocupações às mulheres incluindo: a sua saúde como um fator de complicação da gravidez, a interposição no relacionamento com o parceiro e o impacto financeiro sobre a família. Segundo os mesmos autores, o facto de não ter planeado o nascimento de um filho, acarreta nas mulheres, reações confusas e de surpresa relativamente ao papel materno, apresentando dificuldades no desenvolvimento do vínculo mãe-bebé.

A maioria das grávidas ,71,2%, tem **idade gestacional** inferior a 37 semanas, e 28,8% superior ou igual a 37 semanas.

As grávidas com idade gestacional superior ou igual a 37 semanas revelam melhores índices de empoderamento com exceção da autoeficácia, no entanto, as diferenças entre as variáveis não foram estatisticamente significativas pelo que não se confirmou a relação entre ambas. A idade gestacional não é fator interveniente no Empoderamento da grávida.

Em relação à **frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e para a parentalidade**, 71,2% frequentam o curso e apenas 28,8% das grávidas não frequentam. Através da análise inferencial, verificamos existir diferenças estatisticamente significativas no valor global do empoderamento e significância marginal no

apoio de outros, nas restantes dimensões não se verificaram diferenças estatísticas, mas é notório pelas ordens médias índices mais elevados nas que frequentam o curso de preparação para o parto.

Num estudo realizado por Vicente (2009), verificou-se que a frequência do curso de preparação para o parto influencia a perspetiva que a grávida faz do parto bem como o tipo de parto ocorrido (a maioria das grávidas tiveram um parto eutócico). Por outro lado, permite à parturiente sentir-se adequadamente preparada para o parto quando este está para acontecer.

Contrariamente aos resultados obtidos por Silva (2014), que não encontrou diferenças estatísticas significativas, obtendo médias superiores nas várias dimensões do empoderamento, à exceção do apoio e garantias de outros, no grupo das grávidas sem preparação para o parto.

Pode-se inferir que o curso de preparação para o parto permite a aquisição de conhecimentos básicos à grávida, o que lhe proporciona o desenvolvimento da cidadania, transmitindo-lhe segurança para o momento do parto, dando-lhe um papel ativo, eliminando a passividade muitas vezes assumida pela grávida devido a sentimentos de medo e insegurança. Trata-se assim de dar autonomia à mulher, num modelo educacional horizontal, onde os profissionais de saúde assumem o papel de mediadores e em que os indivíduos realizam escolhas dentro do respeito à liberdade (Figueiredo, Freitas, Lima, Oliveira, & Damasceno, 2010).

Qual a influência da Literacia no Empoderamento da Grávida no último trimestre de gravidez?

Para estudarmos qual a influência da Literacia no empoderamento da grávida, recorreremos ao método de regressão linear múltipla. Desta regressão apuramos das variáveis independentes: idade, número de gravidezes anteriores, número de filhos, número de consultas, idade gestacional e os três domínios da Literacia (cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença), apenas três se constituíram preditoras do valor global do empoderamento: cuidados de saúde, promoção da saúde e idade da grávida. A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com a variável dependente é

moderada ($r=0,596$) explicando no seu conjunto 36% da variabilidade do Empoderamento sendo que o erro padrão da estimativa é de 7,227.

Os cuidados de saúde e a promoção da saúde são dois dos três domínios que fazem parte da escala da literacia. Os cuidados de saúde dizem respeito a habilidade para aceder à informação, à capacidade para compreender e interpretar essa informação e à capacidade para tomar decisões informadas. (Tomé, 2018). A promoção da saúde é o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde (estilos de vida individuais, redes sociais comunitárias e condições socioeconómicas, culturais e ambientes gerais), no sentido de melhorá-la. (Tomé, 2018).

A literacia em saúde materna está relacionada com “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos” (Ferreira, 2013, p. 38).

O Empoderamento da grávida é definido por Kameda e Shimada (2008) como um sentimento de autorrealização e de independência, conquistados pela interação com o meio e com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento de energia psicológica para a concretização da experiência da gravidez e parto desejado. Este é determinado pelos conhecimentos adquiridos e experiências vividas ou partilhadas, conferindo assim à mulher autonomia, competência e poder para realizar escolhas que por sua vez influenciam a sua saúde.

Após as definições de empoderamento e literacia, é possível afirmar-se que ambas estão relacionadas. Se uma, se refere à capacidade para compreender o conhecimento adquirido, a outra refere-se á capacidade de tomada de decisão que são determinadas pelo conhecimento adquirido previamente. Facto que pode ser observado pelos resultados obtidos no nosso estudo.

No presente estudo, o preditor mais forte diz respeito à dimensão cuidados de saúde, posteriormente a promoção da saúde, seguido da idade da grávida e do número de filhos. Todas as variáveis estabeleceram uma relação direta com o empoderamento da grávida, pelo que se pode afirmar que o empoderamento é tanto melhor quanto mais elevado os índices das variáveis.

Durante a pesquisa bibliográfica efetuada, não foram encontrados estudos que relacionassem diretamente a variável literacia com a variável empoderamento, que nos

possam apoiar nesta conclusão, contudo, foram encontrados alguns artigos que nos permite sustentar o que foi referido anteriormente.

Segundo Tomé (2018), a literacia em saúde é cada dia mais reconhecida como um fator decisivo, pois condiciona a capacidade que o indivíduo tem ou não tem para tomar as decisões mais apropriadas relacionadas com a preservação da sua própria saúde. A literacia em saúde é, pois, um recurso importante que influencia, não só o nível da saúde, mas também a nível socioeconómico, determinando o controlo do indivíduo sobre a sua própria saúde, ao aumentar a sua capacidade para gerir e procurar informação em saúde, para aceder, receber, avaliar, compreender/usar informação em saúde e para assumir responsabilidades, ou tomar as respetivas decisões. Baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com uma menor capacidade para a tomada de decisões/escolhas.

A variável idade da grávida estabeleceu uma relação direta com o empoderamento da grávida, significando que, quanto mais idade maior o empoderamento. Dados que vêm corroborar o já referido anteriormente a que a esta variável diz respeito.

4. Conclusão

O empoderamento da grávida é determinado pelos conhecimentos adquiridos e experiências vividas ou partilhadas, conferindo assim à mulher autonomia, competência e poder para realizar escolhas que por sua vez influenciam a sua saúde.

Sendo a maternidade um momento marcante e inexplicável, cada mulher vive-o de uma forma única e especial e cada gravidez é uma descoberta, uma nova aventura pelo mundo da parentalidade.

A capacitação para a maternidade pode ser influenciada por vários fatores intrínsecos e extrínsecos à grávida, tendo sido nosso objetivo global verificar se existia relação entre algumas das variáveis sociodemográficas, obstétricas, literacia da saúde e o empoderamento da grávida.

É importante destacar algumas limitações que foram surgindo no presente estudo. O reduzido número de elementos da nossa amostra, associado à técnica de amostragem não probabilística por conveniência, bem como algumas questões burocráticas relativas às autorizações para a aplicação do instrumento de colheita de dados, constituíram-se como barreiras e impedem a generalização dos resultados obtidos.

Apesar das limitações do nosso estudo, pensamos que este possa contribuir para o desenrolar de um conjunto de informações acerca da temática do empoderamento da grávida, ainda pouco estudada. Pretendemos, assim, apresentar uma síntese das principais conclusões que se foram configurando no desenvolvimento desta investigação.

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

No que respeita às características obstétricas, temos o perfil de uma mulher grávida pela primeira vez, com menos de 37 semanas de gestação, sendo gravidez planeada, desejada e vigiada a frequentar as aulas de preparação para o parto.

A avaliação do nível de empoderamento da grávida determinou que 40,9% da totalidade das grávidas inquirida apresenta um nível intermédio de empoderamento, sendo secundado pelo nível baixo e elevado com valores percentuais iguais (29,5% vs 29,5%).

Quanto às variáveis sociodemográficas e de contexto obstétrico, dando resposta às duas primeiras questões de investigação, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre o nível socioeconómico em todas as dimensões e no total do empoderamento. Na ocorrência de uma gravidez planeada e as dimensões apoio de outros, alegria de uma adição à família, imagem futura e no total do empoderamento. Na idade gestacional também se verificaram diferenças significativas nas dimensões apoio e garantias de outros e na alegria de uma adição à família.

No que diz respeito à frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto e para a parentalidade verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no valor global do empoderamento.

Nas variáveis (idade da grávida, o estado civil, situação profissional, gestações anteriores, número de filhos e a idade gestacional), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala do empoderamento.

Na continuidade da resposta à terceira questão de investigação, qual a influência da literacia no empoderamento, através dos resultados obtidos na regressão linear múltipla, verificamos que as variáveis, cuidados de saúde, promoção de saúde e a idade da grávida estabelecem uma relação direta com o empoderamento, atestando que, quanto mais alto o índice nestas variáveis, melhor será o empoderamento da grávida.

Através deste estudo, tornou-se, evidente que o enfermeiro especialista em ESMO, representa um elemento fundamental no empoderamento da grávida, dada a sua formação específica que coloca a mulher no centro do seu cuidar, ao longo de todo o seu ciclo de vida. Deve dar primazia ao estabelecimento de vínculos, numa perspetiva de parceria com a mulher, atribuindo-lhe um papel ativo no que diz respeito às decisões, esclarecidas e informadas, da sua saúde. Dar autonomia, liberdade, empoderar. Romper com os modelos tradicionais de educação, verticais e de apenas transmissão quase unilateral e estandardizadas de informação. Dar tempo, oportunidade de a mulher expressar dúvidas, medos, receios e ansiedades que esta fase única e mágica que é a gravidez, acarreta.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho denotou-se que os estudos efetuados nesta área são escassos, pelo que se sugere que sejam realizadas futuras investigações. A escala do empoderamento, sendo um instrumento que se provou válido e fiável, estando já adaptado à população portuguesa, representa um bom instrumento para a avaliação de programas tanto nas consultas de vigilância como nas aulas de preparação para o parto, permitindo avaliar o empoderamento da grávida, promovendo a reflexão dos profissionais de saúde, para possíveis melhorias na sua intervenção.

Referências Bibliográficas

- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaodêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., & Clara, E. (2015). Filosofia de Cuidados em Saúde Materna e Obstétrica. Em A. Barradas, A. L. Torgal, A. P. Gaodêncio, A. Prates, C. Madruga, & E. Clara, *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras* (pp. 07-10). Ordem dos Enfermeiros.
- Berkman N. D.; Davis, C.; Macormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*; 15, 9–19. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/46818426_Health_Literacy_What_Is_It
- Borghei, N. S., Taghipour, A., Roudsari, R. L., & Nooghabi, H. J. (2017). Investigating the Determinants of Maternal Empowerment During Pregnancy: A Strategy for Prenatal Healthcare Promotion. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, pp. 988-997.
- Canavarro, M.C. (2006). Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M.C (coords.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Colman, L.; Colman, A.D (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN 972-8047-78-9. 212p.
- Corbett, R. W. (2008). Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. Em D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição ed., pp. 245-303). Loures: Lusodidacta.
- Dias, M. S., Silva, R. A., Souza, L. D., Lima, R. C., Pinheiro, R. T., & Moraes, I. G. (dezembro de 2008). Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 2787-2797. Acedido em https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001200007&script=sci_abstract&tlng=es
- Esteves, A. P.; Silva, L. R.; Silva, M. B. (2010) – Rede de Suporte Social às mulheres grávidas: tecelagem de cuidados de enfermagem numa perspetiva cultural. *Revista de Enfermagem UFPE*, 4(1), 82- 92.
- Faustino, M.L.T; Coelho, M.T.V (2005). Cuidar na gravidez, parto e puerpério. Que visibilidade da enfermagem. *Servir*. Lisboa, 53(4), 185-189.

- Ferreira, M., Duarte, J., & Barroca, I. (2013). Pregnant women's empowerment during pregnancy surveillance. In 5th European Conference on Public Health, *MEDIMOND International Proceedings* (pp.17-21). Malta: MEDIMOND
- Ferreira, M., Neto, S., Amaral, O., & Duarte, J. (2017). Health literacy and pregnancy surveillance. In 3rd International Conference on Health and Health Psychology, *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS* (Vol. 30, pp. 103-110). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
Acedido em <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2017.09.10>
- Fernandes, P (2012). Literacia em Saúde: contribuição para o estudo de adaptação e validação do Newest Vital Sign (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas). Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2287/1/14921.pdf>
- Figueiredo, J. V.; Freitas, L. V.; Lima, T. M.; Oliveira, A. S.; Damasceno, A. K de C. (2010) – Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em Foco*. 1 (3), 124-128.
- Funnell, M.M.; Anderson, R.M.; Arnold, M.S.; Barr, P.A.; Donnelly, M.; Johnson, P.D.; Taylor, D.; White, N.H. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 17(1), 37-41.
- Graça, L; Figueiredo M.; Carreira, M (2011). Contributos da intervenção da enfermeira de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista Referência III*, 4, 27-35.
- Graça, L. M. (2010) – *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel. 4.ª Ed. ISBN 978-972-757654-8. 756p.
- Hughes, C. (2007) – Empowerment: challenges during pregnancy. *Journal of Diabetes Nursing*. 11(8), 288-294.
- Kameda, Y.; Shimada, K. (2008) – Development of na empowerment scale for pregnant women. *Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*. Kanazawa University. 32 (1), 39-48.
- Kohan, S.; Ghasemi, S; Dodangeh, M. (2007). Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome, Irão: Iranian *Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn*, 12(4). Acedido em

<http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/viewFile/31/31>.

- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-09-3.
- Leal, I. (2006). *Perspetivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Maçola, L.; Vale, I. N.; Carmona, E. V. (2010) – Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista Escola Enfermagem USP*. 44 (3), 570-577.
- Mancuso, M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, (10). Acedido em <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/health-literacy-a-concept-dimensional-analysis-npKJJ2QeYI>.
- Martins, M. (2007) - Mitos e crenças na gravidez: sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga. Lisboa: Edições Colibri. (82-88). ISBN 978-972-772-689-9.
- Megan, A.; Saulnier, C.; Robb, K. (2010). Not Just Another Delivery: Women's Maternity Care Experiences of Provider Client Relationships. *Women's Health & Urban Life*, 9(1). Acedido em https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/24420/1/9.1_aston_etal.pdf.
- Mesquita, A. C. (2007) - Empowerment na doença crónica: o associativismo na insuficiência renal crónica. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. ISBN 978-972-99371-4-9. 143p.
- Mojoyinola, J.K. (2011). Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending, Etiopia. *International Multi-Disciplinary Journal* 5(3). Acedido em <http://www.ajol.info/index.php/afrrrev/article/view/67336>.
- Monforte, M. F. M.; Mineiro, A. L. S. (2006). As vivências da mulher durante a gravidez. *Nursing*. 16 (206), 17-23.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st

century. *Health Promotion International*, 15, 259-268

Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Recomendações para a Preparação para o Nascimento*.

Pereira, C. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Revista Nursing*. ISSN 0871- 6196. 23 (267), 8-15.

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

Rapoport, A.; Piccinini, C.A. (2006) – Apoio Social e experiência da maternidade. *Revista brasileira do crescimento e desenvolvimento humano*. São Paulo. ISSN 0104-1282. 16(1), 85-96.

Santos, I.M.B. (2012) – Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez. Instituto Politécnico de Viseu. 178 p.

Silva, D. N. (2014). Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu).
Acedido em
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2556/1/SILVA,%20Daniela%20Neves%20-%20DissertMestrado.pdf>

Silva, D., Ferreira, M., & Duarte, J. (Dezembro de 2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 13-16.

Silveira, C. S; Ferreira, M. M. (2011). Auto-conceito da Grávida - fatores Associados. *Millenium*. (40), 53-67.

Acedido em : <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/5.pdf>>.

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. Tennessee, USA: *Journal of Advanced Nursing* 50(6), 633–640. Acedido em
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15926968>.

WHO – Health literacy The solid facts. (2013). Acedido em

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Zarcadoolas, C.; Pleasant, A.; Greer, D. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20, 195-203.

Apêndices

Apendice I – Instrumento de Colheita de dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código _____
(a preencher pelo investigador)

PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 - Idade: _____ anos

2 - Nacionalidade: _____

3 - Estado Civil

- 1 Solteira
- 2 Casada
- 3 União de facto
- 4 Divorciada
- 5 Viúva

4 - Local de Residência

- 1 Aldeia
- 2 Vila
- 3 Cidade

5 - Habilitações Literárias

- 1 Analfabetismo
- 2 1º Ciclo (até ao 4º ano)
- 3 2º Ciclo (até ao 6º ano)
- 4 3º Ciclo (até ao 9º ano)
- 5 Secundário (até ao 12º ano)
- 6 Curso técnico-profissional
- 7 Bacharelato
- 8 Licenciatura
- 9 Mestrado
- 10 Doutoramento

6 – Profissão _____

7 – Situação profissional atual

- 1 Empregada
- 2 Desempregada

8 – Rendimento mensal do seu agregado familiar

- ₁ Inferior ou igual a 500€
- ₂ Entre 501€ e 1000€
- ₃ Entre 1001€ e 1500€
- ₄ Igual ou superior a 1501€

9 – Religião _____**10 – Internet em casa**

- ₁ Sim
- ₂ Não

PARTE II – DADOS OBSTÉTRICOSHistória Obstétrica**1 – Número de gravidezes anteriores:** _____**2 – Número de filhos vivos:** _____**3 – Tipo de parto** (pode assinalar mais que uma opção)

- ₁ Normal
- ₂ Ventosa
- ₃ Fórceps
- ₄ Cesariana
- ₅ Nenhum

Gravidez Atual**4 – Gravidez planeada?**

- ₁ Sim
- ₂ Não

5 – Gravidez desejada?

- ₁ Sim
- ₂ Não

6 – Realiza consultas de vigilância da gravidez?

- ₁ Sim
- ₂ Não (Se respondeu não, passe para a pergunta 10)

7 – Número de consultas até ao momento: _____**8 – Realizou a 1ª consulta:**

- ₁ Até às 12 semanas de gravidez
- ₂ Depois das 12 semanas de gravidez

9 – Onde realiza as consultas de vigilância? (pode assinalar mais que uma opção)

- ₁ Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
- ₂ Maternidade/Consulta Externa
- ₃ Clínica Privada/Médico Particular
- ₄ Outro. Qual? _____

10 – Idade gestacional atual (em semanas): _____

11 – Possui boletim de saúde da grávida?

- ₁ Sim
- ₂ Não

12 – Problemas de saúde antes de engravidar?

- ₁ Sim. Qual? _____
- ₂ Não

13 – Problemas de saúde durante a gravidez?

₁ Sim

₂ Não

13.1 – Se sim, qual?

- ₁ Diabetes
- ₂ Hipertensão
- ₃ Ameaça de abortamento
- ₄ Ameaça de parto prematuro
- ₅ Toxoplasmose
- ₆ Rubéola
- ₇ Vômitos abundantes
- ₈ Infecções urinárias
- ₉ Infecções vaginais
- ₁₀ SIDA
- ₁₁ Hepatite B
- ₁₂ Outro. Qual? _____

14 – Durante a gravidez tomou qual dos seguintes micronutrientes (pode assinalar mais que uma opção):

- ₁ Ferro
- ₂ Ácido fólico
- ₃ Iodo
- ₄ Magnésio
- ₅ Cálcio
- ₆ Vitaminas

7 Outro. Qual? _____

8 Nenhum

15 – Tomou outros medicamentos durante a gravidez?

1 Sim. Qual (ou quais)? _____

2 Não

16 – Pretende amamentar o seu filho?

1 Sim?

2 Não. Qual o motivo? _____

(Se respondeu não passe para a pergunta 18)

17 – A decisão de amamentar foi tomada por:

1 Iniciativa própria

2 A conselho do Médico

3 A conselho do Enfermeiro

4 Outros. Quem? _____

18 – O Enfermeiro está presente nas consultas de vigilância da gravidez?

1 Nunca

2 Às vezes

3 Sempre

19 – Normalmente, para saber mais acerca da sua gravidez recorre a (pode assinalar mais que uma opção):

1 Enfermeiro

2 Médico

3 Familiar

4 Outras grávidas

5 Livros/revistas/panfletos

6 Internet

7 Amigos

8 Outros. Qual? _____

20 – Frequenta ou pretende frequentar algum curso de preparação para o parto e parentalidade?

1 Sim

2 Não

21 – Informações nas consultas de vigilância da gravidez (pode assinalar mais que uma opção):

	Enfermeiro	Médico	Outro	Ninguém
1. Quem lhe transmitiu informação sobre a vigilância de saúde?				
2. Quem lhe transmitiu informação sobre a alimentação e aumento de peso na gravidez?				
3. Quem lhe transmitiu informação sobre atividade/repouso na gravidez?				
4. Quem lhe transmitiu informação sobre hábitos nocivos (tabaco, álcool e drogas) na gravidez?				
5. Quem lhe transmitiu informação sobre quais os exames a realizar durante a gravidez?				
6. Quem lhe transmitiu informação sobre os desconfortos da gravidez?				
7. Quem lhe transmitiu informação sobre os sinais de alerta para recorrer ao hospital durante a gravidez?				
8. Quem lhe transmitiu informação sobre a saúde oral e cheque dentista?				
9. Quem lhe transmitiu informação sobre os direitos da grávida no trabalho?				
10. Quem lhe transmitiu informação sobre atividade sexual durante a gravidez?				
11. Quem lhe transmitiu informação sobre o crescimento do bebé?				
12. Quem lhe transmitiu informação sobre a amamentação?				
	Enfermeiro	Médico	Outro	Ninguém
13. Quem lhe transmitiu informação sobre o trabalho de parto?				
14. Quem lhe transmitiu informação sobre a analgesia epidural?				
15. Quem lhe transmitiu informação sobre enxoval e cuidados com a roupa do bebé?				
16. Quem lhe transmitiu informação sobre o banho do bebé?				
17. Quem lhe transmitiu informação sobre segurança e transporte do bebé?				
18. Quem lhe transmitiu informação sobre os exercícios do pós-parto?				
19. Quem lhe transmitiu informação sobre a consulta de revisão puerperal?				

22 – Fuma durante a gravidez?

- 1 Sim. Quantos cigarros por dia? _____
 2 Não

23 – Ingere bebidas alcoólicas durante a gravidez?

- 1 Sim
 2 Não

23.1 – Se sim:

- 1 Todos os dias
 2 Algumas vezes
 3 Frequentemente
 4 Sempre

24 – Quem a acompanha às consultas

- 1 Ninguém
- 2 Marido/companheiro
- 3 Outro familiar
- 4 Amiga (o)
- 5 Outro. Quem? _____

PARTE III – LITERACIA EM SAÚDE
Questionário Europeu de Literacia em Saúde – Portugal (HLS-EU-PT) (Rede Académica Nacional de saúde Pública)

Considerando a seguinte escala, na qual 1 significa Muito Difícil e 4 Muito Fácil, indique colocando uma cruz (x) quão fácil diria que é para si cada uma das seguintes situações:

	1 – Muito Difícil	2 - Dificil	3 – Fácil	4 – Muito Fácil	5 – Não Sei
1. Encontrar informação sobre os sintomas de doenças que o preocupam?					
2. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?					
3. Saber o que fazer em caso de emergência médica?					
4. Saber onde encontra ajuda profissional quando está doente?					
5. Compreender o que o seu médico lhe diz?					
6. Compreender o folheto que vem com o medicamento?					
7. Compreender o que fazer numa emergência médica?					
8. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?					
9. Avaliar como é que a informação do seu médico se aplica à sua condição clínica?					
10. Avaliar as vantagens das diferentes opções de tratamento?					
11. Avaliar a necessidade de uma segunda opinião médica?					
12. Avaliar se a informação da doença nos meios de comunicação é de confiança?					
13. Usar a informação do seu médico para decidir sobre a sua doença?					
14. Seguir as instruções de tratamento?					
15. Chamar uma ambulância em caso de emergência?					
16. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?					
17. Encontrar informação para gerir os comportamentos que afetam a sua saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
18. Encontrar informação para gerir os problemas de saúde mental como o stress ou depressão?					
19. Encontrar informação sobre vacinas e os exames que pode fazer?					
20. Encontrar informação sobre a forma de evitar ou controlar as condições como o excesso de peso, tensão alta e colesterol elevado?					
21. Compreender os avisos relativos à saúde e aos comportamentos, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
22. Compreender porque precisa de vacinas?					

23. Compreender porque precisa de fazer exames médicos?					
	1 – Muito Difícil	2 - Difícil	3 – Fácil	4 – Muito Fácil	5 – Não Sei
24. Avaliar em que medida são fiáveis os avisos relativos à saúde, como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?					
25. Avaliar quando deve ir ao médico para fazer um Check-up ou um exame geral de saúde?					
26. Avaliar quais as vacinas de que necessita?					
27. Avaliar os exames médicos que precisa fazer?					
28. Avaliar se a informação veiculada nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?					
29. Decidir se deve tomar a vacina contra a gripe?					
30. Decidir como proteger-se da doença com base nos conselhos da família e amigos?					
31. Decidir como proteger-se da doença com base em informação dos meios de comunicação?					
32. Encontrar informação sobre a atividades saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e nutrição?					
33. Saber mais sobre as atividades que são positivas para o seu bem-estar mental?					
34. Encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde?					
35. Saber mais sobre as mudanças nas políticas que possam afetar a sua saúde?					
36. Saber mais sobre as formas de promover a sua saúde no trabalho?					
37. Compreender os conselhos de saúde da sua família e amigos?					
38. Compreender a informação nas embalagens de alimentos?					
39. Compreender a informação veiculada pelos meios de comunicação para se manter mais saudável?					
40. Compreender a informação que visa manter uma mente saudável?					
41. Avaliar a forma como o local onde vive pode afetar a sua saúde e bem-estar?					
42. Avaliar a forma como as condições de habitação podem ajudá-lo a manter-se saudável?					
43. Avaliar os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?					
44. Tomar decisões que podem melhorar a sua saúde?					
45. Aderir a um ginásio ou a uma aula de ginástica, se o desejar?					
46. Alterar os seus hábitos de estilo de vida, que afetam a sua saúde e bem-estar?					
47. Participar nas atividades da sua comunidade que melhoram a saúde e o bem-estar?					

PARTE IV - EMPODERAMENTO

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 II – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e as estudantes Carla Sequeira e Sara Tavares do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, sob a orientação da Senhora Professora Doutora Manuela Ferreira, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema: **“Literacia em saúde e vigilância pré-natal”**, nas grávidas a partir das 28 semanas de gestação.

Com a presente investigação pretende-se:

- Identificar os fatores determinantes da vigilância da gravidez;
- Determinar o nível de literacia em saúde da mulher grávida;
- Relacionar a transmissão de informação durante a gravidez com o empoderamento da grávida;

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo:

Data: ____/____/____

Nome da participante: _____ Assinatura:

Ou

Nome do representante legal: _____ Assinatura:

Anexos

Anexo I

Deferimento dos Conselhos de Administração



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.



96.01.2018
01.06.05 102

SÁBADO

90114 134 010111 11111

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Carlos Pereira
Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu
R. D. João Crisóstomo Gomes Almeida nº 102
3500-843 VISEU

SUA REFERÊNCIA
8004

SUA COMUNICAÇÃO DE
02-01-2018

NOSSA REFERÊNCIA
DE

DATA
12-janeiro-2018

ASSUNTO: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados

Em resposta ao Vosso ofício acima referenciado, informar-se V. Ex^ª. que foi autorizada a colheita de dados através da aplicação do questionário.

No entanto, e considerando a especificidade do questionário, o mesmo deve ser efetuado pelos intervenientes interessados.

Mais se informa que dos resultados do estudo, o mesmo deve ser dado conhecimento a este ACeS.

Com os melhores cumprimentos, *lms*

O DIRETOR EXECUTIVO

(Luís Manuel Chaves Soveral Botelho, Dr.)



Conselho de Administração

Exma Senhora
Professora Manuela Ferreira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida, 102
3500-843 Viseu

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº:	DATA:
0005	02/01/2018	PROC. Nº:	18-01-2018

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V^a Ex^a que, se **autoriza**, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, a recolha de dados para a realização do estudo subordinado ao tema "Literacia em Saúde e vigilância pré-natal" a realizar pelas alunas Carla Sequeira e Sara Tavares do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, devendo no entanto informar qual o local onde irão recolher os referidos dados.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração



(Cílio Pereira Correia, Dr.)

PCA/Ab

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Exma. Senhora
Enfª Sara Tavares
sarampereiratavares@gmail.com

S/ Ref.ª

S/ Comunicação de

N/ Ref.ª 087888

Aveiro, 08.11.2018

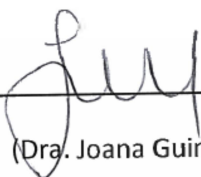
ASSUNTO: Resposta ao V/ Pedido de confirmação para a realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à s/ solicitação subordinada ao tema "Literacia em saúde e vigilância pré-natal" vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Nesse sentido, solicitamos a V. Exa se digne enviar um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação



(Dra. Joana Guimarães)

