



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA**

O empowerment da grávida durante a vigilância pré-natal

Daniela Filipa Gaspar de Matos

Coimbra, janeiro de 2018



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA

O empowerment da grávida durante a vigilância pré-natal

Daniela Filipa Gaspar de Matos

Orientadora: Professora Mestre Teresa Maria Campos Silva, Professora
Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, janeiro de 2018

AGRADECIMENTOS

A Enfermeira Ilda Madeira, enfermeira chefe do Centro de Saúde da Marinha Grande, por ter facilitado horários e pelo apoio prestado.

Aos meus colegas do centro de saúde, pelo companheirismo e ajuda, fatores muito importantes na realização desta Dissertação.

À Professora Orientadora, Teresa Silva pela orientação e pelo seu contributo no desenvolvimento dos meus conhecimentos científicos.

À Professora responsável da Unidade Curricular de Dissertação, Isabel Margarida Mendes, o meu profundo agradecimento pelo apoio e incentivo para continuar e nunca desistir.

A todas as participantes a minha gratidão que, embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível.

Aos Colegas do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pela fantástica união, amizade e partilha de conhecimentos, prestada ao longo do curso.

Aos meus amigos pela paciência, apoio e por estarem sempre presentes.

À minha Família, em especial à minha mãe, por ser o meu pilar, fonte de apoio e carinho. Ao meu marido e aos meus filhos, a quem “roubei” tempo, mas que sempre acreditaram em mim e me apoiaram. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente e oferecem. A eles, dedico todo este trabalho.

Finalmente, a todos os que estiveram presentes nesta jornada e que colaboraram, de forma direta ou indireta, na realização deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CPP – Curso de Preparação para a Parentalidade

DP – Desvio Padrão

EEG – Escala de *Empowerment* da Grávida

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

IBM – International Business Machines

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A gravidez traz grandes transformações quer físicas quer psicológicas na vida da mulher, sendo um período onde a necessidade de informação é muita e onde a promoção da saúde assume o papel principal na área da assistência pré-natal. A presente investigação é uma replicação do estudo de Santos (2012).

Objetivos: descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das grávidas; analisar a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no *empowerment* da grávida e por fim analisar a influência da transmissão de informação durante a gravidez no *empowerment* da grávida.

Métodos: estudo não-experimental, quantitativo, transversal, descritivo e correlacional com uma amostra não probabilística por redes. A recolha dos dados foi efetuada, após consentimento informado, a grávidas maiores de 18 anos, no terceiro trimestre de gravidez através de um questionário on-line constituído por duas partes: caracterização sociodemográfica e história obstétrica (anterior e atual) e aplicação da versão portuguesa da escala de *empowerment* da grávida de Aires (2012). Esta escala originalmente criada e validada para a população japonesa, foi já alvo de tradução e validação para a população portuguesa.

Resultados: A amostra de 73 grávidas, com idades entre os 18 e os 41 anos, maioria: de nacionalidade portuguesa, com habilitações literárias de ensino superior, empregadas e a residir em meio urbano sendo a média de idade gestacional de 33.5 semanas. Ao analisar os dados recolhidos, não se verificou relação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de transmissão de informação e o *empowerment* da grávida.

Conclusão: denotou-se que os estudos efetuados nesta área são escassos, sugerem-se futuras investigações, mais abrangentes e com amostras maiores. A escala EEG, sendo um instrumento que se provou válido e fiável, estando já adaptado à população portuguesa, representa um bom instrumento para a avaliação de programas/projetos de promoção de saúde.

Palavras-chave: Informação; gravidez; *empowerment*; enfermagem

ABSTRACT

Background: Pregnancy brings great transformations, both physical and psychological, in a woman's life, a period where the need for information is high and where health promotion plays the leading role in prenatal care. This is a replication of Santos (2012) survey.

Objective: describe the sociodemographic and obstetric profile of pregnant women; analyse the influence of sociodemographic and obstetric variables in the empowerment of pregnant women and finally to analyse the influence of information during pregnancy in the empowerment of the pregnant woman.

Methods: It is a non-experimental, quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study with a non-probabilistic sample by networks. Data collection was done, after informed consent, to adult pregnant women in the third trimester of pregnancy through an online questionnaire, consisting in two parts: socio-demographic characterization and obstetric history (previous and current) and the portuguese version of a scale of empowerment of the pregnant woman. This scale, originally created and validated for the Japanese population, has already been translated and validated for the portuguese population by Aires (2012).

Results: 73 pregnant woman, with the ages between 18 and 41 years, the majority portuguese, with higher education, employed and living in urban areas, the mean of gestational age was 33.5 weeks. Analyzing the collected data, there was no influence of the variables sociodemographic, obstetric and information transmission in the empowerment of pregnant women.

Conclusions: The survey in that área is scarce, future research is suggested, more extensive and with larger samples. The Empowerment scale for pregnant woman, being an instrument that proved to be valid, reliable, and already adapted to the portuguese population, represents a good instrument for evaluating health promotion programs / projects.

Keywords: information; pregnancy; empowerment; nursing

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho de investigação do estudo..... 43

INDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Variáveis na amostra..... | 41 |
| Tabela 2 – Itens constituintes das dimensões da EEG..... | 46 |
| Tabela 3 – Estudo da consistência interna da EEG em Portugal..... | 47 |
| Tabela 4 – Distribuição de resultados segundo a variável profissão | 52 |
| Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra | 53 |
| Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto à história obstétrica | 55 |
| Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto à gravidez atual | 56 |
| Tabela 8 – Correlação entre a variável idade e o valor da EEG | 58 |
| Tabela 9 – Relação entre a variável estado civil e valor da EEG | 58 |
| Tabela 10 - Relação entre a variável nível de escolaridade e valor da EEG . | 59 |
| Tabela 11 - Relação entre a variável situação profissional e valor da EEG ... | 59 |
| Tabela 12 - Relação entre a variável local de residência e valor da EEG | 59 |
| Tabela 13 – Relação entre gravidez anterior, experiência de parto anterior, gravidez planeada, problemas na gravidez e frequência de CPP e valor da EEG | 60 |
| Tabela 14 – Relação entre a variável local de vigilância da gravidez e valor EEG | 61 |
| Tabela 15 – Relação entre as variáveis de transmissão de informação e valor da EEG | 61 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Tipo de partos anteriores | 54 |
| Gráfico 2 – Fontes de informação usadas pelas grávidas para além dos profissionais de saúde | 57 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 19 |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | |
| 1 – A MULHER E A MATERNIDADE..... | 25 |
| 1.1 – O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE..... | 26 |
| 1.2 – A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ..... | 28 |
| 2 – A PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO VEÍCULO PARA O EMPOWERMENT..... | 31 |
| 2.1 – O CONCEITO: <i>EMPOWERMENT</i> | 33 |
| 2.2 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO <i>EMPOWERMENT</i> DA GRÁVIDA..... | 34 |
| PARTE II – ESTUDO EMPIRICO | |
| 3 – METODOLOGIA..... | 39 |
| 3.1 – OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO DO ESTUDO..... | 39 |
| 3.2 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 40 |
| 3.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS..... | 41 |
| 3.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 44 |
| 3.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS..... | 44 |
| 3.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS..... | 47 |
| 3.7 – TRATAMENTO DE DADOS..... | 48 |
| 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DOS DADOS..... | 51 |
| 4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA | 51 |
| 4.1.1 – Caracterização da Amostra..... | 51 |
| 4.1.2 – Caracterização dos valores da EEG | 57 |
| 4.2 – ANÁLISE INFERENCIAL | 57 |
| 4.2.1- Relação entre as variáveis sociodemográficas e total da EEG | 58 |
| 4.2.2- Relação entre as variáveis obstétricas e total da EEG | 60 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2.3- Relação entre as variáveis da transmissão de informação e total da EEG | 61 |
| 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 63 |
| CONCLUSÃO | 75 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 78 |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO | |
| APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO | |
| ANEXOS | |
| ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA EEG | |
| ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA ESENF | |

INTRODUÇÃO

O período pré-natal é considerado um período não só de preparação física, mas também de transição para a parentalidade, requerendo por isso intensas aprendizagens quer para os pais quer para os que lhes estão próximos. Este período representa assim uma oportunidade única 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).

O objetivo da educação pré-natal é 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. A informação facultada durante a promoção da saúde deve ter em conta o contexto que por sua vez deve enfatizar a boa forma para se adaptar às alterações que acompanham a gravidez, de modo a evitar, que os exames e os cuidados de rotina para deteção de risco, contribuam para que a grávida, o pai e respectiva família considerem a gravidez como uma situação patológica (idem).

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. A filosofia dos cuidados em saúde materna e obstétrica assenta as suas raízes num modelo assistencial que pressupõe uma parceria com a mulher e a coloca desta forma num lugar central durante todo o seu ciclo reprodutivo. Pressupõe o estabelecimento de uma forte relação e confiança com a mulher, conseguindo desta forma uma continuidade de cuidados permitindo melhorar e proteger o processo normal de parir e nascer. Cuidados estes que devem ser flexíveis, criativos, de capacitação e suporte às mulheres (Barradas et al., 2015).

Não obstante de tudo isto, as dúvidas e receios, típicos desta fase da família, aparecem assim que a grávida abandona a consulta de vigilância da gravidez e ao chegar a casa, a grávida tem ao seu dispor uma oferta infinita de informação e meios de autoeducação para a saúde tais como: revistas, livros, programas televisivos, internet e família. Neste campo a Internet parece ser a fonte de informação que mais tem crescido.

Neste contexto surge um grande desafio para os enfermeiros: prestar cuidados que proporcionem apoio e suporte e que permitam empoderar a grávida para que esta possa lidar com as mudanças físicas e emocionais associadas à gravidez, promovendo um clima de confiança e de parceria para que esta encontre também espaço para esclarecer as suas dúvidas.

Como enfermeira generalista, futura enfermeira especialista em ESMO, assumindo funções nos cuidados de saúde primários, tendo uma participação ativa na vigilância pré-natal das grávidas, considera-se essencial identificar fatores que possam influenciar o *empowerment* das mesmas, visto que este se traduz numa ferramenta para uma transição saudável para a maternidade. Importa, portanto, definir o que é o *empowerment*.

Segundo Kameda e Shimada (2008) o *empowerment* da grávida, ao nível individual, é definido como: "...um sentido de autorrealização e de independência, conquistado pela interação com o ambiente e com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento da energia psicológica para a concretização da experiência de gravidez e parto desejada." (p.40).

Através desta definição é possível denotar o seu carácter multidimensional e inferir que para a sua operacionalização é necessário recorrer a instrumentos práticos que permitam a sua determinação tendo em conta a população, contexto e dimensões específicas. As escalas permitem obter dados consistentes e não apenas suposições e deste modo contribuir para a prática de cuidados de enfermagem individualizados e fundamentados. Contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem pois permitem inferir se a muita informação que passamos durante as consultas de enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é de facto eficaz e surte efeito no *empowerment* da grávida e conseqüentemente se estamos a ajudar na sua transição para a maternidade.

Durante a pesquisa efetuada foi encontrada uma escala de origem japonesa e que, entretanto, já foi traduzida e validada para a realidade portuguesa por várias autoras a "*Empowerment Scale for Pregnant Women*" de Kameda e Shimada (2008). A disponibilidade desta escala para a prática clínica permitirá identificar as necessidades das grávidas, compreender o modo como estas vivenciam a gravidez e a transição para a maternidade e contribuir para centrar os cuidados de enfermagem nas clientes e suas necessidades.

Face ao exposto anteriormente surge a seguinte problemática:

Em que medida a informação transmitida durante a vigilância pré-natal influencia o *empowerment* da grávida?

Esta investigação, é uma replicação do estudo de Santos (2012) e tem como objetivo geral verificar se a transmissão de informação durante a gravidez influencia o *empowerment* da grávida. Para tal pretende: descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das grávidas; analisar a influência das variáveis sociodemográficas e obstétricas no *empowerment* da grávida e por fim analisar a influência da transmissão de informação durante a gravidez com o *empowerment* da grávida.

O estudo apresentado será constituído em duas partes fundamentais. Numa primeira parte é apresentado o enquadramento teórico da problemática na qual é feita uma abordagem à gravidez, maternidade como processo de transição, vigilância pré-natal, ao conceito de *empowerment*, a promoção da saúde e o papel do enfermeiro especialista em ESMO no *empowerment* da grávida.

Na segunda parte é abordada toda a investigação empírica e inclui todos os capítulos de metodologia, apresentação de resultados, discussão e conclusão.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - A MULHER E A MATERNIDADE

No ano de 1995 deu-se em Pequim a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, tendo representado um momento chave no processo de evolução da situação das mulheres no mundo, principalmente no que diz respeito à igualdade de género. Promovida pelas Nações Unidas dela resultou a Declaração de Pequim e a Plataforma de Ação que permitiram um ponto de viragem na melhoria da situação das mulheres. Apesar das mudanças que trouxe, fazendo um balanço 15 anos após esta conferência, continuam a persistir alguns dos problemas como a violência contra as mulheres, a desigualdade no trabalho e na vida económica, a marginalização na vida política e na tomada de decisão e o peso dos estereótipos - áreas em que o exercício pleno da cidadania ainda não é plena e totalmente reconhecido às mulheres em todas as sociedades e em todas as suas dimensões práticas e vivenciais (Silva, 2010).

No que concerne à maternidade, em pleno século XXI ainda 10 milhões de crianças e meio milhão de mães morrem todos os dias, sabendo que a maioria dessas mortes poderiam ser evitadas se houvesse acesso a cuidados de saúde adequados (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Em Portugal é vivida uma realidade um pouco diferente. No entanto, apesar das taxas de morbilidade e mortalidade materna e infantil serem atualmente baixas em Portugal e a implementação dos cuidados pré-natais se poder considerar um sucesso, os profissionais de saúde deverão procurar melhorar continuamente a sua implementação promovendo intervenções mais eficazes. Deste modo pode haver uma optimização dos cuidados pré-natais, cujo objectivo é ajudar as mães a prepararem-se para o seu novo papel pois por mais evolução que ocorra, vai sempre persistir uma enorme necessidade de informação e instrução neste período vulnerável da maternidade (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Fazendo um retrato das mulheres, em números, em Portugal: ao nível da escolaridade, o número de mulheres com formação superior e secundária aumentou, existindo o dobro de doutoramentos, e diminuindo o número de abandono precoce da educação e formação. Segundo PORDATA, dados referentes a 2017, a percentagem de mulheres sem nível de escolaridade representa apenas 9.8%, ficando o 1º ciclo com a maior fatia de mulheres: 22.3%, logo seguido do ensino superior e secundário com respetivamente

21% e 20.1%. De acordo com o mesmo autor, são as mulheres que menos abandonam a escola sem completar o nível secundário, 9.7% em vez dos 15.3% de homens.

Existe também uma evolução positiva ao nível da investigação e desenvolvimento, assim como na utilização de tecnologias de informação e comunicação. Em 2011 cerca de 55,5% das mulheres com idade entre 16 e 74 anos utilizou computador e 52,5% a internet (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Ao nível da saúde materna, o número de partos tem vindo a diminuir e a idade das parturientes a aumentar. Para além disso aumentou a procura de consultas de ginecologia e obstetrícia nos centros de saúde, sendo este aumento mais significativo na saúde materna com um aumento de 24%. No que diz respeito ao acompanhamento parental, seja inicial, em situações de adoção e assistência, é maioritariamente assegurado pelas mulheres. É a população feminina que mais utiliza instrumentos da conciliação entre o trabalho e a família, da mesma forma que cuidados a menores e pessoas dependentes são assegurados essencialmente pelas mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Pelo exposto anteriormente, podemos verificar que é na mulher que recai a responsabilidade maior em cuidar da família, nomeadamente dos filhos. Por tudo, isto é, de extrema importância o seu empoderamento para que lide de forma tranquila com todo o processo de transição para a maternidade.

1.1 - O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

Segundo Manning (2006) transição para a parentalidade é o período de tempo que decorre desde a decisão parental de conceção até aos primeiros meses após o nascimento do bebé, durante o qual os pais definem os seus papéis e se adaptam à parentalidade. É um período de instabilidade quer para a mãe quer para o pai, independentemente da parentalidade ser biológica ou adotiva. É um processo de incorporação e transição de papéis que começa durante a gravidez e termina quando pai e/ou mãe desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis.

A gravidez desperta a necessidade de reestruturação e reajustamento em diferentes dimensões: mudanças de identidade e uma nova definição de papéis. Quando se trata do primeiro filho, a grávida além de filha e mulher passa a ser mãe. Embora na múltipla também haja mudanças de identidade, ser mãe de um é diferente de ser mãe de dois e

por aí em diante. É uma possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade (Maldonado, 2013).

Situar a gravidez como crise ou transição não quer dizer que o período crítico termine com o parto, pelo contrário, grande parte das mudanças ocorrem após o parto: o puerpério é um período de transformação onde decorrem mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais-filho e grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar (Maldonado, 2013).

Na sua grande maioria, as mães e seus companheiros acabam por ver nesta transição uma oportunidade e não um período de perigo. São estimulados a desenvolverem novas estratégias de *coping* à medida que trabalham para controlar os seus novos papéis e para atingir novos níveis de desenvolvimento (Manning, 2006).

De acordo com Portugal - Direção Geral da Saúde (2015), a gravidez é um processo vivenciado por milhões de mulheres ao longo da história, não sendo por isso um estado de doença que careça de tratamento. É sim uma adaptação a uma nova situação e uma modificação fisiológica corporal e emocional que tem como desfecho o nascimento de um ou mais bebés. Esta transição é vivida de modo individual e única, pois todas as gestações são diferentes mesmo quando vividas pela mesma mulher em diferentes circunstâncias ao longo do tempo.

Para Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger e Schumacker (2000) a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) para outro estado, requerendo por parte da pessoa: incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do “eu”. É o resultado de mudança na vida, saúde, relacionamento e/ou ambiente.

Segundo os mesmos autores, a Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem.

A maternidade é uma transição de natureza situacional pois está ligada a um acontecimento que implica uma alteração de papéis. Ao longo da transição surgem condicionantes facilitadores e inibidores da transição que podem estar relacionados com a pessoa em si, como por exemplo, a comunidade e sociedade, que levam a padrões de resposta (indicadores de processos e de resultados) e intervenções de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacker, 2000).

A transição para a maternidade, evento crítico, desencadeia mudança e para a compreender é necessário identificar os seus efeitos e os seus significados. Os eventos críticos estão frequentemente associados à consciência da mudança e exigem do enfermeiro, atenção, conhecimento e experiência, pois trata-se de um momento único, mas também de grande vulnerabilidade para a grávida e para os que estão à sua volta (idem).

É importante compreender as experiências vivenciadas pela grávida durante a sua transição para a maternidade, sendo necessário identificar os condicionantes pessoais que podem facilitar ou dificultar o processo. O objetivo é a grávida alcançar uma transição saudável, ou seja, que esta reformule a sua identidade e domine novas habilidades (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacker, 2000).

O enfermeiro deve ter uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição, neste caso, para a maternidade. Devendo proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que a vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições de modo a restabelecer a sensação de bem-estar (idem).

1.2 – A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

Em Portugal a assistência pré-natal desenrola-se maioritariamente no âmbito dos cuidados de saúde primários sob a orientação do médico de família e da enfermeira de cuidados gerais ou da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. Assim este acompanhamento centra-se mais nos Centros de Saúde ficando os cuidados de saúde diferenciados encarregues da gravidez de risco (Martins, 2014).

Desde 2005 que Portugal iniciou uma reforma nos cuidados de saúde primários, motivada não por uma situação de caos, maus resultados, ineficácia ou insatisfação mas sim por uma vontade de querer mais e melhor: melhor qualidade e acessibilidade, melhor qualidade de prestação de cuidados, participação activa e maior satisfação de todos (profissionais e utentes). Esta nova organização vem romper com o modelo tradicional vertical e hierarquizado, permitindo aos profissionais organizarem-se por equipas escolhidas por si, com autonomia funcional e focadas nas pessoas e comunidades que servem (Biscaia & Heleno, 2017). Assim surgiram as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), organizados em Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) por áreas geográficas. Este novo modelo permite uma maior proximidade e permite que seja sempre a mesma

equipa de profissionais de saúde a prestarem os cuidados, incluindo às mulheres grávidas, promovendo as relações interpessoais e terapêuticas.

Em Portugal foi criado o programa nacional de vigilância da gravidez incorporado numa rede de referência Materno-Infantil, havendo articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares. Em 2015 a Direção-Geral da Saúde atualizou e publicou um programa para a vigilância da gravidez de baixo risco, que decorre nos Centros de Saúde, numa tentativa de uniformizar práticas. A visão deste programa é promover um futuro mais saudável na população desde o início do ciclo de vida e assenta em três eixos fundamentais:

- Cuidados centrados na pessoa;
- Continuidade de cuidados no ciclo de vida - reconhecendo a importância da educação para a saúde e dos fatores psicológicos e socioculturais como determinantes da saúde;
- Conceptualizando a gravidez como momento de oportunidade para a intervenção e mudança.

(Portugal - Direção Geral da Saúde, 2015)

De acordo com o programa proposto a grávida deverá iniciar a sua vigilância o mais precocemente possível, devendo a primeira consulta ocorrer até às 12 semanas de gestação. As consultas seguintes deverão ser marcadas com uma periodicidade de acordo com as semanas de gestação, sendo menos espaçadas para o fim da gravidez. Para além disso, todas as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, devem ter acesso a uma consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto (Portugal - Direção Geral da Saúde, 2015).

Numa reflexão efectuada por Martins (2014) sobre o programa de assistência pré-natal nos cuidados de saúde primários em Portugal, são identificadas algumas barreiras no âmbito da assistência que podem por em causa a sua qualidade. Assim Martins (2014) citando Remoaldo (2002), identifica algumas variáveis que podem condicionar a assistência pré-natal, como por exemplo: a idade da mãe, o estado marital, o grau de instrução, a paridade e os custos dispendidos pela população. Segundo o mesmo autor as barreiras passíveis de condicionar a utilização dos serviços de saúde são de três tipos: barreiras estruturais (organização dos serviços, a eficácia dos cuidados, o tempo e os custos); barreiras individuais (o conhecimento, os sentimentos e os comportamentos) e as barreiras sociodemográficas (a idade, o estatuto socioeconómico e o grau de instrução). É imprescindível os profissionais de saúde terem conhecimento

e consciência destas barreiras no planeamento das intervenções educativas e nos cuidados a prestar à grávida pois têm importantes implicações.

Na revisão integrativa elaborada por Oliveira, et al., (2016) foram identificados alguns factores que podem contribuir para que as grávidas adiram à vigilância pré-natal, como por exemplo: uma estrutura física adequada, boa acessibilidade ao agendamento de consultas, a localização geográfica e a qualidade da vigilância pré-natal. Por outro lado também permitiu identificar alguns factores que podem levar a grávida a não cumprir uma adequada vigilância da gravidez: o início tardio da vigilância, multiparidade, baixos rendimentos e idade, nomeadamente no caso das adolescentes. Segundo o mesmo autor, o compromisso com a mulher grávida e a qualidade dos cuidados prestados devem ser uma preocupação constante. Uma atitude que respeite os princípios éticos, uma comunicação eficaz, o respeito e a sensibilidade são essenciais no estabelecimento das ações de saúde.

2 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO VEÍCULO PARA O *EMPOWERMENT*

Foi em 1986, no Canadá que se deu a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde da qual se obteve a Carta de Ottawa, tendo por base de igual modo a Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata. Daqui definiu-se o conceito de promoção de saúde como sendo um processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, melhorando-a. Surge um conceito positivo acerca da saúde, sendo esta encarada como um recurso e não como uma finalidade de vida e entendida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Para que está seja atingida, o indivíduo ou grupo, devem estar aptos a identificar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio que o envolve (Portugal, Direção-Geral da Saúde).

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 *empowerment* e a educação em saúde permitem uma mudança de atitude, suporte para adesão a tratamentos, mudança de factores que interferem no tratamento, como por exemplo a prática de exercício ou alimentação saudável, pode afirmar-se que a saúde influencia a qualidade de vida. Defende assim 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.

No estudo de Rios e Vieira (2007), que reflete sobre a consulta de enfermagem no pré-natal, foi notório o incentivo do aumento de cobertura em detrimento da qualidade. Estes mesmo autores alertam para a importância de romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e dar primazia ao diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e clientes, tanto na prevenção quanto na cura. Identifica ainda alguns aspectos que prejudicam a consulta de enfermagem como por exemplo os ruídos, bloqueios e descontinuidade no processo comunicativo.

Alfing, Stumm, e Boff (2016), na sua revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pré-natal, concluíram que na óptica das mulheres, estas ações são tidas como

importantes por contribuírem para a aprendizagem, favorecerem a criação de vínculo, serem resolutivas e irem ao encontro das suas necessidades. 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 acções de educação em saúde.

De acordo com Silva, Lima, e Osorio (2016), a educação para a saúde durante a assistência pré-natal na gravidez de baixo risco, tem um impacto positivo principalmente na promoção do aleitamento materno exclusivo, reduz o risco de baixo peso ao nascer e também a probabilidade de parto prematuro. As acções educativas revelaram-se mais eficazes quando se estendem ao período pós-parto. No fundo contribuem para um desfecho obstétrico mais favorável principalmente por minimizarem receios e a ansiedade da grávida, preparando-a para o parto e puerpério, devendo ser incluídas em todos os serviços de saúde.

Para além de toda a informação que é transmitida durante a vigilância da gravidez, os profissionais de saúde não devem esquecer as outras fontes que a grávida utiliza, sendo a internet uma das opções à disposição da maioria da população.

Num estudo efetuado por Santana (2009), é notório um crescimento muito elevado no número de mulheres que utiliza a Internet por razões de saúde ou doença sendo este mais acentuado no escalão dos 25 a 34 anos. As mulheres reconhecem na Internet um potencial para preencher requisitos de informação de saúde em momentos específicos das suas vidas e procuram aconselhamento e ajuda em questões como estilo de vida, gravidez e cuidados infantis e gestão de aspectos relacionados com doenças específicas. O mesmo estudo refere ainda que dado ao crescente número de mulheres portuguesas com acesso à Internet e ao ensino superior (sabendo que a escolarização é um factor determinante de procura de informação de saúde na Internet) deve pensar-se em futuras investigações e intervenções concretas por parte dos profissionais de saúde e dos responsáveis por políticas e programas de saúde pública. Tudo isto adquire mais significado quando neste estudo se verifica que cada vez mais são valorizadas as fontes de informação informal como a Internet em detrimento das antigas enciclopédias e brochuras ou até mesmo dos profissionais de saúde.

Weston e Anderson (2014), mostram no seu estudo que o uso de informação obtida através da internet, durante a gravidez, é valorizada tanto pelas grávidas como pelas parteiras. No entanto as parteiras são mais negativas na percepção da fiabilidade da

informação obtida na internet. Concluem afirmando ser necessário uma maior colaboração entre parteiras e grávidas para que cheguem a um consenso sobre quais os sites a usar e quais os que se devem evitar, uma vez que a internet permite informação de acesso universal e pode ser usada de forma confidencial.

2.1 – O CONCEITO: *EMPOWERMENT*

Segundo ONU Mulheres (2015), o conceito de *empowerment* tem a seguinte definição: “Dar ou adquirir poder ou mais poder. O empoderamento significa uma ampliação da liberdade de escolher e agir, ou seja, o aumento da autoridade e do poder dos indivíduos sobre os recursos e decisões que afetam suas próprias vidas.” (p.21)

Por sua vez o *empowerment* da grávida é definido por Kameda e Shimada (2008) como um sentimento de auto-realização 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 desejada.

Segundo estas autoras o termo tem origem nos conceitos de reforçar o poder, transferir/dar poder, ou capacitar.

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

No seu estudo, Silva, Ferreira, e Duarte, (2015), puderam constatar que o *empowerment* da grávida é ainda influenciado pela experiência de gravidez e parto anterior. O medo do parto e os receios perante a adoção deste novo papel, influenciam o nível de *empowerment* da grávida.

A redução da violência doméstica e o aumento da satisfação marital bem como a oferta de apoio espiritual poderão favorecer o *empowerment* pré-natal e com isto facilitar a transição para a maternidade. A idade da mãe aquando da primeira gravidez parece influenciar o nível de *empowerment* da grávida, sendo diretamente proporcionais, ou seja, maior idade, maiores níveis de *empowerment* (Borghei, Taghipour, Roudsari, & Nooghabi, 2017).

Pode então concluir-se que o conhecimento dos fatores que influenciam o *empowerment* da grávida é essencial para desenvolver programas de educação em saúde que melhor respondam às necessidades da mulher grávida, levando a uma transição para a maternidade mais tranquila e harmoniosa.

2.2 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ESMO NO *EMPOWERMENT* DA GRÁVIDA

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (ESMO) possui um exercício profissional autónomo e regulado em Portugal, através de competências específicas, publicadas na Lei nº 9 de 4 de março de 2009. Assim o seu domínio é centrado na intervenção na saúde reprodutiva em geral e na saúde da mulher e da família em particular, ao longo de todo o seu ciclo de vida, incluindo a sexualidade e a regulação da fertilidade. Estas atividades podem ser exercidas em diferentes contextos, como, comunidade, hospitais e agrupamentos de centro de saúde (ACES), nos cuidados de saúde primários. A 16 de Setembro de 2009, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a relevância das intervenções do Enfermeiro Especialista através da criação dos Colégios das Especialidades, conforme o disposto no nº2 do artigo 31º da Lei 111/2009. Deste modo pode-se afirmar que a Enfermagem Portuguesa detém um quadro de referências, bem estruturado, com instrumentos reguladores da intervenção dos enfermeiros, assentes no desenvolvimento e certificação de competências profissionais e legislação comunitária (Cerejeira, 2010).

Com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, e a criação de diferentes unidades de saúde, como por exemplo, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que são maioritariamente compostas por Enfermeiros Especialistas, direcionando os seus cuidados para a comunidade e responsáveis por exemplo pela Preparação para o Parto, e as USF que são responsáveis pela vigilância da gravidez de baixo risco e compostas maioritariamente por Enfermeiros Generalistas, surgiram alguns constrangimentos. Uma das questões que surge é onde fica situada a consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, especialmente na gravidez de baixo risco. Não obstante, esta reforma revelou-se essencial na proximidade aos cidadãos, e tem como missão o desenvolvimento de intervenções centradas nas pessoas/família, sendo agora necessário criar uma articulação efetiva e ajustada, clarificando com os nossos pares e outros profissionais o nosso espaço de atuação e articulação com os colegas. Importa clarificar a existência de um necessário cruzamento entre as esferas de atuação;

respeitar as competências comuns dos enfermeiros especialistas; definir o espaço da atuação do Enfermeiro Especialista em ESMO de modo a que as competências específicas tenham efetivamente o seu espaço de atuação para a sua implementação (Cerejeira, 2010).

O enfermeiro especialista em ESMO 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 fulcral nos Cursos de Preparação para o Parto/ Nascimento, 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).

Portugal - Direção Geral da Saúde (2015), afirma que todos os casais deverão ter acesso a estes cursos no decorrer da gravidez pois permitem a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias que surgem nesta altura, num ambiente de grupo e de suporte mútuo. Antes do início do curso, o profissional deve realizar uma entrevista, de modo a conhecer a grávida/ casal.

O enfermeiro especialista em ESMO é desta forma um elemento de excelência para a contribuição do *empowerment* da mulher, grávida.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

3 - METODOLOGIA

A fase metodológica refere-se ao conjunto de meios e atividades próprias que têm em vista responder às questões de investigação ou verificar hipóteses formuladas. Permite passar da conceção da investigação à sua operacionalização. Trata-se de determinar um certo número de operações e estratégias, que especifiquem como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, que indicará o percurso a seguir, de modo a organizar as fases posteriores de realização e de interpretação/difusão (Fortin, 2009).

A presente investigação é uma replicação do estudo de Santos (2012).

Após a realização da pesquisa e elaboração do quadro teórico que visa a compreensão do tema em estudo, é chegada a hora de definir claramente o objetivo da investigação e de determinar tudo o que se propõe fazer para realizar o estudo. O problema formulado anteriormente foi o seguinte:

Em que medida a informação transmitida durante a vigilância pré-natal influencia o *empowerment* da grávida?

Esta problemática teve a sua origem no percurso profissional da autora. Como enfermeira generalista e de família cuida das mulheres em todo o seu ciclo de vida reprodutivo, incluindo na gravidez, que representa um momento de mudança na vida do casal que se quer que ocorra sem conflitos. Para que tal aconteça é necessário empoderar a grávida e identificar fatores que possam influenciar este *empowerment* pois é fulcral para a melhoria dos cuidados prestados.

Neste capítulo são delineados os objetivos, as questões de investigação, a caracterização do estudo, as variáveis, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos formais e éticos e, por último, a técnica de tratamento e análise de dados.

3.1 - OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO DO ESTUDO

O objetivo, as questões de investigação e as hipóteses derivam do problema de investigação e do seu quadro teórico ou conceptual e determinam as outras etapas do processo de investigação. Todas transmitem a mesma ideia, a de orientar a investigação para um método apropriado a fim de obter a informação desejada (Fortin, 2009).

Este estudo tem como objetivo geral analisar a influência entre a transmissão de informação durante a gravidez e o *empowerment* da grávida. No decorrer deste surgem então três objetivos específicos:

- Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico da grávida;
- Analisar a influência entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas com o *empowerment* da grávida;
- Analisar a influência da transmissão de informação durante a vigilância pré-natal com o *empowerment* da grávida.

Enquanto que o objetivo se enuncia de forma geral, as questões de investigação são mais específicas e incluem os diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados. As questões derivam diretamente do objetivo e indicam o que o investigador pretende obter como informação. O seu emprego está reservado aos estudos descritivos e descritivos-correlacionais, abstendo-se assim os investigadores de formular hipóteses (Fortin, 2009).

Assim perante os objetivos traçados surgiram as seguintes questões de investigação:

- Qual a influência das variáveis sociodemográficas no *empowerment* da grávida?
- Qual a influência das variáveis obstétricas no *empowerment* da grávida?
- O *empowerment* da grávida é influenciado pela transmissão de informação durante o período pré-natal?

3.2 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

No decurso da fase metodológica o investigador determina a sua maneira de proceder para obter resposta às suas questões de investigação ou verificar as hipóteses. A natureza do desenho varia segundo o objetivo do estudo, consista em descrever um fenómeno ou explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos (Fortin, 2009).

Segundo o mesmo autor, o desenho define-se como o conjunto de decisões a tomar que permitem construir uma estrutura que permite explorar empiricamente as questões de investigação. Guia o investigador na planificação e realização do seu estudo de maneira a que os objetivos traçados sejam atingidos.

Assim e de acordo com Fortin (2009), o presente estudo é do tipo não experimental, pois desenrola-se no meio natural e sem haver introdução de uma variável independente como acontece nos estudos experimentais. De acordo com o mesmo autor é do tipo

descritivo-correlacional, uma vez que, tem por objetivo explorar relações entre um conjunto de conceitos a fim de determinar os que estão associados, ou seja, explora relações entre variáveis e descreve-as.

Classificando o estudo quanto ao tempo, é um estudo transversal pois tem o intuito de medir a frequência de aparição de um acontecimento, neste caso o *empowerment* da grávida, numa população num dado momento. Por fim trata-se de um estudo que utiliza a metodologia quantitativa pois tem a sua ênfase na explicação e predição, assentando na medida dos fenómenos e na análise de dados numéricos (Fortin, 2009).

3.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

A pesquisa bibliográfica e dos estudos já elaborados nesta área, permitiram identificar e selecionar variáveis consideradas relevantes para este estudo, assim como os itens a ter em conta na construção do questionário.

As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas, sendo as unidades de base da investigação. Assumem diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados (Fortin, 2009).

Para que seja medida uma variável deve primeiro ter uma definição conceptual, ou seja, uma definição de um conceito que corresponde a uma teoria ou modelo conceptual. Posteriormente a variável deve ter uma definição operacional, ou seja, deve enunciar os procedimentos a aplicar para a medir (Fortin, 2009).

Deste modo procedeu-se à operacionalização das variáveis (tabela 1), tendo em conta a revisão conceptual efetuada.

Tabela 1 – Variáveis na amostra

| Variáveis | Definição | Operacionalização |
|-----------------------|---|---|
| Idade | Intervalo de tempo que decorre desde o nascimento até referido momento | Questão aberta - idade das grávidas em anos |
| Estado Civil | Modo de ser ou estar numa determinada situação, neste caso, atesta se há ou não um contrato matrimonial | Questão fechada - 5 opções: Solteira; Casada/união de facto; Divorciada; Viúva |
| Nacionalidade | País onde alguém nasceu e de que é cidadão | Questão aberta – posteriormente poderá ser recodificada em Portuguesa e Estrangeira |
| Nível de Escolaridade | Conjunto de qualificações académicas | Questão fechada – 6 opções: 1º Ciclo; 2º Ciclo; 3º Ciclo; Secundário; Licenciatura; Mestrado |
| Profissão | Exercício de uma atividade económica como meio de vida | Questão aberta – posteriormente recodificada em grupos profissionais, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011) |

| | | |
|---|---|--|
| Situação Profissional | Estado relativo ao exercício de uma atividade económica, como meio de vida | Questão fechada – 4 opções: Empregada a tempo integral; Empregada a tempo parcial; Desempregada; Em formação |
| Residência | Lugar onde se mora habitualmente, domicílio | Questão fechada – 3 opções: Aldeia; Vila; Cidade |
| Religião | Cada uma das diferentes doutrinas humanas que propõem uma explicação para a origem, ordenação e destino do universo | Questão aberta |
| Acesso a Internet | Se possui internet em casa | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Frequência de utilização da Internet | Número de vezes que usa a Internet durante um determinado tempo | Questão fechada – 4 opções: Todos os dias; Pelo menos uma vez por semana; Pelo menos uma vez por mês; Outra |
| História de Gravidez | Se esteve grávida anteriormente | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Número de Gestações Anteriores | Número de vezes que esteve grávida | Questão aberta |
| Número de aborto espontâneo/morte fetal | | Questão aberta |
| Número de IVG | | Questão aberta |
| Tipo de Partos | Classificação do parto(s) | Questão fechada – 4 opções: Normal; Ventosa; Fórceps; Cesariana |
| Frequência CPP anterior | Se realizou CPP na gravidez anterior | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Experiência de Parto | Classificação da experiência anterior de parto | Questão fechada – 2 opções: Agradável; Desagradável |
| Experiência de Parto Desagradável | Motivos pelos quais classifica a experiência anterior de parto, como desagradável | Questão aberta |
| Planeamento Gravidez | Se a gravidez atual foi planeada ou não | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Aceitação da Gravidez | Se a gravidez atual é desejada | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Número de semanas de gestação | idade gestacional em semanas | Questão aberta |
| Início da vigilância da gravidez | Com quantas semanas se iniciou a vigilância da gravidez | Questão fechada – 2 opções: Menos de 12 semanas; Mais de 12 semanas |
| Local de Vigilância da Gravidez | Qual a opção da grávida na escolha do sítio de vigilância da gravidez atual | Questão fechada – 3 opções: Centro de Saúde; Hospital; Médico Particular |
| Problemas durante a Gravidez | Como decorre a gravidez, com ou sem problemas | Questão fechada - 2 opções: Sem problemas; Com problemas |
| Frequência CPP | Se a grávida frequenta CPP atualmente | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Emissor de Informação sobre gravidez, parto e pós-parto | Quem transmite a informação no período pré-natal | Questão fechada – 4 opções: Médico; Enfermeiro; Ninguém; Outro |
| Esclarecimento de dúvidas | Se a grávida sente que as suas dúvidas são esclarecidas | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Transmissão de Informação | Se a grávida sente que foi transmitida a informação necessária | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Procura de Informação | Se a grávida utiliza outros meios de informação para além dos profissionais | Questão fechada – 2 opções: Sim; Não |
| Fontes de Informação | Quais os meios que a grávida utiliza na procura de informação | Questão fechada – 6 opções: Revistas; Internet; Televisão; Familiares; Livros; Outros |

Para o estudo da variável: *empowerment* da grávida, utilizou-se a versão portuguesa da Escala de Empoderamento da Grávida (EEG), de Aires (2012) que é descrita mais à frente, no instrumento de recolha de dados.

No presente estudo definiu-se como variável dependente, o *empowerment* da grávida e como variáveis independentes as características sociodemográficas e as características do contexto obstétrico das mulheres inquiridas, como se pode observar no desenho de investigação abaixo representado:

Figura 1 – Desenho de Investigação do Estudo



(Santos, 2012)

3.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra, retirada da população alvo, informa-nos sobre as características desta sem que seja necessário estudar toda a população. Existem numerosas técnicas de amostragem, das quais o investigador seleciona a que melhor se ajusta ao objetivo do estudo. População alvo é a população que é objeto de estudo, ou seja, é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. A população inicialmente é heterogénea e, por conseguinte, é necessário definir critérios que permitam selecionar algumas características da população em estudo de modo a obter uma amostra o mais homogénea possível, são os denominados, critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Assim, e para minimizar enviesamentos ou erros provindos do acaso que podem pôr em causa a validade interna do estudo, foram definidos critérios de inclusão de modo a reforçar a representatividade da amostra.

Crítérios de Inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Grávidas com idade gestacional igual ou superior a 27 semanas (terceiro trimestre);
- Acesso a redes sociais

De modo a tentar obter uma amostra maior, representativa, num espaço de tempo reduzido e por questões de maior acessibilidade, foi escolhido aplicar um questionário on-line nas redes sociais. Optou-se assim por uma amostragem não probabilística, uma vez que não foi dada a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra, e por redes, também chamada de amostragem “em bola de neve”. Este tipo de amostragem é um método no qual os indivíduos recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas que lhes pareçam apropriados para participar no estudo (Fortin, 2009).

Obteve-se um total de 76 questionários preenchidos, dos quais 3 foram eliminados: 2 por lacunas graves de preenchimento e 1 por não cumprir um dos critérios de inclusão.

3.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Como método para a recolha de dados foi utilizado o questionário autoadministrado, ou seja, preenchido pelos próprios participantes, neste caso, pela Internet, estando

disponível para preenchimento durante 4 semanas (APÊNDICE I). Foi escolhido este método por ser um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território. Para além disso, o anonimato tranquiliza os participantes levando-os a exprimirem livremente as suas opiniões. Também apresenta alguns inconvenientes tais como: taxa de resposta fraca, elevadas taxas de dados em falta e impossibilidade de prestar esclarecimentos aquando do seu preenchimento (Fortin, 2009).

Foi elaborado e aplicado um questionário dividido em duas partes. Numa primeira parte são obtidos dados sociodemográficos, a história obstétrica e dados sobre a gravidez atual. Relativamente à caracterização sociodemográfica das grávidas foram elaboradas 10 questões abertas e fechadas relacionadas com: idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, profissão, situação profissional, local de residência, religião, acesso a Internet e frequência de utilização da mesma. De seguida foi abordada a história obstétrica (através de 8 questões), no caso das grávidas que já tivessem pelo menos uma gestação anterior, onde foi recolhida informação sobre: número de gestações anteriores, número de abortos espontâneos/morte fetal, número de IVG, tipo de partos, frequência CPP, classificação da experiência de parto e os motivos, se aplicável, que levaram a grávida a considerar a experiência de parto como desagradável. Por fim foi abordada a gravidez atual, onde foram colocadas 12 questões sobre: planeamento da gravidez, aceitação da gravidez, número de semanas de gestação, início da vigilância da gravidez, local de vigilância pré-natal, existência ou não de problemas, frequência de CPP, emissor de informação durante a vigilância da gravidez, esclarecimento de dúvidas, transmissão de informação, fontes de informação utilizados pela grávida (se utiliza e quais).

A segunda parte do questionário tinha como objetivo avaliar o *empowerment* da grávida durante a vigilância pré-natal e para tal foi utilizada a versão portuguesa de Aires (2012) da Escala de Empoderamento da Grávida (EEG) original de Kameda e Shimada (2008). Esta escala é constituída por 27 itens avaliados em escala ordinal de Likert com quatro opções de resposta:

- 1 – Discordo totalmente;
- 2 – Discordo;
- 3 – Concordo;
- 4 – Concordo Totalmente.

Cotados da esquerda para a direita, com exceção dos itens invertidos (2; 6; 9 e 19). Esta escala originalmente é dividida em 5 subescalas denominadas: autoeficácia, previsão do futuro, autoestima, apoio e segurança de outros e alegria, como descrito na tabela 2. Do somatório de todos os itens resulta então o índice de *empowerment* da grávida que apresenta um valor mínimo de 27 e um máximo de 108. Quanto mais elevados os índices, melhor e maior é o *empowerment* da grávida.

Tabela 2 – Itens constituintes das dimensões da EEG

| Subescalas | Significado | Itens |
|------------------------------------|--|-------------------|
| Autoeficácia | Refere-se à confiança que permite à grávida sentir que é capaz de gerir a gravidez e o parto, e a aptidão física | 1;4;13;15;21;23 |
| Previsão do Futuro | Ajuda a determinar as imagens e objetivos em relação à gravidez, parto e o facto de se tornar mãe | 2;6;8;12;17;25 |
| Autoestima | Refere-se à aceitação e a aprovação individual de estar grávida e ser mãe | 5;7;9;16;19;22;27 |
| Apoio e Segurança de Outros | Mede a aceitação, respeito, apoio e cooperação à grávida por parte de outros | 3;18;24;26 |
| Alegria | Analisa a motivação para enfrentar positivamente a gravidez e o parto e de perspectiva para o futuro | 10;11;14;20 |

(Kameda & Shimada, 2008; Aires, 2012)

Esta escala, originalmente criada e validada para a população japonesa com uma versão em inglês, foi traduzida e adaptada para o contexto português pela autora Aires (2012), a quem foi pedida autorização para a sua utilização (ANEXO I), e posteriormente foi utilizada em mais dois estudos. Em todas estas investigações foi traduzida e verificou-se a sua validade e fidelidade (Tabela 3) pelo que no presente estudo se considerou a escala utilizada validada.

A fidelidade e a validade são qualidades essenciais do instrumento de medida. A fidelidade define-se como a constância com que o instrumento de medida fornece resultados semelhantes em situações comparáveis. Assim aprecia-se primeiro a fidelidade, uma vez que esta, provoca a validade e é um instrumento que pode limitar a validade se o grau do erro da medida é elevado. Um grau de fidelidade elevado significa um erro de medida fraco e como tal a validade tem probabilidades de ser elevada (Fortin, 2009).

Existem diversos critérios para avaliar a fidelidade de um instrumento de medida, sendo a consistência interna um dos principais métodos de a avaliar. Designa a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida. Quanto mais enunciados são correlacionados maior a consistência interna. A técnica mais usada para apurar o grau de consistência interna é o cálculo do *coeficiente*

alfa (α) de Cronbach. O valor deste coeficiente varia entre 0,00 e 1,00, sendo que um valor elevado indica uma grande consistência interna:

- 0,85 a 0,95 – Excelente
- 0,70 a 0,85 – Bom
- 0,70 – O instrumento é considerado como impreciso

(Fortin, 2009)

Tabela 3 – Estudo da Consistência Interna da EEG em Portugal

| Autora / Ano | Título da Investigação | Tamanho da amostra | Coefficiente α de Cronbach (global) | Conclusão |
|-------------------------------------|---|---------------------------|--|--|
| Aires, Clara M. C. S. (2012) | Estudo das Propriedades Métricas da <i>Empowerment Scale for Pregnant Women</i> para o Contexto Português | 166 | 0,800 | A versão da escala de empoderamento da grávida resultante deste estudo, apresenta propriedades métricas adequadas para avaliar o empoderamento na grávida, no contexto português |
| Santos, Ilda M. G. B. (2012) | Empoderamento da Grávida Durante a Vigilância da Gravidez | 195 | 0,867 | Assegura a validade e apresenta boa consistência interna |
| Silva, Daniela N. (2014) | Empowerment da Grávida: fatores de capacitação para a maternidade | 235 | 0,883 | Boa consistência interna apesar de determinados itens apresentarem valores de correlação item-escala baixos. |

No presente estudo foi calculado também o coeficiente α de Cronbach que foi de 0,898, ou seja, o instrumento de medida apresenta uma excelente consistência interna.

Para além dos testes de fidelidade, todas as autoras traduziram a escala originalmente em inglês, recorrendo a tradutores profissionais, e utilizando o método da retradução ou método inverso, que segundo Fortin (2009), é um recurso corretamente empregado, que consiste em traduzir primeiro os enunciados da escala, e posteriormente retraduzi-los na língua de origem. Estas versões são depois comparadas e corrigidas até que sejam julgadas plenamente satisfatórias.

3.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência (Fortin, 2009).

Numa fase inicial, o projeto relativo ao presente estudo obteve parecer favorável pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, pertencente à ESEnfC (ANEXO II).

Numa fase inicial foi projetado aplicar os questionários num Centro de Saúde e de modo a salvaguardar a confidencialidade e anonimato dos participantes, foi elaborado um consentimento informado, enviado à Comissão de Ética, onde é abordado o tema do estudo, os seus objetivos e o contexto em que está a ser realizado, de maneira a que o participante tome a decisão de forma livre e fundamentada (APÊNDICE II). Posteriormente e por conveniência do investigador, foi decidido aplicar o questionário on-line, pelo que foi escrito um texto introdutório no mesmo, de conteúdo semelhante ao do consentimento informado, e as mulheres grávidas ao preencherem assumem que consentem participar no estudo.

3.7 – TRATAMENTO DE DADOS

Após os dados recolhidos é tempo de os tratar com a ajuda de técnicas de análise estatística.

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao *software* IBM SPSS, versão 23.0 para *Windows*, criando uma base de dados informatizada onde os mesmos foram editados.

Para o presente estudo foram utilizados dois tipos de estatística: numa primeira fase a estatística descritiva e posteriormente a inferencial.

Os dados foram organizados sendo necessário a recodificação de algumas variáveis de modo a permitir uma maior homogeneidade de resultados. Assim foram recodificadas as seguintes variáveis: nível de escolaridade em três categorias (ensino básico, ensino secundário e ensino superior); situação profissional em duas categorias (empregada, desempregada ou em formação); residência em duas categorias (meio rural e meio urbano) e no emissor de informação foram tidas em conta duas categorias (médico e enfermeiro) pois as restantes categorias apresentaram um valor residual que não permitiram a inferência de resultados. A variável religião foi eliminada pois denotou-se que trouxe confusão às inquiridas, uma vez que muitas interpretaram a questão como

região onde residiam. No que diz respeito à variável gravidez desejada não foi possível relacioná-la com o valor da escala pois das inquiridas, apenas uma referiu que a sua gravidez não era desejada.

No que concerne à estatística descritiva, e segundo Fortin (2009), permite descrever as características de uma amostra, assim como os valores obtidos pela medida das variáveis. Neste sentido para descrever as variáveis qualitativas recorreu-se à frequência absoluta e frequência relativa e para as variáveis quantitativas utilizou-se a média, mediana, desvio padrão e valor mínimo e máximo.

Um passo intermédio importante entre a estatística descritiva e a inferencial é o estudo das características da distribuição das variáveis da amostra em questão, realizado através da análise exploratória de dados. Esta análise permite-nos decidir com segurança, que tipo de testes estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) deveremos recorrer para testar as hipóteses de investigação (Martins, 2011).

Assim foi avaliada a distribuição das variáveis quantitativas graficamente e com recurso a testes à normalidade, nomeadamente *Shapiro-Wilk*, concluindo-se que as mesmas apresentaram uma distribuição aproximadamente normal.

Seguidamente recorreu-se à estatística inferencial que se baseia nas leis da probabilidade, interessando-se assim pelos resultados obtidos numa amostra e que através da dedução prevê o comportamento da população de onde provêm a amostra. Para além disso, tem também como objetivo a verificação de hipóteses (Fortin, 2009). Assim e com o intuito de dar resposta às questões de investigação levantadas anteriormente, comparou-se o total da escala utilizada com as diferentes variáveis sociodemográficas, obstétricas e de transmissão de informação. Para tal recorreu-se a testes paramétricos como o teste *T Student*, para grupos independentes, ou à técnica *ANOVA*, quando aplicável.

Para avaliar a correlação entre a idade e o total da escala procedeu-se à determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* e à interpretação do resultado do teste à sua significância. Este teste permite verificar a associação entre duas ou mais variáveis intervalares, e a direção dessa associação (positiva ou negativa) e a sua magnitude, variando entre +1 e -1. Uma correlação de +1 ou -1 significa que entre as variáveis há uma correlação positiva ou negativa perfeita, por outro lado, se for 0 ou próxima de 0, significa que não há relação entre as variáveis (Martins, 2011).

O nível de significância adotado no estudo foi 0.05, tendo em conta D'Hainaut (1992), que refere que valores: $p \geq 0.05$ não significativo, $p < 0.05$ estatística significativa, $p < 0.01$ estatística bastante significativa e $p < 0.001$ estatística altamente significativa. Embora Martins (2011) refira que recentemente a comunidade científica tenha optado por

distinguir, dentre os resultados não significativos estatisticamente, aqueles que são inferiores a 0.10 pois embora não significativos estão próximos de 0.05, designando-os de resultados marginalmente significativos, devendo ser relatados como tal.

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL DOS DADOS

Após realizar a análise dos dados, é chegado o momento de apresentar os resultados, de fazer a sua análise e de os interpretar. Na apresentação dos resultados, o investigador divulga a análise estatística dos dados, realizada por meio de diferentes testes, tendo uma atenção particular aos resultados apresentados. É assim levado a comparar, a confrontar os resultados entre si e fazer referência à teoria e aos trabalhos anteriores relacionados com o fenómeno que estudou (Fortin, 2009).

Neste sentido, de seguida é feita a apresentação dos dados obtidos através da aplicação do questionário, tendo em conta os objetivos traçados e aferindo a aceitação ou rejeição das questões formuladas.

Em primeiro lugar é exposta a estatística descritiva, ou seja, a descrição das características da amostra, tendo em conta as várias variáveis sociodemográficas, obstétricas e de transmissão de informação, e em seguida a estatística inferencial.

De modo a proporcionar uma leitura mais fácil, recorreu-se ao auxílio de tabelas, as quais se referem ao presente estudo e como tal a fonte, local e data de recolha foi omissa. Na descrição e análise dos dados, procurou-se obedecer à ordem pela qual os dados aparecem no questionário aplicado.

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo irá ser descrito a caracterização da amostra e de seguida ser feita uma breve caracterização dos valores obtidos da EEG.

4.1.1 – Caracterização da Amostra

Com a caracterização da amostra pretende-se destacar as características dos elementos da amostra, examinando a distribuição dos valores das principais variáveis determinadas com o auxílio de testes estatísticos.

A amostra é constituída por 73 grávidas, com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos, sendo a média de idades 30.4 anos com um desvio padrão (DP) de 5.3. De acordo com os dados recolhidos, entre os participantes da amostra, 45 (61.6%) apresentam idade superior a 30 anos e destes 16 (21.9%) acima dos 35 anos.

A maioria das participantes é casada ou vive em união de facto (76.7%), sendo as restantes (23.3%) solteiras.

No que diz respeito à variável nacionalidade as respostas à questão aberta, foram recodificadas em dois grupos: portuguesa e estrangeira. Assim 91.8% das grávidas inquiridas são portuguesas, havendo apenas 2 (2.9%) de outra nacionalidade e 4 (5.5%) que não responderam à questão.

De forma a sintetizar a informação relativa à variável nível de escolaridade, esta foi recodificada em três classes, sendo as seguintes: ensino básico (abrangendo no questionário aplicado as opções “1º ciclo”, “2º ciclo” e “3º ciclo”), ensino secundário e ensino superior (abrangendo as opções “licenciatura” e “mestrado”). Deste modo constatou-se que a maioria (56.2%) possui habilitações literárias de ensino superior, seguido das que concluíram o ensino secundário (28.8%) e finalmente apenas 15.0% ficaram pelo ensino básico.

No que concerne à variável profissão, as questões fornecidas pelas participantes foram codificadas tendo em conta a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 do Instituto Nacional de Estatística (2011). Segundo o autor, as várias profissões são agrupadas em 10 grandes grupos consoante a sua natureza e exigência académica/técnica. Deste modo, como se pode observar através da tabela 4, na presente amostra a maioria das grávidas (39.7%) desempenha a sua actividade profissional na área do grupo 2 da referida classificação – especialistas das actividades intelectuais e científicas. Nenhuma das inquiridas possuía profissões dos grupos 0,6,7 e 8 da Classificação Portuguesa das Profissões.

Tabela 4 – Distribuição de resultados segundo a variável “profissão”

| Grupo Profissional | N | % |
|--|----------|----------|
| 1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos | 2 | 2.7 |
| 2 – Especialistas das actividades intelectuais e científicas | 29 | 39.7 |
| 3 – Técnicos e profissões de nível intermédio | 6 | 8.2 |
| 4 – Pessoal administrativo | 8 | 11.0 |
| 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores | 12 | 16.4 |
| 9 – Trabalhadores não qualificados | 7 | 9.6 |

De referir ainda que 5.5% das grávidas se encontram desempregadas, 2.7% são estudantes e 3 (4.1%) não responderam à questão.

A variável situação profissional foi também recodificada em duas categorias: empregada (abrange as opções do questionário “empregada a tempo integral” e “empregada a tempo parcial”) e desempregada/em formação (que apareciam em duas opções distintas no questionário aplicado). Assim a grande maioria, 80.8% das participantes estão empregadas e apenas 19.2% se encontram desempregadas ou em formação.

No que diz respeito ao local de residência, também esta variável sofreu recodificação, em duas categorias: meio rural (englobando as opções “aldeia” e “vila”) e meio urbano (“cidade”). Predomina o meio urbano como local de residência, com 80.8% seguido então do meio rural com 19.2%.

Acerca das variáveis relacionadas com a *Internet*, à exceção de 1 grávida (1.4%) que não respondeu, 98.6% respondeu ter acesso à *Internet* e a mesma percentagem afirma utilizá-la diariamente.

Na tabela 5 encontram-se resumidos os dados relacionados com a caracterização da amostra quanto ao estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, situação profissional, residência, acesso e frequência de utilização da *Internet*.

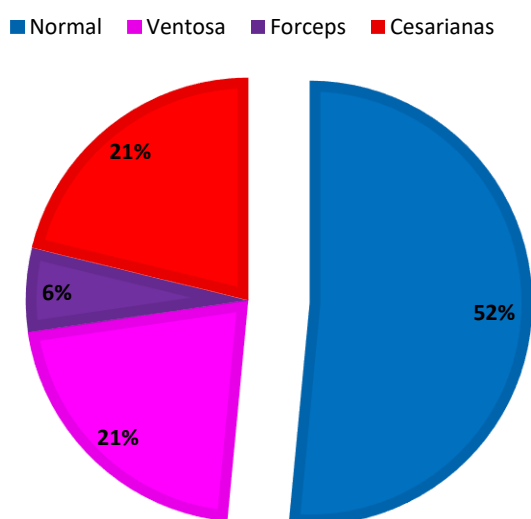
Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica da amostra

| Variáveis | N | % |
|------------------------------|----|------|
| Estado Civil | | |
| Solteira | 17 | 23.3 |
| Casada/União de facto | 56 | 76.7 |
| Nacionalidade | | |
| Portuguesa | 67 | 97.1 |
| Estrangeira | 2 | 2.9 |
| Não respondeu | 4 | 5.5 |
| Nível de Escolaridade | | |
| Ensino básico | 11 | 15.0 |
| Secundário | 21 | 28.8 |
| Ensino superior | 41 | 56.8 |
| Situação Profissional | | |
| Empregada | 59 | 80.8 |
| Desempregada/em formação | 14 | 19.2 |
| Residência | | |
| Meio rural | 14 | 19.2 |
| Meio urbano | 59 | 80.8 |

| Acesso à Internet | | |
|--------------------------------|----|------|
| Sim | 72 | 98.6 |
| Não respondeu | 1 | 1.4 |
| Frequência uso Internet | | |
| Todos os dias | 72 | 98.6 |
| Não respondeu | 1 | 1.4 |

Relativamente aos dados obstétricos, 53.4% das inquiridas referiu história de gravidez anterior enquanto as restantes, 46.6%, encontravam-se grávidas pela primeira vez. O número de gravidezes anteriores apresentou uma mediana de 1 e um máximo de 4. Por outro lado, o número de abortos espontâneos/ morte fetal apresentou um mínimo de 0 e um máximo de 3 e o número de IVG variou de 0 a 1. Em relação ao tipo de partos, dos 33 relatados pelas inquiridas, denotou-se o predomínio do parto normal com 51.5%, seguido dos partos distócicos: 21.2% de partos por ventosa e 6.1% de partos com recurso a fórceps e por último 21.2% de partos por cesariana, como se pode ver através do gráfico 1.

Gráfico 1 – Tipo de partos anteriores



De entre as grávidas que referiram gravidez anterior, mais de metade (58.9%) não frequentaram um CPP e a maioria (51.3%), classifica a experiência de parto anterior como agradável. Das 10 (25.6%) que classificam a experiência de parto como desagradável, ao ser pedido para justificarem as razões, a dor aparece em 4 das respostas (40%), seguido do trabalho de parto longo / exaustivo (20%) e 1 (10%) refere ambos. De referir que 3 (30%) das respostas dadas, não se enquadraram dentro do que era pedido.

A tabela 6 apresenta alguns dos dados relacionados com a caracterização da amostra quanto à história obstétrica

Tabela 6 – Caracterização da amostra quanto à história obstétrica

| Variáveis | N | % |
|-----------------------------|----|------|
| Gravidez anterior | | |
| Sim | 39 | 53.4 |
| Não | 34 | 46.6 |
| Frequência CPP | | |
| Sim | 23 | 58.9 |
| Não | 15 | 38.5 |
| Não respondeu | 1 | 2.6 |
| Experiência de parto | | |
| Agradável | 20 | 51.3 |
| Desagradável | 10 | 25.6 |
| Não respondeu | 9 | 23.1 |

Em relação à gravidez atual, 71.2% referem que a gravidez foi planeada ao contrário das restantes 28.8% e a quase totalidade das participantes, 98.6%, refere que a gravidez é desejada, havendo apenas 1 (1.4%) que afirma que a gravidez não é desejada. A média das semanas de gestação das participantes foi de 33.5 semanas, com um DP de 3.7 e variou entre as 27 e as 40 semanas.

A primeira consulta de vigilância ocorreu, para a maioria (90.4%) nas primeiras 12 semanas e só 9.6% teve a sua primeira consulta após o 1º trimestre. O médico particular foi o local mais escolhido para a vigilância, com um total de 52.1%, seguido do centro de saúde com 27.4% e finalmente o hospital com 20.5%.

Ao perguntar às inquiridas se a gravidez decorre sem problemas, 80.8% considera que a gravidez se desenrola sem problemas, ao contrário das restantes 17.8%, tendo em conta que 1.4%, ou seja, uma grávida, não respondeu.

Das participantes, 53.4% frequentam CPP, quase as mesmas que não o frequentam (46.6%).

Na tabela 7 encontram-se resumidos os dados relacionados com a caracterização da amostra quanto à gravidez atual.

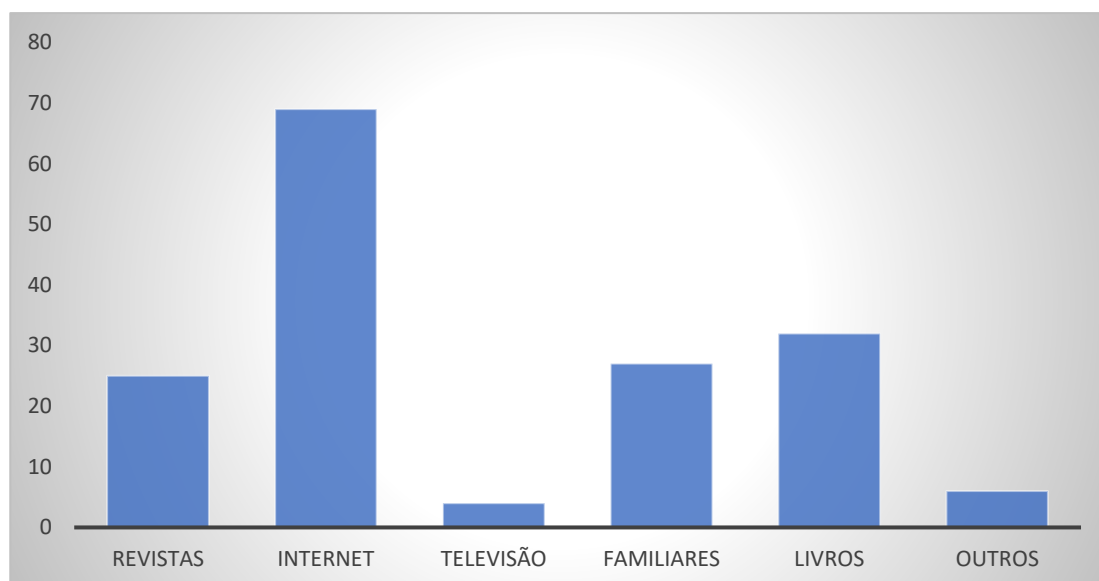
Tabela 7 – Caracterização da amostra quanto à gravidez atual

| Variáveis | N | % |
|---|----|-------|
| Gravidez planeada | | |
| Sim | 52 | 71.2 |
| Não | 21 | 28.8 |
| Gravidez desejada | | |
| Sim | 72 | 98.6 |
| Não | 1 | 1.4 |
| Início da vigilância da gravidez | | |
| Menos 12 semanas | 66 | 90.4 |
| Mais de 12 semanas | 7 | 9.6 |
| Local de vigilância da gravidez | | |
| Centro de saúde | 20 | 17.4 |
| Hospital | 15 | 20.5 |
| Médico particular | 38 | 52.1 |
| A gravidez decorre | | |
| Sem problemas | 59 | 80.8 |
| Com problemas | 13 | 17.8 |
| Não respondeu | 1 | 1.4 |
| Frequência de CPP | | |
| Sim | 39 | 53.4% |
| Não | 34 | 46.6% |

No que diz respeito às variáveis de transmissão de informação, 50.7% elege como principal emissor o médico, 42.5% o enfermeiro e 6.8% outros ou ninguém. 89.0% das grávidas considera que as suas dúvidas são esclarecidas e 86.3% refere que a informação transmitida é a necessária para que possa vivenciar a sua gravidez de forma tranquila.

De referir que quase todas as participantes, 97.3%, admitem utilizar outro meio de informação sobre gravidez, parto e pós-parto, para além dos profissionais de saúde e só 2.7% não o fazem. A *Internet* é de todas as opções a mais escolhida pelas grávidas, 69 (94.5%) das participantes referem utilizá-la, embora 32 (43.8%) optem também pelos livros, logo seguidos dos familiares e das revistas que são a escolha de 27 (37%) e 25 (34.2%) das grávidas, respetivamente. A televisão é a escolha de apenas 4 das participantes (5.5%). Por fim 6 participantes (8.2%) referem usar outro meio de informação, não especificado nas restantes opções. No gráfico 1 é possível identificar as fontes de informação usadas pelas grávidas, para além dos profissionais de saúde.

Gráfico 2 – Fontes de informação usadas pelas grávidas para além dos profissionais de saúde



4.1.2 – Caracterização dos valores da EEG

Para a contabilização dos valores da EEG, foram tidos em conta os itens invertidos, aos quais foram atribuídos a pontuação também invertida, ou seja, o ponto 4 (concordo totalmente) passou a valer como o 1 (discordo totalmente); o ponto 3 (concordo) passou a valer como 2 (discordo); o 2 (discordo) passou a valer como 3 (concordo) e o 1 (discordo totalmente) como 4 (concordo totalmente). Assim a média dos valores obtidos foi de 88.3 com um DP de 9.1. Para além disso, os *valores* atingiram um valor mínimo de 69 e um máximo de 106.

4.2 – 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 detetadas na amostra estudada estarão ou não presentes na população (Martins C. , 2011).

4.2.1- Relação entre as variáveis sociodemográficas e total da EEG

De forma a dar resposta à questão do estudo: “Qual a influência das variáveis sociodemográficas no *empowerment* da grávida?”, cruzaram-se as pontuações da EEG com as variáveis: idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e local de residência, de forma a perceber a sua correlação.

Assim e por se tratar de variáveis nominais e ordinais, à exceção da variável idade, optou-se por recorrer ao teste T Student para amostras independentes (2 grupos) e a análise de variância (ANOVA) no caso de estarmos perante três ou mais grupos independentes (ambos testes paramétricos).

Para a variável idade, por se tratar de uma variável intervalar, optou-se por recorrer ao coeficiente de correlação de Pearson (r). Trata-se de um teste que permite averiguar se duas ou mais variáveis intervalares estão associadas (Martins C. , 2011).

A tabela 8, relativa à variável idade, mostra que não existem evidências estatisticamente significativas que nos permitam afirmar que esta e os valores da EEG estão relacionadas, uma vez que $r=0,014$ (pois r tem valor próximo de 0, traduzindo-se na ausência de correlação) e $p=0,908$ (probabilidade muito baixa, pois, $p > 0.05$).

Tabela 8 – Correlação entre a variável idade e valor da EEG

| | Coeficiente de correlação | Idade (n=73) |
|------------------|----------------------------------|---------------------|
| Valor EEG | Correlação Pearson | 0.014 |
| | P | 0.908 |

Para a variável estado civil, foi utilizado o Teste T Student para amostras independentes. Através da tabela 9 constata-se que as casadas/união de facto obtiveram uma média superior às solteiras, no que diz respeito à EEG. No entanto denotou-se não existir diferenças estatisticamente significativas que permitam afirmar que existe relação entre a variável mencionada e o total do valor obtido na EEG.

Tabela 9 – Relação entre a variável estado civil e valor da EEG

| | Solteira (n =17) | Casada/União de Facto (n=56) | Levene's p | t | p |
|------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------|----------|----------|
| | Média (DP) | Média (DP) | | | |
| Valor EEG | 87.94 (9.523) | 88.39 (9.023) | 0.968 | - 0.179 | 0.859 |

A variável nível de escolaridade foi trabalhada usando a análise de variância (ANOVA). Assim denotou-se que as médias do valor da EEG diminuíram ligeiramente à medida que o nível de escolaridade aumenta, ou seja, o ensino superior obteve uma média de valores mais baixos e o ensino básico valores mais altos. No entanto como $p= 0.969$, não há diferenças estatisticamente significativas nos valores totais da escala segundo o nível de escolaridade, como se pode observar na tabela 10.

Tabela 10 – Relação entre a variável nível de escolaridade e valor da EEG

| | Ensino básico (n =11) | Ensino secundário (n=21) | Ensino superior (n=41) | F | p |
|------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------|----------|
| | Média (DP) | Média (DP) | Média (DP) | | |
| Valor EEG | 88.64 (10.347) | 88.57 (9.217) | 88.05 (8.882) | 0.032 | 0.969 |

No que diz respeito há situação profissional, e consultando a tabela 11, verifica-se que a média dos valores da EEG são superiores nas mulheres empregadas (quer parcialmente ou a tempo integral). No entanto, o teste T Student, revelou que não houve diferenças estatisticamente significativas nos valores totais da escala segundo a situação profissional ($p= 0.203$).

Tabela 11 – Relação entre a variável situação profissional e valor da EEG

| | Empregada (n =59) | Desempregada/em formação (n=14) | Levene's p | t | p |
|------------------|-----------------------------|---|-------------------|----------|----------|
| | Média (DP) | Média (DP) | | | |
| Valor EEG | 88.95 (9.041) | 85.50 (9.011) | 0.783 | 1.284 | 0.203 |

Através da tabela 12 é possível constatar que as grávidas que vivem em meio urbano conseguiram melhor média nos valores da EEG. No entanto como $p=0.649$, pode afirmar-se que não há diferenças estatisticamente significativas nos valores totais da escala segundo o local de residência.

Tabela 12 – Relação entre a variável local de residência e valor da EEG

| | Meio rural (n =14) | Meio urbano (n=59) | Levene's p | t | p |
|------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|----------|----------|
| | Média (DP) | Média (DP) | | | |
| Valor EEG | 87.29 (8.827) | 88.53 (9.192) | 0.553 | - 0.457 | 0.649 |

4.2.2- Relação entre as variáveis obstétricas e total da EEG

A segunda questão do estudo: “Qual a influência das variáveis obstétricas no *empowerment* da grávida?” implica o estudo da relação entre as seguintes variáveis de contexto obstétrico: gravidez anterior, experiência de parto anterior, gravidez planeada, local de vigilância da gravidez, problemas na gravidez e frequência CPP. A variável gravidez desejada foi anulada para fins de análise inferencial pois só uma das participantes referiu que a sua gravidez não era desejada, traduzindo-se assim num número muito baixo não permitindo relacioná-la com os valores da EEG.

A variável local de vigilância da gravidez foi analisada através da análise de variância (ANOVA). Para as restantes variáveis obstétricas foi usado o teste T Student, estando os resultados expostos na tabela 13.

Nas mulheres que estão grávidas pela primeira vez denota-se uma média de valores de EEG mais baixa, assim como nas participantes que referem uma experiência de parto anterior desagradável ou que relatam problemas no decorrer da gravidez atual. Em relação às variáveis: gravidez planeada e frequência de CPP, as médias de valores de EEG obtidas são próximas entre as mulheres que responderam afirmativamente e as que responderam negativamente. Apesar de tudo isto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis propostas ($p > 0.05$).

Tabela 13 – Relação entre gravidez anterior, experiência de parto anterior, gravidez planeada, problemas na gravidez e frequência CPP e valor da EEG

| Variáveis | | Valor EEG Média (DP) | Levene's p | t | p |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|---------|-------|
| Gravidez anterior | Sim (n =39) | 89.67 (8.530) | 0.929 | - 1.400 | 0.166 |
| | Não (n=34) | 86.71 (9.546) | | | |
| Experiência de parto anterior | Agradável (n =20) | 89.55 (9.333) | 0.676 | - 0.300 | 0.767 |
| | Desagradável (n=10) | 88.50 (8.396) | | | |
| Gravidez planeada | Sim (n =52) | 88.73 (8.808) | 0.856 | - 0.654 | 0.515 |
| | Não (n=21) | 87.19 (9.847) | | | |
| Problemas na gravidez | Com problemas (n =13) | 86.54 (8.560) | 0.638 | 0.830 | 0.409 |
| | Sem problemas (n=59) | 88.85 (9.180) | | | |
| Frequência CPP | Sim (n =39) | 88.08 (8.808) | 0.470 | 0.211 | 0.833 |
| | Não (n=34) | 88.53 (9.423) | | | |

No que concerne à variável local de vigilância da gravidez, a média de EEG mais baixa foi encontrada nas mulheres que são vigiadas em meio hospitalar, sendo que as que

frequentam o centro de saúde ou o médico particular apresentam média de valores de EEG semelhantes. Não obstante, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos valores da EEG e o local de vigilância da gravidez ($p=0.148$).

Tabela 14 – Relação entre a variável local de vigilância da gravidez e valor da EEG

| | Centro de saúde (n =20) Média (DP) | Hospital (n=15) Média (DP) | Médico particular (n=38) Média (DP) | F | p |
|------------------|---|---|--|----------|----------|
| Valor EEG | 89.35 (9.837) | 84.20 (7.514) | 89.34 (8.984) | 1.966 | 0.148 |

4.2.3- Relação entre as variáveis da transmissão de informação e total da EEG

Por fim, para dar resposta à última questão do estudo: “O *empowerment* da grávida é influenciado pela transmissão de informação durante o período pré-natal?” foram analisadas as variáveis: emissor de informação, esclarecimento de dúvidas e transmissão de informação necessária, cujos resultados se apresentam na tabela 15.

Quanto ao emissor de informação foram apenas analisadas duas categorias: médico e enfermeiro, anulando as outras duas: ninguém e outro, uma vez que estes apresentavam valores residuais ($n=3$ e $n=2$, respetivamente). As médias dos valores de EEG obtidas nos dois tipos de emissor foram semelhantes. As grávidas que consideram as suas dúvidas esclarecidas e que a informação transmitida durante a vigilância da gravidez é a necessária para que a vivam de forma tranquila, são as que apresentam médias de valores de EEG mais elevadas. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis relacionadas com a transmissão de informação ($p > 0.05$).

Tabela 15 – Relação entre as variáveis de transmissão de informação e valor da EEG

| Variáveis | | Valor EEG | Levene's p | t | p |
|---|--------------------------|------------------|-------------------|----------|----------|
| | | Média (DP) | | | |
| Emissor de informação | Médico (n =37) | 88.73 (9.637) | 0.566 | 0.037 | 0.970 |
| | Enfermeiro (n=31) | 88.65 (8.879) | | | |
| Esclarecimento de dúvidas | Sim (n =65) | 88.71 (8.982) | 0.919 | - 1.337 | 0.186 |
| | Não (n=6) | 83.50 (10.821) | | | |
| Transmissão de informação necessária | Sim (n =63) | 88.67 (8.453) | 0.056 | - 0.894 | 0.374 |
| | Não (n=10) | 85.90 (12.627) | | | |

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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. Permite a compreensão do significado dos resultados obtidos através do enquadramento dos mesmos nos objetivos e questões de investigação traçados anteriormente.

De acordo com Fortin (2009), esta etapa é frequentemente percebida como difícil, por exigir um grande esforço de reflexão o que pressupõe um exame crítico do conjunto do processo de investigação.

De modo a facilitar a leitura, a discussão encontra-se organizada pela ordem das questões de investigação formuladas.

Questão 1: Qual a influência das variáveis sociodemográficas no *empowerment* da grávida?

A amostra é constituída por 73 grávidas, com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos, sendo a média de idades 30.4 anos. 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 da/o primeira/o filha/o subiu para 30,3 anos e a idade média da mãe ao nascimento de uma/um filha/o (independentemente da ordem de nascimento) para 31,9 anos. De acordo com os dados recolhidos, entre os participantes da amostra, 45 (61.6%) apresentam idade superior a 30 anos e destes 16 (21.9%) acima dos 35 anos.

Neste estudo não foi encontrada nenhuma relação entre a idade e o *empowerment* da grávida, tal como aconteceu nos estudos de Aires (2012) e (Silva D. N., 2014).

Pelo contrário, Santos (2012) verificou no seu estudo que grávidas com idades iguais ou superiores a 36 anos apresentaram piores valores na EEG.

De acordo com Gomes, Donelli, Piccini, e Lopes (2008), a definição de gravidez de risco rotula a grávida causando-lhe sofrimento mesmo antes das suas condições físicas, psicológicas e sociais serem inteiramente examinadas. Este rótulo de ser diferente

desperta a grávida para a sua situação de risco, o que por sua vez pode trazer sentimentos de censura, culpa e incapacidade.

Faria e Ramos (2012), procederam à avaliação do ajustamento materno aplicando uma versão portuguesa do *Maternal Adjustment and Maternal Attitudes* em dois grupos: grávidas com idade avançada e um outro de grávidas mais jovens. Foi no primeiro grupo, da gravidez tardia, em que se verificaram os piores scores, demonstrando as grávidas, atitudes adaptativas menos ajustadas e adequadas ao processo de maternidade durante a gravidez.

No que concerne ao estado civil, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, tal como ocorrido no estudo de Silva (2014).

No entanto, obteve-se média de valor de EEG ligeiramente mais alta no grupo das casadas/união de facto, que representam a maioria da amostra com 76.7%.

Segundo Piccinini, Gomes, Nardi, e Lopes (2008), uma boa avaliação conjugal contribui para a sua consolidação e para a consciencialização natural que a vinda de um bebé complementa a vida em comum, mesmo com algumas alterações sociais, que são compensadas pela compreensão e respeito mútuo.

Por outro lado, Nascimento (2011), refere que a maioria das grávidas jovens e solteiras, ficaram preocupadas quando descobriram que estavam grávidas, principalmente com as implicações que a gravidez poderia trazer nas suas vidas, como as mudanças de imagem e dos seus papéis dentro das famílias a que pertencem.

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

Mais de metade (56.2%) das grávidas que participaram neste estudo, possuíam habilitações literárias de ensino superior e 28.8% concluíram o ensino secundário. Este achado vai de encontro aos dados de Instituto Nacional de Estatística (2012) revelados no seu relatório, em que afirma que existem mais mulheres com nível de escolaridade superior, tendo duplicado o número de doutoradas, e com nível secundário e por outro lado, menos mulheres jovens em situação de abandono precoce de educação e formação.

Relacionando o nível de escolaridade com o valor da EEG, constatou-se médias de *empowerment* muito semelhantes entre si, nos diferentes níveis de habilitações literárias, tendo denotado uma discreta diminuição à medida que aumenta o grau literário. O que não está de acordo com as referências bibliográficas consultadas.

De acordo com Mageste, Melo e Ckagnazaroff (2008) a mulher tem consciência de que lhe faltam os meios para realizar o seu potencial por completo e tem o desejo da mudança. Para estes autores, a educação constitui um dos meios para que as mulheres consigam a emancipação e é um pré-requisito para o empoderamento das mesmas. Ideia partilhada por Hubner, Lopes, Mueller e Grzybovski (2017) afirmando que uma das principais formas de reforçar a condição da mulher está centrada, inicialmente na sua alfabetização, e de seguida na sua educação propriamente dita. A educação dá-lhe conhecimento, que a mesma poderá utilizar para ter um nível de decisões e escolhas melhor.

As mulheres que apresentam um nível educacional mais alto, geralmente têm melhores habilidades para melhorar a sua qualidade de vida e das suas famílias, aproveitando e originando oportunidades. Os efeitos da educação no empoderamento das mulheres podem manifestar-se de várias formas, incluindo no rendimento, liberdade nas decisões pessoais, domínio sobre a sua fertilidade e maior participação na vida pública Barroso (2004).

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que nos permitam afirmar que o nível de escolaridade influencie o *empowerment*, tal como aconteceu nos estudos de Aires (2012) e Silva (2014). Por oposição, Santos (2012) mostrou que as grávidas detentoras de um grau de ensino superior, apresentaram melhores médias nos valores da EEG, encontrando diferenças estatísticas bastante significativas, o que permitiu afirmar que a escolaridade influencia o *empowerment* da grávida.

A grande maioria das grávidas deste estudo (80.8%) encontram-se empregadas quer integral ou parcialmente. De acordo com Sen (2000) oferecer às mulheres educação e emprego (de maneira a fortalecer sua autonomia) seria o primeiro passo para aumentar seu poder de voz dentro e fora da família. Para o autor, estes fatores contribuem para o fortalecimento de um papel mais ativo e de uma postura independente e de empoderamento.

Na amostra estudada, não houve diferenças estatisticamente significativas nos valores totais da escala segundo a situação profissional, como no estudo de Santos (2012). No entanto a média dos valores da EEG são superiores nas mulheres empregadas.

De facto, Maçola, Vale e Carmona (2010), não encontraram influencia entre a presença ou não de emprego e a autoestima das grávidas mas descobriram algumas percepções sobre a actividade laboral interessantes: cuidar da própria casa foi uma atividade considerada como de menor valor por algumas entrevistadas. Aquelas que tinham

emprego (formal ou não) mostravam-se muito apreensivas quanto à possibilidade de o perder devido à gravidez, além da preocupação com sua capacidade de conciliar trabalho e maternidade. Estavam também preocupadas com a manutenção do emprego para possibilitar o seu sustento e o do bebé. 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 influencia da actividade profissional na autoeficácia da grávida, o que corresponde a um melhor conceito pessoal nas grávidas empregadas, associado a um maior nível de autonomia, de independência financeira e de realização pessoal.

Neste estudo predomina o meio urbano como local de residência com 80.8%.

Em Portugal a divisão entre meio urbano e meio rural tem-se traduzido num desfasamento entre zonas urbanas dinâmicas e densamente povoadas (sobretudo no litoral) e zonas rurais de baixa densidade em declínio (concentradas no interior). Em termos de rendimento as disparidades são menos visíveis do que em termos de taxas de desemprego e nível de escolaridade (OCDE, 2008).

A menor oportunidade de emprego e níveis mais baixos de escolaridade, podem ser obstáculos no *empowerment* da grávida. No entanto, para este estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre esta variável e os valores da EEG, apesar das médias se apresentarem mais elevadas no grupo das grávidas que vivem em meio urbano. O que está de acordo com os resultados encontrados no estudo de Santos (2012).

Questão 2: Qual a influência das variáveis obstétricas no *empowerment* da grávida?

A existência de gravidez anterior é relatada por 53.4% das inquiridas enquanto as restantes, 46.6%, encontravam-se grávidas pela primeira vez. Nas mulheres que estão grávidas pela primeira vez denotou-se uma média de valores de EEG mais baixa.

A gravidez de um primeiro filho é uma construção essencialmente subjetiva, onde há uma demarcação e uma mudança qualitativa profunda do papel e mesmo da personalidade materna. Por outro lado, a gravidez de um segundo filho além do seu aspeto subjetivo, sugere uma alteração da dinâmica familiar já existente. Esta mudança pode estar mais relacionada com a pretensão de aceitar e integrar este segundo filho no sistema familiar do que em inserir os pais num novo papel. (Coldebella, 2006)

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. O medo da dor do parto também era uma preocupação destas mulheres.

Piccinini, Gomes, Nardi e Lopes (2008), vem reforçar esta ideia, através de um estudo com primíparas, onde estas relatam diversos sentimentos como: de conformidade, inadequação e estranhamento. Todas as mudanças da gravidez vividas por estas grávidas assumem uma intensidade ainda maior, o que ajuda a perceber a insegurança e a preocupação relatadas. O mesmo autor refere ainda que o facto de as entrevistadas estarem já no terceiro trimestre, o parto está mais próximo, torna-as mais vulneráveis e expectantes.

O estudo de Meireles e Costa (2005), denotou que as grávidas primíparas apresentaram valores de vivência do corpo grávido significativamente mais elevados, o que poderá estar associado ao impacto psicológico da primeira experiência de gravidez, já que é nesse momento que a principal mudança na identidade da mulher ocorre, com o seu ingresso na maternidade.

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, ao contrário dos resultados obtidos por Silva (2014), que inferiu que a existência de gravidez anterior influencia o *empowerment*, nomeadamente na dimensão imagem futura da grávida.

Para 25.6% das grávidas deste estudo que tiveram parto anterior, este momento foi considerado desagradável, sendo a longa duração e a dor as razões que levam as mulheres a tal classificação. O que vai de encontro com os estudos efetuados nesta área que mostram que as mulheres tendem a falar mais espontaneamente da gravidez do que do parto, embora o momento em que viram o bebé pela primeira vez seja muito significativo do ponto de vista emocional (Lee, 1995 citado por Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002).

Deste modo o parto é referido como uma experiência difícil, marcada pela dor, medo e emoções negativas (ThuneLarsen & Pedersen, 1988 citado por Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002). A dor no parto é um dos elementos mais recordado, interferindo muito significativamente na qualidade da experiência da mulher (Paech, 1991 citado por Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002), assim como na sua disponibilidade para voltar a engravidar (Niven, 1988 citado por Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002).

No seu estudo, Silva, Ferreira e Duarte (2015), puderam constatar que por um lado, as expectativas mais positivas em relação ao parto se traduzem num maior nível de

empowerment, por outro lado as emoções negativas no trabalho de parto, potencia a sua preparação, capacitação para o mesmo. Assim as expectativas das grávidas com maiores níveis de *empowerment* quanto ao trabalho de parto pressupõem tanto a presença de sentimentos negativos como o medo, a dor e o sofrimento, como emoções positivas como o autocontrolo, a autoeficácia e a alegria de conhecer o seu filho.

No presente estudo embora a média de valores de *empowerment* seja mais baixa nas mulheres que referem uma experiência de parto anterior desagradável, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, que nos permita inferir a influência do parto anterior com o *empowerment* das grávidas.

Finda a análise das variáveis relacionadas com os antecedentes obstétricos, avaliaram-se algumas variáveis relacionadas com a gravidez atual, prendendo-se a primeira com o planeamento da gravidez. Das grávidas que participaram neste estudo, 71.2% referem que a sua gravidez foi planeada. Ao observar as médias de *empowerment* relacionadas com esta variável, verificou-se uma discreta subida nas mulheres que referem ter planeado a sua gravidez.

O estudo de Maçola, Vale e Carmona (2010) permitiu apurar que a falta de planeamento da gravidez influencia negativamente a autoestima das mulheres. A gravidez que ocorre inesperadamente traz algumas preocupações às mulheres como: a sua saúde como um fator de complicação da gravidez, a interferência no relacionamento com o parceiro e o impacto financeiro sobre a família. Segundo os mesmos autores, o facto de não ter planeado/desejado 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.

Meireles e Costa (2005) concluíram que a vivência do corpo grávidico é influenciada pelo planeamento da gravidez, traduzindo-se em valores mais baixos nas grávidas que não planearam a sua gravidez. Esta dimensão diz respeito à vivência positiva do corpo grávidico, remetendo para a identificação com a gravidez e a maternidade. Assim mulheres que planeiam a gravidez têm um maior envolvimento emocional com a gravidez e os laços com a sua mãe ficam mais fortes.

No presente estudo não se verificou significância estatística na relação entre o planeamento da gravidez e o *empowerment* da grávida, tendo Silva (2014) obtido resultados semelhantes.

No que concerne à variável local de vigilância da gravidez, o médico particular foi o local mais escolhido para a vigilância, com um total de 52.1%, obtendo o meio hospitalar apenas 20.5%. Era expectável que o meio hospitalar tivesse uma percentagem menor,

uma vez que, estão encarregues de vigiar apenas a gravidez de risco e de termo. Em Portugal a assistência pré-natal desenrola-se maioritariamente no âmbito dos cuidados de saúde primários sob a orientação do médico de família e da enfermeira de cuidados gerais ou da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. Assim este acompanhamento centra-se mais nos Centros de Saúde ficando os cuidados de saúde diferenciados encarregues da gravidez de risco (Martins, 2014). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2012), a procura de consultas de ginecologia e obstetrícia aumentou nos centros de saúde, sendo este aumento mais significativo na saúde materna com um aumento de 24%, no entanto, neste estudo, os cuidados de saúde primários foram a escolha de apenas 27.4% das participantes.

Não existem muitos estudos nesta área, no entanto num estudo elaborado por Santos e Cardoso (2010), sobre a qualidade de vida e o apoio social da grávida, veio revelar que em termos de qualidade global, as utentes seguidas no consultório privado e no centro de saúde possuíam, em média, melhor qualidade de vida, surgindo imediatamente as utentes acompanhadas exclusivamente no consultório privado. Já as mulheres que efetuaram as consultas exclusivamente no hospital, apresentavam menor qualidade de vida total.

Para além disso, Silva (2014) ao verificar a associação entre o local de vigilância e o *empowerment*, obteve valores médios superiores no caso de grávidas seguidas apenas na maternidade (meio hospitalar) para todas as dimensões, bem como para o seu valor global. Contudo, não se observaram diferenças estatísticas significativas.

Em contraste, no estudo realizado por Santos (2012) os resultados obtidos foram díspares. As grávidas com acompanhamento em regime particular apresentaram valores médios superiores de *empowerment* e as grávidas vigiadas no centro de saúde registaram maiores níveis de autoestima. No entanto, não se verificou a existência de diferenças estatísticas significativas.

Das grávidas que participaram neste estudo 17.8% afirmaram ter problemas no desenrolar da gravidez, apresentando valores mais baixos no que diz respeito ao *empowerment*. No entanto não se registaram diferenças estatísticas significativas.

Quando se pensa em gravidez de risco ou na patologia durante a gravidez, somos levados a crer que estas podem influenciar de forma negativa o *empowerment* da grávida e o modo como esta encara a gravidez. No entanto, como mostra Dias, et al. (2008) no seu estudo, essas mulheres, ao contrário do que se pensava, não apresentaram pior autoestima do que as de baixo risco. A condição gestacional de risco por si só não implica uma baixa na autoestima das mulheres, levando à ideia de que a

ênfase que se dá às patologias seja muito maior do que o efeito destas na autoestima das grávidas. Os mesmos autores referem ainda que tal pode estar relacionado com o facto de as grávidas de risco possuírem um maior número de consultas, supondo que quando uma pessoa é mais cuidada, tende a melhorar e que estas recebem mais apoio da parte da família e amigos.

Silveira e Ferreira (2011), ao estudarem o auto-conceito da grávida, não encontraram qualquer influência da patologia obstétrica sobre este.

Por outro lado, Santos (2012), veio achar resultados um pouco diferentes: as grávidas sem problemas durante a gestação exibiram médias mais elevadas em todas as dimensões da EEG e no seu valor global. Para além disso, verificou existência de relação entre problemas na gravidez e a autoestima, autoeficácia e empoderamento da grávida.

Em relação à frequência do CPP, 53.4% frequentam o curso, quase as mesmas que não o fazem. Também os valores da EEG encontrados nos dois grupos foram muito semelhantes.

Portugal - Direção Geral da Saúde (2015), defende que todas as grávidas devem ter acesso a cursos de preparação para o parto e parentalidade ou cursos de preparação para o nascimento, no decorrer da gravidez. Estes cursos permitem a partilha, a expressão e o esclarecimentos de medos, dúvidas e angústias decorrentes da gravidez, num ambiente de grupo e de suporte mútuo. Têm a finalidade de promover o desenvolvimento da confiança, promovendo competências na grávida para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade e incentiva a tomada de decisão informada sobre trabalho de parto, alívio da dor, cuidados ao recém-nascido, aleitamento materno e competências parentais. (Velasco, 2014; Gagnon & Sandall, 2007 referido por Portugal - Direção Geral da Saúde, 2015)

Num estudo conduzido por Vicente (2009), verificou-se que a frequência do curso de preparação para o parto influencia tanto a antecipação que a grávida faz do parto 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.

Pode-se inferir que o curso de preparação para o nascimento permite a aquisição de conhecimentos básicos à grávida, o que lhe proporciona o desenvolvimento da cidadania. Assim, a aquisição de poder/ autoridade será a consequência desse processo de procura de conhecimento, e conseqüentemente induzirá à melhoria dos cuidados prestados por parte dos profissionais de saúde. Transmite segurança para o

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).

As puérperas que frequentam os cursos de preparação para o parto, apresentam níveis de ansiedade mais baixos e de bem-estar mais elevados (Santos, 2007).

No presente estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a frequência do CPP e o *empowerment*, o que vai de encontro com o estudo de Silva (2014).

Questão 3: O *empowerment* da grávida é influenciado pela transmissão de informação durante o período pré-natal?

Para dar resposta à última questão de investigação, relacionou-se a variável dependente com as seguintes variáveis de transmissão de informação: emissor de informação, esclarecimento de dúvidas e transmissão de informação necessária.

Em relação ao emissor de informação, 50.7% das grávidas referem o médico como principal educador, logo seguido pelo enfermeiro. Analisando a influência desta variável no *empowerment* da grávida, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas e as médias de valores da EEG foram semelhantes nos dois grupos.

A transição para a maternidade traduz-se numa crise de emoções e desafios. As aprendizagens no passado eram feitas no seio da família, mas devido a alterações sociais, as grávidas são impulsionadas a procurar novos contextos de aprendizagem, alternativos ou complementares, sendo os profissionais de saúde um dos recursos mobilizados. As enfermeiras, em particular as especialistas em saúde materna e obstétrica, sendo recursos diferenciados, com formação específica, são agentes que devem desenvolver projetos que contribuam para uma saudável transição para a maternidade (Graça, Figueiredo & Carreira, 2011).

A prestação de cuidados de qualidade pelos enfermeiros ESMO é imprescindível para que as suas utentes o reconheçam como o seu profissional de saúde de referência. Estes cuidados devem incluir o empoderamento da cliente para posterior tomada de decisão e ação devidamente esclarecida (Barradas et al., 2015).

O enfermeiro é um educador em saúde, portanto, pode e deve prestar cuidados que satisfaçam a exigência das grávidas, que vão desde a adesão de hábitos e práticas de vida saudáveis, o cuidar de si e do seu bebê, até às relações com outras grávidas e pais, com resultados positivos na avaliação da qualidade de vida (Alfing, Stumm & Boff, 2016).

Santos (2012) através do estudo da influência do emissor, relativamente a vários tópicos abordados durante a vigilância da gravidez, encontrou diferenças estatísticas significativas que permitiram concluir que o emissor de informação sobre: aleitamento materno, alimentação e aumento de peso, hábitos nocivos e atividade e repouso na gravidez exerce influência no *empowerment* da grávida.

A maioria das grávidas (89.0%) considera que as suas dúvidas são esclarecidas, sendo estas as que apresentam médias de valores de EEG mais elevadas.

Logo no primeiro contacto da grávida com o profissional de saúde, esta deverá receber informações sobre a vigilância pré-natal, conhecer a planificação das consultas, devendo ser incentivado o esclarecimento de dúvidas e expressão de angústias e sentimentos. Mesmo neste primeiro contacto, a mulher pode ter dúvidas em relação à gravidez, pois pode ser um acontecimento desconhecido para ela. A gravidez é um período crítico de transição do desenvolvimento da personalidade e de tensão biologicamente determinado. Assim cabe ao enfermeiro favorecer a sua integração à vigilância pré-natal, de modo a que se sinta segura, informada e orientada (Lessa, 2010 referida por Aguiar, Araújo, Costa & Aguiar, 2013).

De acordo com Santos, Radovanovic e Marcon (2010) as grávidas tem a necessidade de partilhar reflexões e dúvidas sobre as mudanças que estão a acontecer, trocar informações objetivas sobre a experiência da gravidez, parto e pós-parto, bem como de se preparar física e emocionalmente para as experiências futuras. Os profissionais responsáveis pela vigilância pré-natal deverão oferecer informações claras e adequadas a cada situação e possibilitar que cada consulta se transforme numa oportunidade para ampliar o referencial de cuidar desta família em expansão. Para que tal ocorra é necessário estar receptivo para a escuta de dúvidas, medos e anseios.

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre esclarecimento de dúvidas e o *empowerment*. Não foram encontrados estudos que tenham analisado a relação destas duas variáveis. Contudo Santos (2012) analisou a influência entre o emissor do esclarecimento de dúvidas e o *empowerment*, tendo inferido diferenças estatísticas significativas, nomeadamente no que diz respeito à dimensão da EEG referente à alegria de uma adição à família.

Em relação à última variável do presente estudo, transmissão de informação necessária, 86.3% considera que a informação transmitida foi a necessária para que possa vivenciar a sua gravidez de forma tranquila. No entanto, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

A individualidade de cada grávida deve ser respeitada, objetivando a prestação de cuidados específica para cada realidade. Deve-se aferir o nível de compreensão e esclarecimento que cada mulher possui sobre os seus direitos e sobre os cuidados que lhe estão a ser prestados. Para que tal aconteça, é necessário oferecer-lhe informações e conhecimentos suficientes para promover o empoderamento durante a gravidez (Santos, Radovanovic & Marcon, 2010). Segundo o mesmo autor, as orientações oferecidas devem ser adequadas às necessidades reais e apropriadas para cada caso específico, de forma a possibilitar que o processo de gravidez seja vivenciado da forma mais tranquila e prazerosa possível, diminuindo os níveis de ansiedade e medo.

É preconizado um modelo pedagógico que assuma a educação como uma prática de liberdade, rompendo com métodos centrados no exercício do poder sobre o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e a discussão de ideia, opiniões e conceitos, com vista à solução de problemas (poder com). O objetivo é contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico (Carvalho, 2004).

Para tal é imprescindível estabelecer uma relação de parceria com a grávida. Segundo Prado, Falleiro e Mano (2011), essas relações devem ser baseadas na escuta cuidadosa e na troca, tendo como objetivo estabelecer um vínculo a partir do qual surge a oportunidade de desenvolver o empoderamento desejado. A missão do cuidar é de todos os envolvidos e a linha de chegada pertence a todos.

Durante a pesquisa efetuada não foram encontrados estudos especificamente ligados a esta temática. De seguida, é feita referência a dois estudos, ambos exploratórios, descritivos de metodologia qualitativa: um aborda o conhecimento do plano de parto e o outro o conhecimento das posições de parto.

Silva et al. (2016), concluíram que havia falta de informação das mulheres em relação ao parto, o que gerava medo e insegurança nas grávidas e levava-as a definir a cesariana como um procedimento de baixo risco. Evidenciou-se a necessidade de uma abordagem ampla, através da construção de vínculos, estimulando a autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo e reconhecendo-a como um ser ativo no processo de gerar e parir.

Já Mouta, Silva, Melo, Lopes e Moreira (2017) através da análise das entrevistas das participantes, concluíram que a construção de um plano de parto durante o pré-natal proporcionou o empoderamento das mulheres durante o processo de parto, visto que todas se sentiram protagonistas dos seus partos, respeitando a fisiologia dos seus corpos e tornando aquele momento prazeroso, menos doloroso e inesquecível. A maioria das participantes desconhecia a existência do plano de parto e quando conheciam era superficialmente. O plano de parto é um direito das mulheres durante o pré-natal e deve ser divulgado e estimulado pelos profissionais de saúde.

Conclui-se assim que não houve diferenças estatísticas significativas em nenhuma das variáveis independentes, o que permite inferir que, na amostra em estudo, estas não exercem influência no *empowerment* da grávida.

CONCLUSÃO

A maternidade é um momento marcante, inexplicável e único. Cada mulher vive-o de uma forma única e especial, e cada gravidez é uma descoberta, uma nova aventura pelo mundo da parentalidade. Com ela vêm novos papéis, modificações pessoais, familiares e sociais, que se iniciam no momento da concepção.

Ao acarretar muitas transformações, físicas e psicológicas, é o momento ideal para a promoção da saúde da grávida, bebé, família. O modelo de educação em saúde deverá ser horizontal, por oposição ao tradicional, onde deve ser estabelecida uma relação de parceria, onde se dá e se recebe, promovendo a autonomia e a tomada de decisão esclarecida e informada por parte da grávida, onde o objetivo principal é o seu *empowerment*.

Este pode ser influenciado por vários fatores e foi objetivo deste estudo analisar a influência de algumas variáveis sociodemográficas, obstétricas e de transmissão de informação no *empowerment* da grávida, bem como descrever o perfil sociodemográfico das participantes no estudo. Tratou-se de uma replicação do estudo de Santos (2012).

É importante destacar algumas limitações metodológicas que foram surgindo no presente estudo. O primeiro ponto a assinalar prende-se com o facto de a amostra apresentar um número reduzido de grávidas, trazendo desvantagens relacionadas com a sua fidelidade e fiabilidade. Assim não é possível efetuar generalizações de resultados à população de grávidas durante o período em que decorreu o trabalho de campo desta investigação e carece de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito, com amostras mais alargadas. Outra barreira identificada prende-se com as autorizações para a aplicação do instrumento de recolha de dados, processo muito burocrático e moroso, o que levou à opção de aplicar o questionário on-line, através de redes sociais.

As participantes, ao serem recrutadas, segundo um processo de amostragem por conveniência, também traz algumas limitações pois é um de amostragem não probabilístico, podendo a amostra não ser representativa da população.

Apesar das limitações do estudo, pensa-se que este possa contribuir para o desenrolar de um conjunto de informações acerca da temática do *empowerment* da grávida, ainda pouco estudada.

Nesta investigação verificou-se que a maior prevalência na amostra foi: grávidas casadas ou a viver em união de facto, com uma média de idades de 30.4 anos, de nacionalidade portuguesa, com habilitações literárias de ensino superior, empregadas e a residir em meio urbano. Quase todas têm acesso à *Internet*, usam-na todos os dias e é também o meio de informação mais utilizado na busca de informação, para além dos profissionais de saúde.

No que diz respeito às variáveis obstétricas, cerca de metade já teve gravidez anterior e dos partos ocorridos, a maioria foram eutócicos e considerados como um momento agradável. Em relação à gravidez atual a média de idade gestacional foi de 33.5 semanas, e para a maioria: a gravidez foi planeada e desejada, a primeira consulta de vigilância de saúde materna ocorreu antes das 12 semanas no médico particular, decorrendo sem problemas. Metade frequentam cursos de preparação para o parto e parentalidade.

No que concerne às variáveis de transmissão de informação, o médico é o eleito como o principal emissor de informação, a maioria sente que as suas dúvidas são esclarecidas e que a informação recebida é a necessária para que vivam a gravidez de uma forma tranquila.

Os resultados obtidos permitiram responder negativamente às questões de investigação formuladas, ou seja, não foram obtidas diferenças estatísticas significativas para as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de transmissão de informação. Deste modo não se pode inferir a sua influência no *empowerment* da grávida.

Denotou-se que os estudos efetuados nesta área são escassos, sugerem-se futuras investigações, mais abrangentes e com amostras maiores. A escala EEG, sendo um instrumento que se provou válido e fiável, estando já adaptado à população portuguesa, representa um bom instrumento para a avaliação de programas/projetos quer no âmbito da consulta de vigilância, quer em cursos de preparação para o nascimento / parentalidade, permitindo avaliar o seu impacto no *empowerment* da grávida. Deste modo promove a reflexão dos profissionais de saúde, trazendo ganhos em saúde para todos, profissionais, utentes e famílias.

O enfermeiro especialista em ESMO, representa um elemento fulcral no *empowerment* 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.

Mulheres empoderadas induzem à mudança, primeiro em si, depois nos que estão à sua volta, família, comunidade quem sabe, do mundo!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. S., Araújo, M. A., Costa, M. A., & Aguiar, N. (2013). Percepção de mulheres sobre o acolhimento oferecido pelo enfermeiro no pré-natal. *Cogitare Enfermagem*, pp. 56-760.
- Aires, C. M. (2012). *Estudo das propriedades métricas da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português*. Dissertação de Mestrado, Porto. Obtido em 2017, de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9292>
- Alfing, C. E., Stumm, E. M., & Boff, E. T. (Julho de 2016). Estado da Arte Sobre a Atuação do Enfermeiro no Pré-natal: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On-Line*, pp. 2669-2677.
- 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.
- Barroso, C. (2004). Metas de desenvolvimento do milénio, educação e igualdade de género. *Cadernos de pesquisa*, 34, pp. 573-582. Obtido de <file:///C:/Users/Daniela/Desktop/Dissertação/2017/a04v34123.pdf>
- Bezerra, S. T., Lemos, A. M., Sousa, S. M., Carvalho, C. M., Fernandes, A. F., & Alves, M. D. (Outubro de 2013). Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. *Enfermeria Global*, pp. 270-279. Obtido em Julho de 2017
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. (Janeiro-Março de 2017). Primary Health Care Reform in Portugal. *Ciência & Saúde Colectiva*, 22, pp. 701-711.
- 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.
- Carvalho, S. R. (agosto de 2004). Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de promoção de saúde. *Cadernos saúde pública*, pp. 1088-1095.
- Cerejeira, I. (2010). Cuidados Pré- Natais prestados pelo EESMO. Haverá futuro? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 45-47

- Obtido em Julho de 2017, de <https://sites.google.com/site/revistaapeo/condicoes-de-publicação>
- Coldebella, N. (2006). *Expectativas e sentimentos acerca do bebé em gestantes primíparas e secundíparas*. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre.
- 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.
- D'Hainaut, L. (1992). *Conceitos e métodos de estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- 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. Obtido de https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200007&script=sci_abstract&tlng=es
- Faria, N. A., & Ramos, S. A. (Dezembro de 2012). (Re)aprender a ser mãe fora do tempo: o ajustamento materno na gravidez tardia. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 10-13.
- Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise psicológica*, pp. 203-217. Obtido de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/306/pdf>
- Figueiredo, J. V., Freitas, L. V., Lima, T. M., Oliveira, A. S., & Damasceno, A. K. (setembro de 2010). Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. *Enfermagem em foco*, pp. 124-128.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M., Piccini, C. A., & Lopes, R. C. (Maio de 2008). Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Interação em Psicologia*, pp. 99-106.
- Graça, L. C., Figueiredo, M. C., & Carreira, M. T. (Julho de 2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista Referência*, pp. 28-35.
- Hubner, D. L., Lopes, I. D., Mueller, A. A., & Grzybovski, D. (2017). Programa mulheres mil: uma reflexão com vista ao empoderamento da mulher. *VIII Seminário Internacional sobre desenvolvimento regional*. Santa Cruz do Sul.

- INE - Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*.
Obtido em 30 de Outubro de 2014, de Instituto Nacional de Estatística:
<http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*
(2011 ed.). Lisboa: INE. Obtido em Novembro de 2017, de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal - 2001-2011*. Obtido de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=136501356&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Anuário Estatístico de Portugal - 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. Obtido em 8 de Janeiro de 2018, de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=277187869&PUBLICACOESmodo=2
- Kameda, Y., & Shimada, K. (2008). Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, 32, 39-48. Obtido em Julho de 2017, de
https://www.researchgate.net/publication/36434857_Development_of_an_empowerment_scale_for_pregnant_women
- LOWDERMILK, D. L., & PERRY, S. E. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. New York: Lusodidacta.
- Maçola, L., Vale, I. N., & Carmona, E. V. (Setembro de 2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 569-576. Obtido de
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>
- Mageste, G. S., Melo, M. C., & Ckagnazaroff. (2008). Empoderamento das mulheres: uma proposta de análise para organizações. *V Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD*. Belo Horizonte.
- Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da gravidez*. Jaguatirica Digital.
- Manning, B. (2006). Transição para a parentalidade. Em D. L. Lowdermilk, & S. E. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed., pp. 521-556). Loures: Lusodidacta.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ª ed.). Braga: Psiquilibrios.

- Martins, M. F. (Nov-Dez de 2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - uma reflexão. *REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1008-1012.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: o corpo grávidico, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18, pp. 75-98. Obtido de <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.431>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-o., Hilfinger, M. D., & Schumacker, K. (September de 2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, pp. 12-28.
- Mouta, R., Silva, T., Melo, P., Lopes, N., & Moreira, V. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista baiana enfermagem*. doi:10.18471/rbe.v31i4.20275
- Nascimento, N. M. (2011). *A contribuição das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem para o empoderamento feminino na gravidez e no parto: adaptação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro. Obtido de http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2459
- OCDE. (2008). *Estudos Territoriais da OCDE - Portugal*. Instituto Financeiro para o Desenvolvimento Regional, IP.
- Oliveira, G., Bortoli, C. F., Prates, L. A., Astarita, K. B., Silva, T. C., & Ressel, L. B. (Setembro de 2016). Access to Prenatal Care Within the Primary Care: an Integrative Review. *Journal of Nursing*, pp. 3446-3454.
- ONU Mulheres. (2015). *Princípios de empoderamento das mulheres*. Obtido de www.onumulheres.org.br/referencias/principios-de-empoderamento-das-mulheres/
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Recomendações para a Preparação para o Nascimento*.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *The World Health Report 2005 - make every mother and child count*. Geneva: OMS. Obtido em 28 de Julho de 2017, de <http://www.who.int/whr/2005/>
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Nardi, T., & Lopes, R. S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, pp. 63-72. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>
- PORDATA. (s.d.). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 2018, de <https://www.pordata.pt>

- Portugal - Direção Geral da Saúde. (Novembro de 2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Prado, E., Falleiro, L., & Mano, M. A. (2011). Cuidado, promoção de saúde e educação popular - porque um não pode viver sem os outros. *Revista APS*, pp. 464-471.
- Prata, A. P., Santos, C., & Santos, M. R. (dezembro de 2015). O conhecimento das grávidas sobre o processo de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 9-12.
- Rios, C. T., & Vieira, N. F. (2007). Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Revista Ciências & Saúde Colectiva*, 12, pp. 477- 486.
- Santana, S. (2009). Tendências na Utilização da Internet para questões de saúde e doença em Portugal 2005-2007. (U. d. Aveiro, Ed.) *Acta Médica Portuguesa*, 22, pp. 5-14.
- Santos, A. C., & Cardoso, A. M. (2010). A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, pp. 26-31. Obtido de https://sites.google.com/site/revistaapeo/revista_13_2013/revista_11_2000/11a_rtigo5
- Santos, A. L., Radovanovic, C. A., & Marcon, S. S. (2010). Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Revista Rene*, pp. 61-71.
- Santos, I. M. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez*. Viseu. Obtido em 2017, de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1492>
- Santos, M. U. (2007). *Preparação para o parto: promoção do bem-estar da parturiente através da preparação para o parto*. Dissertação de mestrado, Faro.
- Sen, A. (2000). *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das letras.
- Silva, D. N. (2014). *Empowerment da grávida: factores de capacitação para a maternidade*. Dissertação de Mestrado, Viseu. Obtido em 2017, de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2556>
- 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.
- Silva, E. P., Lima, R. T., & Osorio, M. M. (2016). Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 2935-2948.
- Silva, L., Leão, D., Cruz, A., Alves, V., Rodrigues, D., & Pinto, C. (setembro de 2016). Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma

contribuição para o cuidar. *Revista de Enfermagem*, pp. 3531-3536.

doi:10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201604

Silva, M. R. (2010). A situação das mulheres no mundo: que progressos no caminho da igualdade 15 anos depois da Plataforma de Acção de Pequim? . *Revista de Estudos Demográficos - 1.º Semestre de 2010* , pp. 5-20.

Silveira, C. S., & Ferreira, M. M. (2011). Auto-conceito da grávida - fatores associados. *Millenium*, pp. 53-67. Obtido de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/5.pdf>

Vicente, S. C. (2009). *Apoio social, expectativas e satisfação com o parto em primíparas com ou sem preparação para o parto*. Dissertação de mestrado, Porto.

Weston, C., & Anderson, J. L. (Julho de 2014). Internet use in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 22, pp. 488-493.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de recolha de dados – Questionário

O *empowerment* da Grávida durante a Vigilância Pré-natal

Sou enfermeira no Centro de Saúde da Marinha Grande e encontro-me a realizar o mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a minha dissertação com o título “O *empowerment* da grávida durante a vigilância da gravidez”, elaborei este questionário. Com este estudo pretendo verificar se a transmissão de informação durante a gravidez influencia o empoderamento (sentimento de autorrealização e uma maior independência, levando a um aumento da energia psicológica para alcançar a gravidez e o parto desejado) da grávida, ajudando-a na transição para a maternidade.

A sua realização só poderá ser possível graças à sua colaboração, preenchendo-o. Neste sentido, peço-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda de uma forma espontânea e sincera. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que é importante é a sua opinião.

O questionário é anónimo e confidencial e só será usado no presente estudo.

Desde já agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Muito obrigada!

Daniela Matos

Qualquer esclarecimento contactar:

Telemóvel: 960290013

Email: dani.filipas@gmail.com

PARTE I - Dados Sociodemográficos

Idade

Estado Civil

Mark only one oval.

Solteira

Casada/União de Facto

Divorciada

Viúva

Nacionalidade

Nível de Escolaridade

Mark only one oval.

1º Ciclo (até ao 4º ano)

- 2º Ciclo (até ao 6º ano)
- 3º Ciclo (até ao 9º ano)
- Secundário
- Licenciatura
- Mestrado

Profissão

Situação Profissional

Mark only one oval.

- Empregada a tempo integral
- Empregada a tempo parcial
- Desempregada
- Em formação

Residência

Mark only one oval.

- Aldeia
- Vila
- Cidade

Religião

Tem acesso à Internet em casa?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

Com que frequência utiliza a Internet?

Mark only one oval.

- Todos os dias
- Pelo menos uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Outra

Dados Obstétricos

História Obstétrica

Esteve grávida anteriormente?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

Se respondeu não, pode avançar para a parte da Gravidez Actual

Qual o número de gravidezes anteriores?

Qual o número de abortos espontâneos/morte fetal?

Qual o número de interrupções voluntárias da gravidez?

Tipo de Partos

Assinale a ou as opções que correspondem à sua realidade

Tick all that apply.

- Normal
- Ventosa
- Forceps
- Cesariana

Frequentou algum curso de preparação para o parto?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

Classifica a experiência de parto como:

Mark only one oval.

| | |
|-----------------------|-----------|
| <input type="radio"/> | Agradável |
|-----------------------|-----------|

| | |
|-----------------------|--------------|
| <input type="radio"/> | Desagradável |
|-----------------------|--------------|

Se desagradável, porquê?

Gravidez Actual

A gravidez foi planeada?

Mark only one oval.

| | |
|-----------------------|-----|
| <input type="radio"/> | Sim |
|-----------------------|-----|

| | |
|-----------------------|-----|
| <input type="radio"/> | Não |
|-----------------------|-----|

A gravidez é desejada?

Mark only one oval.

| | |
|-----------------------|-----|
| <input type="radio"/> | Sim |
|-----------------------|-----|

| | |
|-----------------------|-----|
| <input type="radio"/> | Não |
|-----------------------|-----|

Número de semanas de gestação

Quantas semanas tinha quando fez a sua primeira consulta de vigilância de gravidez?

Mark only one oval.

| | |
|-----------------------|---------------------|
| <input type="radio"/> | Menos de 12 semanas |
|-----------------------|---------------------|

| | |
|-----------------------|--------------------|
| <input type="radio"/> | Mais de 12 semanas |
|-----------------------|--------------------|

Local de vigilância de gravidez

Mark only one oval.

| | |
|-----------------------|-----------------|
| <input type="radio"/> | Centro de Saúde |
|-----------------------|-----------------|

- Hospital
- Médico Particular

A gravidez decorre

Mark only one oval.

- Sem problemas
- Com problemas

Frequenta algum Curso de Preparação para o Parto?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

Quem é que habitualmente lhe transmite a informação sobre gravidez, parto e/ou pós-parto?

Mark only one oval.

- Médico
- Enfermeiro
- Ninguém
- Outro

Sente que as suas dúvidas são esclarecidas?

Mark only one oval.

- Sim
- Não

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

Mark only one oval.

- Sim
- Não

Utiliza algum meio de informação para procurar informação sobre gravidez, parto e pós-parto, para além dos profissionais de saúde?

Mark only one oval.

| | |
|-----------------------|-----|
| <input type="radio"/> | Sim |
| <input type="radio"/> | Não |

Se sim assinale qual ou quais:

Tick all that apply.

| | |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Revistas |
| <input type="checkbox"/> | Internet |
| <input type="checkbox"/> | Televisão |
| <input type="checkbox"/> | Familiares |
| <input type="checkbox"/> | Livros |
| <input type="checkbox"/> | Outros |

II Parte - Escala de Empoderamento da Grávida (adaptado de Kameda e Shimada, 2008)

No seguinte questionário, deverá selecionar as opções que melhor correspondem ao modo como se sente perante a sua gravidez e parto.

Mark only one oval per row.

| | 1 - Discordo Totalmente | 2 - Discordo | 3 - Concordo | 4 - Concordo Totalmente |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1 - Consigo obter a informação que necessito dos profissionais de saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 - Não consigo imaginar-me a criar um filho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 - Posso pedir ajuda quando preciso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 - Acredito ser capaz de fazer o que tenho a fazer durante a gravidez | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 - Mesmo quando me sinto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | 1 - Discordo Totalmente | 2 - Discordo | 3 - Concordo | 4 - Concordo Totalmente |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| ansiosa, consigo encontrar formas de alterar o meu estado emocional | | | | |
| 6 - Não consigo imaginar que a minha família vai aumentar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 - Acredito ser capaz de dar à luz como as outras pessoas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 - Tenho a minha imagem ideal do parto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 - Não estou confiante com a minha gravidez | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 - Estou entusiasmada com o parto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 - Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 - Imagino como será a minha gravidez | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 - Quando não sei o que fazer, acredito ser capaz de pesquisar e resolver o problema por mim mesma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 - Gostaria de desfrutar a minha gravidez | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 - Acredito ser capaz de lidar com o que me preocupa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | 1 - Discordo Totalmente | 2 - Discordo | 3 - Concordo | 4 - Concordo Totalmente |
|--|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 16 - Consigo viver com uma atitude positiva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 - Imagino como será o meu parto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 - A minha família e amigos reconhecem a minha forma de ser | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 - Penso que a minha capacidade para o parto é mais fraca do que a das outras pessoas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 - Estou ansiosa pela vida após o nascimento do meu filho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21 - Consigo obter sempre a informação que necessito para definir o plano de parto e o local do nascimento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22 - Estou confiante sobre como lidar com a gravidez e de alguma forma fazer com que corra bem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23 - Acredito ser capaz de decidir quando procurar o médico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24 - Posso pedir opinião e ajuda às outras pessoas de | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | 1 - Discordo Totalmente | 2 - Discordo | 3 - Concordo | 4 - Concordo Totalmente |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| forma a atingir os meus objectivos | | | | |
| 25 - Sinto realmente que vou ser mãe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26 - A minha família e amigos compreendem a minha situação atual, dando-me apoio e dizendo: "Podes ser tal como és" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27 - Estou satisfeita com a minha vida | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Submit

Never submit passwords through Google Forms.

Powered by



APÊNDICE II – Consentimento informado

Daniela Filipa Gaspar de Matos, enfermeira no Centro de Saúde da Marinha Grande, a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a realizar um trabalho de investigação sobre " *O empowerment da grávida durante a vigilância da gravidez* " para o qual solicita a sua colaboração.

Com este estudo pretendo verificar se a transmissão de informação durante a gravidez influencia o empoderamento ¹ da grávida, ajudando-a na transição para a maternidade. A sua participação é voluntária e os dados recolhidos são confidenciais e apenas utilizados no presente estudo.

Consentimento Informado

Declaro que foi informada dos objetivos e justificação do presente trabalho de investigação, que tem como finalidade investigar o *empowerment* da grávida durante a vigilância pré-natal.

Tenho conhecimento dos procedimentos e objetivos da Investigação sobre este estudo e que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão sobre o mesmo.

Foi-me assegurado que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, assim como me foi assegurado o anonimato e que sou livre de a qualquer momento poder desistir do estudo.

Concordo e aceito em participar de livre vontade neste estudo.

____/____/_____

(Assinatura)

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

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização para a utilização da EEG



Dani Matos <dani.filipas@gmail.com>

Pedido de autorização para uso da Escala de Empowerment Grávida

3 messages

Dani Matos <dani.filipas@gmail.com>

Fri, Nov 10, 2017 at 9:21 PM

To: clara.aires@inutero.pt

Muito Boa Noite,

Sou aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, estando a desenvolver um trabalho de investigação com o título " A capacitação da grávida durante a vigilância da gravidez" sob orientação da Prof. Teresa Maria Campos Silva.

Venho por este meio solicitar a autorização para utilizar na recolha de dados deste estudo, a escala de Empowerment da Grávida, traduzida e validada por vós em 2012, no "*Estudo das Propriedades Métricas da Empowerment Scale For Pregnant Women Para o Contexto Português*".

Grata pela atenção dispensada,
Daniela Matos

Clara Aires <clara.aires@inutero.pt>

Wed, Nov 15, 2017 at 3:48 PM

To: Dani Matos <dani.filipas@gmail.com>

Boa tarde,

É com muito agrado que autorizo a utilização da escala e faço votos de muito sucesso para o trabalho que gostaria de conhecer depois de terminado.

Posso aguardar que mo envie depois de fazer a defesa do mesmo?

Cumprimentos

Clara Aires

[Quoted text hidden]

--

Clara Aires

934288330

**ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de
Investigação em Ciências da Saúde da ESEnfC**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer Nº P444_08-2017

Título do Projeto: "A capacitação da grávida durante a vigilância da gravidez"

Identificação do Proponente

Nome(s): Daniela Filipa de Matos, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Teresa Maria Campos Silva

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

A gravidez alberga um conjunto de alterações físicas e psicológicas na mulher, sendo um período de grande necessidade de informação.

O objetivo do presente estudo é verificar se a transmissão de informação durante a gravidez influencia o empoderamento da grávida, pretendendo-se ainda descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das grávidas, relacionar as variáveis sociodemográficas e obstétricas com a capacitação das grávidas e relacionar a transmissão de informação durante a vigilância pré-natal com a capacitação da grávida.

Este estudo é caracterizado como descritivo, correlacional, quantitativo, transversal e não experimental.

A população é caracterizada por todas as grávidas inscritas nas várias unidades do Centro de Saúde da Marinha Grande do ACES do Pinhal Utoral, sendo sujeita a técnica de amostragem por conveniência.

Os critérios de inclusão são: idade gestacional a partir do terceiro trimestre, idade adulta e contacto estabelecido pela grávida durante a realização do estudo para a instituição de saúde. O critério de exclusão passa por alterações da função cognitiva.

O instrumento de colheita de dados será o questionário com caracterização sociodemográfica e avaliação da capacitação das grávidas.

É garantida a voluntariedade e autonomia segundo a proponente, bem como a confidencialidade tendo remetido em anexo o termo de consentimento informado, que relembramos ter de ser efetuado em duplicado.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética, não dispensando contudo a autorização da instituição onde o estudo será desenvolvido.

O relator:



Data: 19/09/2017

O Presidente da Comissão de Ética: Nuno Filomeno Pinheiro



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
INSTITUTO PARA A INOVAÇÃO E A TECNOLOGIA