



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

***EMPOWERMENT: PREFERÊNCIA E VALORIZAÇÃO DAS  
GRÁVIDAS FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
PRÉ-NATAIS***

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Orientação:**

Professora Doutora Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos

**Coorientação:**

Professora Maria Rui Grilo Correia de Sousa

**Isabel Maria Fonseca Ferreira**

**Porto | 2012**



“Embora sendo um desafio, é papel do enfermeiro olhar mais longe e ver a mulher que existe em cada gestante.”

(Cabral, Ressel, & Landerdahl, 2005, p. 464)



## AGRADECIMENTOS

Agradeço com muito carinho a todas as pessoas que me apoiaram durante a realização deste trabalho, transmitindo-me força, apoiando-me, orientando-me, acarinhando-me... e acreditando em mim.

Á minha família, pelo grande apoio e compreensão durante todo este processo, em particular ao meu marido e à minha filha, que cederam muito do tempo que a eles seria dedicado para que fosse possível concretizar este objetivo dentro dos limites temporais inicialmente traçados e ao meu filho ainda por nascer, que me acompanhou de forma calma e meiga durante todos os momentos de trabalho e reflexão... quem sabe não será também um grande investigador com tudo aquilo que aprendeu?!; e à minha mãe, pelo seu apoio incondicional e o seu dom mágico de cuidar que me enche de força e me inspira.

Á minha grande amiga e colega de muitas horas de trabalho e reflexão Clara Aires, pela paciência, o carinho, a amizade, o companheirismo...

Aos mentores, Teresa Martins Santos e Maria Rui Sousa, pelo profissionalismo, a paciência, a orientação, a disponibilidade e a dedicação durante todo este processo, essenciais para o meu “processo de nascimento e crescimento” como investigadora.

Às minhas colegas e amigas Ângela Soares, Conceição Santa Martha, Joana Varela, Sandra Russo e Susana Ferreira, Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, pelo grande apoio prestado durante a seleção e abordagem às grávidas, permitindo que a colheita de dados pudesse ser efetuada dentro dos limites temporais inicialmente estabelecidos.

Á professora e amiga Alexandrina Cardoso, pelos pequenos momentos de reflexão conjunta que me trouxeram luz em algumas ocasiões delicadas de bloqueio inspiracional e até operacional...

A todas as grávidas que colaboraram e tornaram possível a concretização do presente estudo.

E a todas as outras pessoas não mencionadas com quem me relacionei e que se mostraram disponíveis para me auxiliar na concretização deste trabalho, entre elas professores, colegas e amigos...

A todos vocês, um grande, sentido e sincero agradecimento: **OBRIGADA!**



## SIGLAS E ABREVIATURAS

AI	Acesso à Informação
AOPA	Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender
AR	Acesso a Recursos
AS	Acesso a Suporte
BI	Bastante Importante
CRES	Conselho de Reflexão sobre a Saúde
DP	Desvio Padrão
EMEG	Escala de Modelos de Enfermagem na Gravidez
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESMOG	Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
HPH	Hospital Pedro Hispano
M	Média Aritmética
Máx.	Valor máximo
MB	Modelo Biomédico
MEEU	Modelo de <i>Empowerment</i> Enfermeiro/Utente
MI	Muito Importante
Min.	Valor mínimo
MPI	Muito Pouco Importante
N	Número total de participantes da amostra
NS	Não selecionou esta frase
PF	Poder Formal

PI	Pouco Importante
PIF	Poder Informal
Q	Questão
QMCEG	Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Gravidez
SCO	Escala do Sentido de Coerência Interna
UCC	Unidade de Cuidados da Comunidade
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos EPE

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
O <i>EMPOWERMENT</i> NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	23
1.1 O <i>empowerment</i> nos cuidados pré-natais .....	29
1.2 O Modelo de <i>Empowerment</i> Enfermeiro/Utente .....	32
Acesso à informação.....	33
Acesso ao suporte.....	34
Acesso a recursos .....	35
Acesso a oportunidades de crescer e aprender .....	35
Poder informal .....	36
Poder formal .....	37
1.3 Preferência e valorização dos utentes face aos modelos de cuidados em saúde .....	37
MÉTODO .....	43
2.1 Participantes .....	44
2.2 Instrumentos de recolha de dados .....	48
Questionário de caracterização clínica e sociodemográfica.....	48
Escala de <i>Empowerment</i> .....	49
Avaliação do Estado de Saúde Autopercebido.....	50
Indicadores do Sentido de Coerência Interna.....	50
Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Gravidez .....	51
2.3 Procedimentos .....	54
2.4 Tratamento da Informação .....	56
2.5 Considerações Éticas .....	57
RESULTADOS.....	59
3.1 Preferência das grávidas pela tipologia de cuidados de enfermagem...	59
3.2 Valorização atribuída pelas grávidas aos cuidados de enfermagem .....	62
DISCUSSÃO .....	69
CONCLUSÃO.....	73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
ANEXOS .....	85
ANEXO I - Consentimento Informado .....	87
ANEXO II - Questionário de Colheita de Dados .....	91
ANEXO III - Pedido de Autorização para colheita de dados na ULSM.....	99
ANEXO IV - Resposta de autorização para colheita de dados na ULSM .....	103
ANEXO V - Pedido e autorização aos autores para a utilização da Versão Portuguesa da Escala de <i>Empowerment</i> de Rogers <i>et al.</i> ....	107
ANEXO VI - Recodificação do QMCEG para análise estatística dos dados .....	111

## LISTA DE TABELAS

TABELA1: Definições de <i>empowerment</i> .....	25
TABELA 2: Definições conceptuais em ESMOG pela Ordem dos Enfermeiros.....	31
TABELA 3: Caraterização da amostra segundo idade, escolaridade e idade gestacional .....	45
TABELA 4: Caraterização da amostra segundo número de filhos, tipo de parto, experiência de parto e complicações durante esta gravidez.....	46
TABELA 5: Caracterização da amostra segundo o Estado de Saúde Autopercebido	47
TABELA 6: Caraterização da amostra segundo os três Indicadores da Escala de Sentido de Coerência .....	48
TABELA 7: Itens constituintes das dimensões da versão portuguesa da Escala de <i>Empowerment</i> de Rogers et al.....	49
TABELA 8: Consistência interna da Escala de <i>Empowerment</i> .....	50
TABELA 9: Exemplos de comportamentos do enfermeiro segundo o MEEU.....	51
TABELA 10: Itens do Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Gravidez.....	53
TABELA 11: Valores padrão para a correlação $r$ de Pearson.....	57
TABELA 12: Frequências das preferências das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais segundo o MEEU ou o MB .....	59
TABELA 13: Preferência global das grávidas pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados MEEU ou no MB .....	61
TABELA 14: Frequências de resposta face à valorização atribuída aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados MEEU ou no MB .....	63
TABELA 15: Valorização atribuída pelas grávidas, por dimensão do QMCEG, que manifestaram preferência pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU.....	64
TABELA 16: Valorização atribuída pelas grávidas por dimensão do QMCEG que manifestaram preferência pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MB.....	65
TABELA 17: Correlação entre as dimensões do QMCEG .....	66

TABELA 18: Correlação entre a valorização atribuída aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU, por dimensões, e a Escala de *Empowerment*..... 67

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Dimensões do <i>Empowerment</i> .....	27
FIGURA 2: Preferência das grávidas, por dimensões, entre os cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU ou no MB .....	60



## RESUMO

Tema: *Empowerment* - preferência e valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais.

Introdução: Com o presente estudo pretendeu-se analisar a preferência e a valorização das grávidas que frequentam os serviços da Unidade Local de Saúde de Matosinhos face a cuidados de enfermagem pré-natais, baseados em dois modelos conceptuais: o Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente de Laschinger, Gilbert e Smith (2010) e o Modelo Biomédico, este último com uma maior implementação histórica nos serviços de saúde e ainda dominante no modelo vigente de cuidados de saúde, de acordo com alguns autores (LEAL I. *et al.*, 2008; Nunes J. M., 2010).

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com a utilização de uma técnica de amostragem de conveniência. A colheita de dados foi efetuada através de um questionário aplicado a grávidas que recorreram aos serviços especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, de março a maio de 2012. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizada estatística paramétrica descritiva e inferencial, através da utilização do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 19 para o Windows.

Resultados e conclusões: O QMCG revelou-se um instrumento fiável e sensível para avaliar a preferência e a valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU, demonstrando uma boa consistência interna, com um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,72. A grande maioria das grávidas (97%) assumiu uma preferência total ou predominante pelos cuidados de Enfermagem pré-natais baseados no Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente em oposição aos cuidados baseados no Modelo Biomédico e atribuiu-lhes um grau elevado de valorização. Verificou-se também que quando mais anos de escolaridade apresentavam as participantes mais elevado se revelou o grau de preferência e valorização que atribuíam aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente. Foi também possível concluir que quanto mais alto o nível de *empowerment* das grávidas, mais alto era o grau de valorização atribuído aos cuidados baseados no Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente e mais baixo o grau de valorização atribuído aos cuidados baseados no Modelo Biomédico. Face aos resultados encontrados mostra-se pertinente refletir sobre as práticas de Saúde Materna e Obstetrícia no sentido de as adequar às necessidades identificadas pelas clientes.

Palavras-chave: *empowerment*, cuidados de enfermagem, cuidados pré-natais e preferência das grávidas

I

## ABSTRACT

Theme: *Empowerment* - Pregnant women's preference and valorization towards nursing pre-natal care.

Introduction: The purpose of this study was to analyze the preference and valorization of pregnant women who attend the services of Unidade Local de Saúde de Matosinhos EPE towards nursing pre-natal care, based on two conceptual models: *Empowerment Nurse/Patient Model* from de Laschinger, Gilbert e Smith (2010) and the Biomedical Model, this last one with a bigger historical implementation in health services and still dominant in the actual health care system, according to some authors (LEAL I. et al., 2008; Nunes J. M., 2010).

Material and methods: This study has a quantitative, descriptive and transversal approach, with the use of a convenience type of sample. The data was collected by using a questioner applied to pregnant women who attended the specialized nurse-midwifery care services of Unidade Local de Saúde de Matosinhos, from March to May 2012. For the statistic analyses it was used parametric descriptive and inferential statistics, by using the 19<sup>th</sup> version of the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows.

Results and conclusions: QMCG showed a good internal consistence (0,72) and revealed itself to be an reliable and sensible instrument to evaluate the preference and valorization of pregnant women for the pre-natal nursing care based on the *Empowerment Nurse/Patient Model*. The majority of pregnant women (97%) assumed a dominant preference by the pre-natal nursing care based on *Empowerment Nurse/Patient Model* opposed to the pre-natal nursing care based on Biomedical Model and scored it with high levels of valorization. It was also found that the participants with higher degrees of education had higher preference and valorization for the pre-natal nursing care based on *Empowerment Nurse/Patient Model*. It was also possible to conclude that pregnant women with higher degrees of education valued more the pre-natal nursing care based on *Empowerment Nurse/Patient Model* and less the pre-natal nursing care based on Biomedical Model. The results found on this study showed that is essential to analyze the nurse-midwifery practice in the sense of making it closer to the client's needs.

Key-words: *empowerment*, nurse care, midwifery care, pre-natal care, pregnant women preferences



## INTRODUÇÃO

Assegurar a participação ativa dos cidadãos, envolvendo escolhas e autorresponsabilização, consiste numa das funções dos profissionais de saúde, que detêm um papel fundamental nesta temática (Ramos, 2003). No entanto, de acordo com o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), o modelo de saúde do Sistema Nacional de Saúde português tem-se regulado muito mais em função dos interesses profissionais dominantes do que em função dos seus clientes, mostrando-se fechado sobre si mesmo, preocupado com os seus problemas internos e raramente estabelecendo um elo de ligação entre essas preocupações e aquilo que as pessoas que procuram os serviços necessitam realmente (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998). Uma das sugestões de mudança apresentadas pelo CRES refere-se ao incentivo da promoção da capacitação do cidadão para influenciar diretamente as principais opções relacionadas com a sua saúde e para intervir sistematicamente na operacionalização da prestação de cuidados, criando-se deste modo uma democracia processual e não meramente formal (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998). Desta reflexão percebe-se como implícito o conceito de *empowerment* como base estratégica de promoção de saúde.

Gibson (1995) define *empowerment* no contexto da saúde materna e obstetrícia como um processo que ajuda as mães a assumir controlo sobre os fatores que podem afetar a sua saúde. Nas últimas décadas, o conceito de *empowerment* tem vindo a ser cada vez mais utilizado no contexto dos cuidados pré-natais como um processo social e dinâmico de ação, criação, confirmação, facilitação, escuta ativa e negociação entre o profissional de saúde e o casal, no qual desenvolvem uma relação de confiança baseada em mútuo respeito e integridade (Hermansson & Martensson, 2011). Ao nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros salienta que o enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica deverá empenhar-se para capacitar a tomada de decisão e ação do cliente, no sentido da adoção de estratégias promotoras de *empowerment* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em 1999, o Ministério da Saúde português documenta a necessidade da criação de instrumentos específicos que permitam evoluir do modelo tradicional

de decisão unilateral/vertical para um modelo participativo (Ministério da Saúde, 1999).

No entanto, a multiplicidade de modelos assistenciais não se revela facilmente operacionalizável e existe adicionalmente uma grande diversidade de aspetos influenciadores da preferência dos utentes por abordagens clínicas baseadas em diferentes modelos conceituais (Benbassat, Pilpel, & Tidhar, 1998; Dominguez-Cherit & Rodriguez-Osorio, 2008; Levinson *et al.*, 2005, Robinson & Thompson, 2001).

Segundo a tendência evolutiva dos sistemas de saúde, a prestação de cuidados de saúde eficazes, de qualidade, promotores de altos níveis de satisfação por parte da população, parece implicar cada vez mais partilha de poder no que respeita à tomada de decisão.

Robinson e Thompson (2001) concluíram que os profissionais de saúde não estão muito preparados para pesquisar e compreender as preferências individuais dos utentes que cuidam e que, por outro lado, os utentes têm expectativas pouco realistas face à habilidade dos profissionais de saúde em perceber “o que é melhor para eles”, salientando que são necessárias pesquisas adicionais no sentido de perceber melhor as variações nas preferências dos utentes relativamente ao tipo de informação que gostariam de obter por parte dos profissionais de saúde e ao envolvimento que pretendem ter no processo de tomada de decisão, assim como os fatores que influenciam essas mesmas preferências.

O conhecimento da preferência e a valorização das grávidas face à filosofia adjacente aos cuidados de enfermagem pré-natais pode revelar-se útil para a criação de estratégias de intervenção mais motivadoras e eficazes para uma melhor satisfação com o processo de gravidez e trabalho de parto, assim como uma mais saudável adaptação à parentalidade. Mas o que será que preferem e valorizam as grávidas em Portugal: partilhar o poder das decisões com os profissionais de saúde ou delegar neles essa responsabilidade, assumindo um papel mais passivo?

Esta foi a pergunta de partida orientadora da presente investigação que estuda a preferência e valorização das grávidas face à prestação de cuidados pré-natais baseados em dois modelos conceituais determinantes: o modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente (MEEU) de Laschinger, Gilbert, Smith e Leslie

(2010) e o Modelo Biomédico (MB), este último com grande implementação histórica nos serviços de saúde.

A colheita de dados foi efetuada através de um questionário aplicado a grávidas que recorreram aos serviços especializados de enfermagem de saúde materna e obstétrica da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), de março a maio de 2012. Para avaliar a preferência e a valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais, foi construído um questionário que teve por base a revisão de literatura referente aos modelos de cuidados de enfermagem pré-natais, essencialmente no *Empowerment Nurse/Patient Model* de Laschinger, Gilbert, Smith, e Leslie (2010), no conceito de *empowerment* psicológico de Spreitzer (1995) e nos contributos do modelo teórico de Kanter (1993). Utilizou-se ainda uma versão reduzida experimental da escala de senso de coerência de Nunes (1999) e a versão portuguesa da escala de *Empowerment* de Rogers, Chamberlein, Ellison e Crean (1997) adaptada por Almeida e Pais Ribeiro (2011).

Este trabalho encontra-se, fundamentalmente, dividido em 5 partes. Na primeira parte é realizada uma introdução à temática, com o intuito de contextualizar o problema, confrontando-o com o conhecimento científico já produzido. A segunda parte baseia-se na metodologia da investigação, que inclui as aspetos relacionados com as escolhas metodológicas, procedimentos, análise estatística e tratamento dos dados, assim como preocupações éticas relacionadas com a colheita e o tratamento dos dados. Na terceira parte apresentam-se os resultados obtidos, organizados em texto e tabelas, para facilitar a sua leitura e análise. Segue-se a discussão dos resultados, confrontando-os com o estado da arte. Por fim, são descritas algumas considerações finais sobre o conhecimento produzido e respetivas implicações para a prática, assim como constrangimentos e limitações sentidos durante a investigação e ainda algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação.



## **O EMPOWERMENT NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Segundo Carvalho, Gonçalves, Rodrigues e Albuquerque, citado por Leal *et al.* (2008), apesar da tendência evolucionar dos cuidados de enfermagem, MB de saúde, de carácter reducionista e paternalista, tem vindo a dominar quase por absoluto a saúde individual e das populações.

Segundo Nunes (2010), o MB, por vezes definido como “centrado na doença” ou “centrado no profissional de saúde”, começou a ser contestado na segunda metade do século XX e deu origem ao desenvolvimento do paradigma biopsicossocial que defende a abordagem do cliente de um modo holístico, permitindo o desenvolvimento teórico e prático de um novo modelo clínico que se denominou de modelo clínico centrado no cliente.

Engel em 1970, citado por Shorter (2004), defendeu que uma compreensão e resposta adequada às necessidades dos clientes só poderiam ser alcançadas através de uma abordagem simultânea das dimensões biológicas, psicológicas e sociais do próprio. Segundo Nunes (2010) o modelo de Engel surge como um movimento adicional de luta contra a desumanização do MB ao criticar fortemente este modelo em três pontos vitais: separação da mente e do corpo, privilegiando o corpo em desfavor da realidade psicossocial; reducionismo e materialismo desvalorizador de todos os factos e fenómenos que não possam ser verificados objetivamente; considerar o cliente como mero objeto observado e o profissional de saúde como alguém que domina a relação, encarando a sua observação como objetiva e as experiências dos clientes como subjetivas.

Na Declaração de Alma-Ata de 1978 implicitamente se faz referência a uma alteração de paradigma assistencial, defendendo a adoção de comportamentos e atitudes de capacitação das pessoas. Valoriza-se a noção de justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação, na luta por um salário digno e também na estabilidade do ecossistema e na sustentabilidade dos recursos naturais como pré-requisitos da saúde da população (Souza *et al.*, 2006).

Em 1986, a Carta de Ottawa inclui também referência implícita à tendência para uma mudança de paradigma e a um progressivo distanciamento do MB tradicional, defendendo a evolução assistencial para um modelo que engloba a implementação estratégias de promoção do controlo dos cidadãos sobre a sua

saúde, ou seja, um modelo centrado no *empowerment* dos utentes (Fernandes *et al.*, 2011; World Health Organization, 2009).

A palavra *empowerment* encontra-se traduzida para a língua portuguesa em alguns artigos e estudos de investigação como empoderamento, mas a opção por esta tradução está ainda longe de ser unânime e a palavra empoderamento não é bem aceite por todos os tradutores (Valdez, 2012), nem vem mencionada nos principais dicionários de língua portuguesa. Optou-se assim, no presente estudo, por manter o termo original.

O *empowerment* tem sido explorado pela comunidade científica em estudos aplicados a vários campos de conhecimento tais como gestão, economia, desenvolvimento comunitário e saúde, assim como a diversos contextos, tais como a famílias, trabalhadores, comunidades, escolas, grupos minoritários, entre outros (Falk-Rafael, 2001; Gibson, 1995; Hermansson & Martensson, 2011; Horochovski & Meirelles, 2007; Rappaport, 1995; Zimmerman & Perkins, 1995).

O conceito de *empowerment* emergiu na segunda metade do século XX, como os movimentos feministas e as lutas pelos direitos civis (Souza *et al.*, 2006). O termo em si surgiu em 1970, nos Estados Unidos, com uma conotação política emancipatória (Horochovski & Meirelles, 2007). Em Portugal, no entanto, tem, segundo alguns autores, uma abordagem, ainda, “incipiente” (Fernandes *et al.*, 2001).

Ao nível dos cuidados de saúde, o conceito de “health *empowerment*”, surgiu associado à capacitação do indivíduo para gerir o seu estado de saúde, sendo uma consequência evolutiva nas conceções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, procurando ultrapassar a prática de atitudes e comportamentos paternalistas, com tomadas de decisão essencialmente unilaterais, por parte dos profissionais de saúde (Fazenda, n.d.).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2009), o *empowerment* em saúde é um processo através do qual os cidadãos adquirem controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, podendo também definir-se como um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os cidadãos podem expressar as suas necessidades e preocupações, estabelecer estratégias para um maior envolvimento na tomada de decisão em saúde e realizar ações que permitem satisfazer essas mesmas necessidades.

De facto, o que mais caracteriza a filosofia dos modelos de *empowerment* na saúde e a distingue do MB tradicional é o facto das escolhas relativas aos caminhos a percorrer para alcançar a saúde e o bem-estar serem feitas pelo próprio cidadão (Fernandes *et al.*, 2011).

Segundo Rappaport (1995), que dedicou grande parte da sua pesquisa científica neste âmbito, a definição conceptual de *empowerment* é de grande complexidade e repleta de *nuances*.

Souza *et al.* (2006), numa pesquisa exploratória sobre o conceito de *empowerment*, com a finalidade de definir estratégias de promoção do fortalecimento e o cuidado da família, encontraram várias definições do conceito, descritas na TABELA 1.

**TABELA1: Definições de *empowerment***

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Conceito de <i>Empowerment</i></b>
Whitmore e Kerans	1988	Processo interativo através do qual as pessoas experienciam mudança pessoal e social, possibilitando-lhes agir e exercer influência sobre organizações e instituições que afetam suas vidas e a das comunidades em que vivem.
Conger e Kanungo	1988	Processo que aumenta os sentimentos de auto eficácia entre os membros de uma organização através da identificação de condições que fomentam sua força (eficiência) e renovação por meio de práticas formais e organizacionais e técnicas informais de prover informações adequadas (eficientes).
Zimmerman e Rappaport	1988	Processo pelo qual indivíduos atingem domínio/controlam sobre suas próprias vidas e participação democrática em sua vida e de sua comunidade.
Cornell Empowerment Group	1989	Processo internacional, em andamento, centrado numa comunidade local, envolvendo o respeito mútuo, reflexão crítica, cuidado e participação de grupo através dos quais as pessoas com menos recursos compartilhados ganham maior acesso e controle sobre tais recursos.
Bernstein, Wallerstein, Braithwaite, Gutierrez, Labonte e Zimmerman	1994	Habilidade para conseguir um entendimento e um controle sobre as forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para poderem agir de modo a melhorar sua situação de vida.
Pinto	1998	Processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder que permite a esses sujeitos aumentar a eficácia e o exercício da sua cidadania.
Vasconcelos	2001	Aumento de poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social.
Carvalho	2004	Um processo que procura promover a participação, visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

Fonte: Souza *et al.* (2006, p. 267)

Em comum, todas as definições fazem alusão a processos resultantes (presentes na maioria dos conceitos, mas de forma não muito clara em alguns

deles) e a uma meta final (que, para a maioria dos autores, surge como o bem coletivo). O conceito de *empowerment* pode assim ser perspectivado simultaneamente como um processo e como um resultado, delineando, por um lado, ações e estruturas promotoras do *empowerment* e, por outro lado, o efeito que essas ações e estruturas têm no *empowerment* dos cidadãos (Bernstein, *et al.*, 1994; Gibson, 1995).

Para Zimmerman e Perkins (1995) a distinção entre processos e resultados é essencial. No sentido de simplificar a compreensão do conceito de *empowerment* como processo, os mesmos autores definiram-no de acordo com diferentes níveis: *empowerment* individual, *empowerment* organizacional e *empowerment* comunitário; outros autores (Souza *et al.*, 2006) adicionaram ainda o conceito de *empowerment* grupal.

O *empowerment* individual ou psicológico refere-se à habilidade do indivíduo para tomar decisões e assumir o controlo sobre a sua própria vida (Teixeira, 2002). Este tipo de *empowerment* é relacional, na medida em que resulta da perceção que os indivíduos têm face às suas interações com os ambientes e as pessoas (Horochovski & Meirelles, 2007).

O *empowerment* grupal está associado à coesão, às habilidades coletivas na resolução dos problemas, ao comportamento filial e aos sentimentos comuns de eficácia e de controlo (Souza *et al.*, 2006).

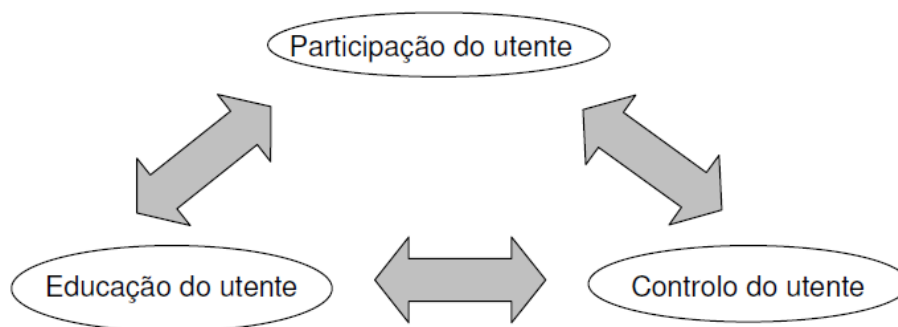
O *empowerment* organizacional refere-se à mobilização de recursos e oportunidades participativas, num contexto de controlo democrático, onde cada membro compartilha informação e poder (Teixeira, 2002); é um tipo de *Empowerment* gerado na e pela organização, independentemente desta ser pública ou privada, por meio de mecanismos de partilha do poder decisório e da liderança, de modo a que as decisões sejam mais coletivas e horizontais (Horochovski & Meirelles, 2007).

O *empowerment* comunitário tem como foco a estrutura das mudanças sociais e a estrutura sociopolítica, onde indivíduos e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos para encontrar suas respectivas necessidades (Teixeira, 2002), ou seja, resulta do processo pelo qual os sujeitos de uma comunidade (individuais e coletivos), por meio de processos participativos, constroem estratégias e ações para atingir seus objetivos traçados de forma coletiva e consensual (Horochovski & Meirelles, 2007).

Segundo Nunes *et al.* (2010) o *empowerment* pode ser entendido como o meio de capacitar a pessoa a desempenhar determinada tarefa ou como a faculdade que a pessoa possui para potencializar os seus recursos internos no caminho da autorrealização, ou seja, como um processo ou como característica interna de cada cidadão. Também Ramos (2003), num contexto de saúde, considera o *empowerment* simultaneamente como um processo e um resultado, citando alguns autores, tais como Funnel *et al.* que definiram inicialmente *empowerment* como um processo (incluindo a descoberta e o desenvolvimento de uma capacidade inerente do cidadão, de modo a adquirir autonomia e assumir responsabilidade pela sua própria vida) e posteriormente o associaram a um resultado, descrevendo que os utentes possuem um maior nível de *empowerment* quando demonstram saberes, atitudes, capacidades e autoconhecimento necessários à promoção da sua saúde e qualidade de vida.

No contexto clínico, Ouschan, Sweeney e Johnson (2000) definem *empowerment* como um processo que compreende três dimensões: percepção de controlo sobre a situação de saúde, participação no processo de decisão e percepção de educação por parte do utente; que vêm evidenciar a necessidade dos profissionais de saúde de criar formas eficazes de comunicação com os utentes, incentivando-os a participar no processo de tomada de decisão, na aprendizagem e no desenvolvimento do sentido de controlo da sua doença/problema de saúde (FIGURA 1).

**FIGURA 1: Dimensões do empowerment**



Fonte: Ramos (2003)

Segundo Ramos (2003), não só as atitudes dos utentes, mas também as ações executadas pelos profissionais de saúde são fatores importantes para atingir resultados positivos na promoção do *empowerment* em saúde.

De facto, um objetivo importante da promoção da saúde consiste em promover escolhas saudáveis por parte da população, o que pode ser dificultado

quando a população não sente controlo sobre o seu ambiente e as suas circunstâncias pessoais, sendo esperado que os profissionais de saúde tenham um papel facilitador e promotor do *empowerment* dos cidadãos (Koelen & Lindstrom, 2005).

Koelen e Lindstrom (2005) desenvolveram uma pesquisa relativa ao conceito de *empowerment* individual, numa perspetiva salutogénica, tendo incluído nesta perspetiva dois conceitos que consideraram fundamentais: o sentido de coerência e o acesso aos recursos internos e externos do indivíduo. Os resultados da sua investigação permitiram identificar alguns fatores influenciadores do *empowerment* individual, tais como locus de controlo interno, autoeficácia e expectativas face ao futuro.

Vários autores têm verificado que o sentido de coerência interno (SCO) tem evidenciado relações significativas com o nível de *empowerment* dos utentes (Almeida & Pais-Ribeiro, 2011; Costa, 2010; Lundberg, Hansson, & Wentz, 2009; Nunes L. , 1999; Posadzki, Andrea Stockl, & Tsouroufli, 2010).

Antonovsky, autor do modelo salutogénico, destacou o papel das experiências de vida como promotoras do desenvolvimento de um SCO forte, que pode ser definido “como uma aptidão interna, global, para perceber, interpretar e dar significado às experiências stressantes da vida e que permite, portanto, posicionar o indivíduo numa orientação para a saúde, tanto física como mental” (Machado, 2008, p. 23). Os recursos generalizados de resistência proporcionam no indivíduo um conjunto de experiências de vida, caracterizadas pela consistência, pelo equilíbrio entre as exigências impostas pelo acontecimento e as próprias capacidades do indivíduo e pela participação individual na obtenção dos resultados, sendo promotores do desenvolvimento de um forte SCO (Carvalho, 2005).

O conceito de SCO foi utilizado num estudo americano para definir a distância entre as necessidades de saúde da população e os recursos disponíveis (Echols-Hurst, 2000). Neste estudo, estabeleceram-se relações estatisticamente significativas entre o nível de *empowerment* dos utentes e a sua satisfação face a cuidados assistenciais promotores do *empowerment*. Os resultados também indicaram que o SCO está positivamente relacionado com o nível de *empowerment* dos utentes.

Um outro estudo que utilizou a Escala de *Empowerment* de Rogers *et al.* para avaliar o nível de *empowerment* dos utentes (Lundberg *et al.*, 2009) concluiu

que experiências de rejeição em pessoas que sofriam de doença mental estavam associadas a níveis mais baixos de SCO assim como, com níveis de correlação inferiores, a níveis mais baixos de *empowerment* e de autoestima.

Segundo Horochovski e Meirelles uma quantidade significativa de estudos sobre o *empowerment* “toma o conceito como dado, sem preocupar-se em defini-lo ou mesmo contextualizá-lo” (2007, p. 485). No mesmo sentido, Zimmerman e Perkins (1995) descrevem o conceito de *empowerment* como um constructo aberto e salientam a importância de especificar muito bem o significado do termo de acordo com os contextos particulares onde é aplicado.

O subcapítulo que se segue centra-se na contextualização do conceito de *empowerment* no âmbito dos cuidados pré-natais.

## **1.1 O *empowerment* nos cuidados pré-natais**

De acordo com o International Confederation of Midwives (2011), as parteiras e enfermeiras-parteiras têm o dever ético de interagir com as mulheres, apoiando os seus direitos em participar ativamente nas decisões respeitantes à sua saúde e aumentando o seu poder de decisão e autonomia com a sua saúde e a da sua família, dentro do seu contexto cultural.

Gibson (1995) definiu *empowerment* associado ao contexto da enfermagem de saúde materna e obstetrícia como um processo social de reconhecimento e promoção do desenvolvimento das capacidades das mães para perceber as suas próprias necessidades, resolver os seus problemas e mobilizar os recursos necessários para sentirem que detêm o controlo das suas vidas. De uma forma mais simplificada, define-o ainda como um processo que ajuda as mães a assumir controlo sobre os fatores que podem afetar a sua saúde. Na mesma pesquisa, Gibson identificou fatores intrapessoais que influenciam o processo de *empowerment* das mães, nomeadamente os seus valores, as suas crenças, a sua autodeterminação e a sua experiência pessoal e como fator interpessoal a percepção de suporte social.

Hermansson e Martensson (2011) debruçaram-se também na contextualização do conceito de *empowerment* aplicado aos cuidados de assistência pré-natais e concluíram que nas últimas duas décadas o conceito tem vindo a ser cada vez mais utilizado. Definiram-no como um processo social e dinâmico de ação, criação, confirmação, facilitação, escuta ativa e negociação entre o profissional de saúde e o casal, no qual desenvolvem uma relação de

confiança baseada em respeito mútuo e integridade. Utilizando uma aprendizagem dialética, a consciencialização do processo de transição irá materializar-se, tornando possível a mobilização dos recursos necessários e promovendo um desenvolvimento positivo das capacidades dos casais. A mulher e o seu companheiro são ambos participantes no processo de crescimento e são incentivados e capacitados para tomarem as suas próprias decisões. Um ambiente acolhedor de suporte e os conhecimentos e a habilidade profissional são componentes necessários neste processo.

Lashinger et al. (2010) defendem que quanto mais alto o nível de empowerment dos enfermeiros mais eficazes serão os seus cuidados no sentido de promover o aumento do empowerment dos utentes, com melhores resultados de saúde. Neste sentido, Hermansson e Martensson (2011) concluíram que para promover uma maior capacitação dos casais para desenvolverem de forma saudável o seu papel parental e serem capazes de identificar e utilizar os seus próprios recursos para enfrentar novos desafios neste âmbito, é fundamental que as midwives e as nurse midwives (Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia) possuam elas mesmas altos níveis de *empowerment*. No entanto, Bersntein et al. (1994) referem que a própria formação dos profissionais de saúde não comporta por vezes esse saber, sendo-lhes ensinado que os “bons” profissionais de saúde possuem todas as respostas para os males da população, o que gera uma grande contradição. Não foram, no entanto, encontradas pesquisas que se debruçassem sobre esta temática no contexto português.

De acordo com o estudo de revisão científica publicado pela Cochrane Database of Systematic Reviews os *Midwife<sup>1</sup>-led Models of Care* são os modelos atualmente defendidos por muitas associações internacionais para os cuidados pré-natais da população, com *outcomes* positivos para a saúde materno-fetal que têm vindo a ser cientificamente comprovados nas últimas décadas (Hatem, Sandall, Davane, Soltani, & Gates, 2008). Diferentes autores salientaram que a filosofia patente nestes modelos é baseada essencialmente nas premissas de que a gravidez e o parto são processos fisiológicos naturais e de que os cuidados pré-natais devem ser personalizados e continuados, centrando-se essencialmente na mulher, numa perspetiva de promoção do aumento da sua capacitação, autoeficácia e mestria. Nos *Midwife-led Models of Care*, a *midwife* e a *nurse midwife* (que neste caso pode traduzir-se no contexto português como enfermeira especialista em saúde

---

<sup>1</sup> O termo Midwife não tem definição consensual para o contexto português, pelo que se manteve o termo original.

materna e obstetrícia) estabelecem com a mulher e a sua família uma parceria de cuidados, preocupando-se em compreender e atender as suas necessidades individuais, negociando e estabelecendo um plano conjunto de cuidados, referenciando-a para outros profissionais de saúde quando necessário e assegurando o seu acesso a outros serviços de apoio à maternidade.

Ao nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros publicou o Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011) documento onde salienta que, na procura pela excelência do exercício profissional, o enfermeiro especialista deverá empenhar-se para capacitar a tomada de decisão e ação do cliente. A orientação da Ordem dos Enfermeiros no sentido da adoção de estratégias promotoras do *empowerment* das grávidas e respetivas famílias está também implícita e explicitamente descrita nas suas definições de consulta de enfermagem pré-natal, preparação para o parto e preparação para a parentalidade (TABELA 2).

**TABELA 2: Definições conceptuais em ESMOG pela Ordem dos Enfermeiros**

<p><b>Consulta de enfermagem pré-natal</b></p>	<p>“Ato de assistência prestado pelos Enfermeiros ESMOG à grávida e família, que visa definir, <b>em parceria</b>, um plano de cuidados individualizado, que promova a vivência saudável da gravidez, facilite a transição para a parentalidade e <b>favoreça a participação ativa do casal grávido</b> em todo o processo: o auto cuidado da grávida; o desenvolvimento de competências parentais; o <b>empoderamento</b> e a <b>utilização de estratégias de autocontrolo durante o trabalho de parto</b>; a <b>formulação do plano de parto</b>; a <b>formulação do plano de parentalidade</b>; a <b>deteção precoce</b> e a <b>prevenção de complicações materno-fetais</b>”</p>
<p><b>Preparação para o parto</b></p>	<p>“Ato de assistência prestado pelos enfermeiros ESMOG à grávida e família, que visa, por um lado, <b>consciencializar a grávida para o seu potencial para um parto eutóxico</b>, <b>treinar estratégias de autocontrolo para o trabalho de parto</b> e <b>treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente</b>; por outro lado, <b>treinar exercícios musculó-articulares</b> promotores da flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal, <b>exercícios respiratórios</b> e <b>métodos de relaxamento</b>.”</p>
<p><b>Preparação para a parentalidade</b></p>	<p>“Ato de assistência prestado pelos enfermeiros ESMOG à grávida e família, que visa <b>determinar competências para o exercício do papel parental</b>, que <b>garantam o potencial máximo do seu desenvolvimento</b>”.</p>

Fonte: “Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” da Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 14)

Como referido ao longo deste subcapítulo, os cuidados gerais de enfermagem, assim como os cuidados pré-natais em particular, têm sofrido grandes transformações ao longo da história no que concerne aos paradigmas

assistenciais em que se baseiam, coexistindo vários modelos de intervenção, o que pode confundir os profissionais de saúde na sua missão de promover o máximo potencial de saúde da população, garantindo ao mesmo tempo a satisfação pelos cuidados prestados.

Adicionalmente, tal como defende Zimmerman e Perkins (1995) e outros autores citados por Horochovski e Meirelles (2007), verifica-se que da complexidade do conceito de *empowerment* emerge uma grande quantidade de métodos e indicadores que muito dificilmente podem ser universalizados, o que acarreta grandes dificuldades na sua operacionalização. “Resta ao pesquisador, mantendo o diálogo com os cânones da teoria, construir instrumentos específicos para a realidade a ser investigada” (Horochovski & Meirelles, 2007, p. 502).

O presente estudo teve como referência teórica o Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente de Laschinger *et al.* (2010), por estar adaptado especificamente ao contexto da saúde e ter sido desenvolvido como um modelo orientador dos cuidados de saúde no âmbito da enfermagem. No subcapítulo que se segue explora-se a fundamentação e operacionalização deste modelo.

## **1.2 O Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente**

O Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente (MEEU) definido por Laschinger *et al.* (2010) foi construído tendo por base a teoria de empowerment de Kanter (1993) e o conceito de empowerment psicológico de Spreitzer (1995) e teve como finalidade operacionalizar ambos os constructos teóricos num modelo orientador para os enfermeiros no que concerne à promoção do *empowerment* em saúde.

Spreitzer (1995) defende que o *empowerment* é um fenómeno dinâmico e que pode ser potenciado ou diminuído de acordo com o contexto envolvente onde o indivíduo se insere.

O conceito proposto por Spreitzer está subdividido em quatro dimensões, que atuam de forma combinada, sendo que a ausência de apenas uma delas terá, de acordo com o autor, um impacto direto sobre o *empowerment* psicológico dos indivíduos (Spreitzer, 1997):

1. Competência - crença que o indivíduo possui na sua capacidade para realizar as atividades com habilidade;

2. Impacto - grau de influência que o indivíduo possui face ao resultado final de uma determinada tarefa;
3. Autodeterminação - sentimento de domínio, autonomia, sobre a escolha face ao início e regulação das atividades do indivíduo. Está relacionada com a motivação intrínseca dos indivíduos e a sua relação de causalidade: quando um indivíduo está desmotivado, não sente impulso ou inspiração para agir, enquanto alguém motivado demonstra-se ativo. Este impulso para a ação é intrínseco quando o motivo principal para a ação se relaciona com o prazer que o indivíduo sente durante a sua realização, ou extrínseco, se a motivação para a ação está relacionada com o resultado que ela vai produzir (Beuren & Nascimento, 2009).
4. Significado - valor atribuído à finalidade da tarefa desempenhada em função dos ideais ou normas do indivíduo.

Adicionalmente, Kanter (1993) define poder como a habilidade de mobilizar informação, recursos e suporte para conseguir fazer algo dentro de uma organização. Segundo esta autora, o papel do gestor é o de providenciar aos seus funcionários os instrumentos de poder para promover o aumento do seu empowerment no sentido de maximizar a sua habilidade em cumprir o seu trabalho de forma significativa.

Em analogia com a relação enfermeiro/utente, o papel do enfermeiro, segundo o MEEU, é o de proporcionar aos utentes instrumentos de poder, promovendo ao mesmo tempo a sua consciencialização face aos instrumentos que eles próprios já possuem, no sentido de aumentar e maximizar a sua capacidade em gerir a sua saúde (Laschinger, Gilbert, Smith, & Leslie, 2010).

Segundo Kanter (1993), o conceito de *empowerment* está intimamente relacionado com seis dimensões essenciais: acesso à informação, acesso ao suporte; acesso aos recursos; acesso às oportunidades para aprender e crescer, poder informal e poder formal. Foi com base nestas 6 dimensões e tendo sempre presente o conceito de *empowerment* psicológico de Spreitzer, que Lashinger *et al.* (2010) delinearam exemplos de comportamentos do enfermeiro, promotores do *empowerment* dos utentes, de acordo com o MEEU.

#### *Acesso à informação*

Segundo Spreitzer (1997) a relação entre o acesso à informação e o nível de *empowerment* dos indivíduos tem vindo a ser amplamente comprovado pela

comunidade científica ao longo dos tempos, defendendo que é fulcral que os indivíduos compreendam os objetivos e o impacto dos seus atos. É fundamental que os cidadãos se sintam informados para que possam entrar verdadeiramente num processo de decisão sobre os cuidados relacionados com a sua saúde (Ramos, 2003). Segundo Gist e Michel (1992, citados por Spreitzer, 1997), esta relação entre o acesso à informação e o nível de *empowerment* é indireta, devendo-se sobretudo à influência que o acesso à informação tem no aumento da autoeficácia dos indivíduos.

Ao trabalharem em parceria, enfermeiros e utentes conseguem identificar a informação que necessitam para satisfazer os problemas de saúde valorizados pelos utentes. Apesar dos utentes não possuírem muitas vezes conhecimentos clínicos relacionados com o problema de saúde identificado, os enfermeiros têm frequentemente conhecimento de fontes potenciais de informação que os utentes podem aceder enquanto procuram gerir os seus próprios problemas de saúde. Neste sentido, segundo o MEEU, o enfermeiro pode aumentar o acesso do utente a este tipo de fonte de *empowerment* ao providenciar informação clara sobre os custos e benefícios de uma terapia ou de opções de tratamento ou comportamento (Laschinger *et al.*, 2010). As tecnologias de comunicação e informação são importantes fontes de *empowerment* dos utentes face à sua saúde (Espanha, 2007). Neste sentido, os enfermeiros podem ainda capacitar os seus utentes através da utilização criativa das tecnologias da informação, como por exemplo providenciando o acesso a informação clínica via internet ou até permitindo a realização de consultas via correio eletrónico (Laschinger *et al.*, 2010).

### *Acesso ao suporte*

Os enfermeiros providenciam suporte aos seus utentes quando se empenham em encontrar os seus objetivos particulares de saúde e os ajudam a gerir os seus próprios problemas de saúde. Isso poderá ser alcançado, segundo o MEEU, através da escuta dos medos e das preocupações dos utentes, procurando conhecer e compreender quais das suas crenças, seus pensamentos e sentimentos que poderão afetar negativa ou positivamente, os seus esforços para promover a sua saúde e perguntando aos utentes o que eles necessitam e esperam obter das suas interações com os profissionais de saúde (Laschinger *et al.*, 2010). Num trabalho de revisão de literatura Campos e Graveto (2009), baseados em investigações da

área da enfermagem que exploraram o tema “decisão clínica partilhada”, concluíram que os utentes preferem partilhar a tomada de decisão com os profissionais mas, para tal, é fundamental que os profissionais apoiem e deem informação aos utentes de forma a diluir as barreiras que dificultam o seu envolvimento neste processo de decisão. Neste sentido, os enfermeiros deverão identificar o seu papel como treinadores ou parceiros no processo de cuidados, aceitando e apoiando os direitos e responsabilidades dos utentes em tomar as suas próprias decisões informadas sobre o seu plano de cuidados (Laschinger *et al.*, 2010). O acesso ao suporte pode ser potenciado, segundo o MEEU, através da criação de ambientes que suportem a cura, mantendo atmosferas calmas, respeitando as críticas dos utentes, assim como as suas escolhas, e oferecendo comentários encorajadores e de elogio sempre que os utentes conseguirem alcançar os objetivos de saúde traçados (Laschinger *et al.*, 2010).

#### *Acesso a recursos*

Segundo Spreitzer (1997) o acesso a recursos potencia o sentimento individual de autoeficácia e controlo sobre os contingentes ambientais, tendo portanto um impacto positivo sobre o *empowerment* psicológico dos indivíduos. Para a promoção do *empowerment*, é essencial que os enfermeiros trabalhem em parceria com os utentes no sentido de identificar os recursos que podem ser utilizados para promover a sua saúde. O acesso a recursos é adquirido através da promoção de relacionamentos em vários domínios institucionais que constituem a sociedade, incluindo a família, os amigos, os profissionais de saúde, a comunidade e o estado (Kabeer, 1999). Para promover o acesso a recursos, segundo o MEEU, os enfermeiros podem ajudar os utentes a identificar os seus próprios recursos internos (habilidades de autocuidado e forças interiores, importantes aliados na promoção da sua saúde), facilitar o acesso a recursos clínicos que podem ser necessários, apresentar recursos alternativos dentro dos sistemas familiares e comunitários e facilitar o acesso do utente à equipa interdisciplinar (Laschinger *et al.*, 2010).

#### *Acesso a oportunidades de crescer e aprender*

Ghani, Hussin e Jusoff (2009) concluíram num estudo de validação das dimensões cognitivas do conceito de *empowerment* psicológico de Spreitzer que o acesso à oportunidade de crescer e aprender são recursos preditores da dimensão de significado e, portanto, influenciam positivamente os indivíduos.

Os enfermeiros que trabalham lado a lado com os seus utentes podem criar oportunidades de aquisição de novos conhecimentos e habilidades de gestão dos seus problemas pessoais de saúde e bem-estar, em vez de tentar resolver os problemas do utente.

De acordo com o MEEU, a tecnologia de informação pode desempenhar um papel importante no acesso a oportunidades de crescer e aprender (Laschinger *et al.*, 2010), aumentando o *empowerment* dos utentes através, por exemplo, da criação de moradas eletrónicas credíveis de informação sobre a saúde, instrumentos informáticos de registo e monitorização da evolução de alguns indicadores de saúde (como por exemplo: glicemia, tensão arterial, peso) e planos eletrónicos diários de cuidados (Espanha, 2007). Adicionalmente, o enfermeiro pode ainda criar cenários ou providenciar estratégias personalizadas, no sentido de criar oportunidades para praticar novas habilidades ou aperfeiçoar as já existentes. Um conceito chave de todas estas estratégias de aprendizagem é assegurar que os enfermeiros estão atentos aos níveis de compreensão dos seus utentes e evitam a utilização desnecessária de termos técnicos e complexos (Laschinger *et al.*, 2010).

### *Poder informal*

O poder informal evolui a partir de uma rede individual de alianças e de relações de suporte. Os enfermeiros podem ajudar os utentes a identificar estratégias para desenvolver estas alianças.

Segundo o MEEU, boas relações com os profissionais de saúde podem significar um acesso mais rápido à ajuda profissional sempre que necessário e este tipo de poder pode ser potenciado em utentes quando o enfermeiro promove o relacionamento entre eles e os membros da equipa de saúde, assim como com outros profissionais da comunidade (Laschinger *et al.*, 2010).

Adicionalmente, o enfermeiro poderá, caso o utente o deseje, envolver a família e as pessoas significativas no plano de cuidados, de forma a promover esse suporte pois relações sólidas com a família e amigos na comunidade são grandes fontes de suporte informal e portanto recursos fundamentais para a gestão diárias das questões relacionadas com a saúde dos utentes (Serapioni, 2005).

## *Poder formal*

Segundo Kanter (1993) o poder formal é adquirido ao serem realizadas atividades visíveis, relevantes para a resolução dos problemas identificados e que permitam flexibilidade de acordo com as situações.

De acordo com o MEEU, os enfermeiros têm uma grande influência na aquisição deste tipo de poder formal por parte dos utentes ao incentivá-los, encorajá-los e apoiá-los na autogestão da sua saúde (Laschinger *et al.*, 2010). Aproveitar a experiência de vida da pessoa ajudando-a a mobilizar conhecimentos entretanto aprendidos, permite que o utente sinta que pode ser perito na sua própria condição de saúde, percecionando desse modo, uma maior sensação de poder.

Kanter (1993) defende ainda que quando a flexibilidade e a descrição são altos, também o poder formal é alto. Segundo esta teoria, os enfermeiros podem potenciar o poder formal dos seus utentes quando adotam uma abordagem flexível na gestão dos seus cuidados, em vez de impor horários rígidos que se adaptam apenas às suas próprias necessidades e não às dos utentes. Ao encorajar os utentes a tomar decisões sobre os seus cuidados, respondendo prontamente às suas necessidades e intervindo apenas após a sua permissão, o poder é transferido do enfermeiro para o utente.

Adicionalmente, é também importante para o processo que, tanto o enfermeiro como o utente, estejam conscientes de que há mais do que uma forma de atingir objetivos mutuamente definidos (Laschinger *et al.*, 2010).

### **1.3 Preferência e valorização dos utentes face aos modelos de cuidados em saúde**

“Entre as conceções clínicas e comunitárias parece continuar a faltar um eixo essencial de articulação e legitimação, o qual resulta da insuficiência e das limitações de cada um dos modelos. Definitivamente, terá de ser a pessoa a conferir sentido aos modelos e não o inverso”(Trigo, 2000, p. 21).

Nunes (2010) definiu quatro modelos relacionados com partilha de poder e a adoção de diferentes comportamentos de relação profissional:

- O modelo paternalista ou sacerdotal, em que o controlo é predominantemente do profissional, sendo ele que define os objetivos e planos terapêuticos. Segundo o autor, este é o modelo relacional predominante nos profissionais que utilizam o MB, predominando uma relação do tipo pai-filho.

- O modelo mutualista, contratual ou cooperativo, em que o controlo da relação é partilhado por ambos. O profissional assume um estilo negociador e assertivo, que conta com a opinião do cliente e os dois assumem responsabilidades na tomada de decisão. É, segundo o autor, o comportamento mais frequente nos profissionais de saúde treinados no modelo clínico centrado no cliente.

- O modelo consumista, onde o cliente predomina na consulta, expondo o que deseja e exigindo ao profissional de saúde os respetivos procedimentos. O profissional deixa-se controlar e o cliente assume o papel de ditador. Segundo o autor, este modelo relacional verifica-se em sistemas de saúde em que a concorrência entre profissionais é elevada e a sobrevivência económica depende do cliente.

- O modelo demissionário, complacente ou de camaradagem, em que ambos se demitem do controlo, ninguém assume responsabilidades pela tomada de decisão, ficando cada um deles à espera da iniciativa do outro e perdendo-se com frequência a distância terapêutica. Segundo o autor, surge quando o cliente é um colega ou familiar, ou quando o profissional e o cliente já desistiram um do outro.

Da mesma forma, Cook (2001) definiu quatro modelos caracterizadores da relação entre o profissional de saúde e o utente:

- O modelo parental, também designado por paternalista, que se caracteriza pela presença do profissional de saúde como tutor, que fornece ao utente a informação que considera necessária para que este consinta a realização do plano de saúde, que o profissional de saúde considera ideal. Este modelo considera que o profissional de saúde é proprietário da saúde individual do utente e sabe mais e melhor do que ele, o que lhe confere o direito de decidir sobre o que é melhor para este último.

- O modelo de decisão informada, que se caracteriza pela definição do profissional de saúde como um perito que se constitui como uma completa fonte de informação e cujo papel consiste em informar o utente sobre os assuntos relacionados com a sua saúde, de modo a que este possa proceder a uma tomada de decisão.

. O modelo interpretativo, em que o profissional de saúde tem o papel de conselheiro, com a responsabilidade de ajudar o utente a interiorizar os seus valores e a tomar decisões sobre o seu plano de saúde que vão de encontro a esses mesmos valores. Este modelo implica que o profissional de saúde ouça mais do que fale (Ramos, 2003).

- O modelo deliberativo, que é o mais interativo dos quatro e retrata o profissional de saúde como um professor, com o papel de comunicar a situação clínica e obter e discutir informação relacionada com os valores do utente. Este modelo tem como objetivo aumentar o *empowerment* do utente. Segundo Ramos (2003) este é o modelo menos utilizado na prática.

Face aos modelos teóricos de relação profissional acima mencionados, os investigadores são unânimes em referir a complexidade da validação científica da sua operacionalização e não foi encontrado registo de ser investigado o grau de eficácia de cada um deles em termos de aumento do potencial de saúde ou o grau de grau de valorização e preferência que os utentes lhes atribuem.

De facto, a multiplicidade de modelos assistenciais teóricos não se revela facilmente operacionalizável e existe uma grande diversidade de aspetos que poderão influenciar a preferência dos utentes por uma abordagem clínica que potencie o seu *empowerment* e a sua participação ativa na tomada de decisão em saúde ou uma preferência por uma abordagem mais paternalista e tradicional (Benbassat *et al.*, 1998; Dominguez-Cherit & Rodriguez-Osorio, 2008; Kaplan & Frosch, 2005; Levinson *et al.*, 2005; Robinson & Thompson, 2001), o que levanta dúvidas relacionadas com a conduta a adotar pelos profissionais de saúde no sentido de garantir o máximo potencial de saúde dos utentes.

Benbassat, Pilpel e Tidhar, numa revisão de literatura (1998), analisaram a evidência científica existente relacionada com a preferência dos utentes face aos comportamentos dos profissionais de saúde baseados em dois modelos conceptuais: o “paternalistic model”, que enfatizava a autoridade do profissional de saúde e o “informative model”, que permitia aos utentes exercer o seu direito à autonomia. Concluíram que a maioria dos utentes quer ser informada sobre o seu estado de saúde, mas apenas parte dos utentes quer adicionalmente participar na gestão da sua saúde e que uma pequena parte prefere assumir uma atitude de completa passividade. Verificaram ainda que as características sociodemográficas dos utentes explicavam apenas 20% ou menos da variabilidade das preferências, pelo que a única forma cientificamente comprovada de determinar as preferências

de cada utente neste âmbito seria através de entrevista direta. Por este motivo, concluíam que a habilidade para comunicar a informação relacionada com a saúde e de determinar os desejos dos utentes face à sua autonomia para a tomada de decisão e gestão dos seus planos de saúde deveria ser encarada como uma habilidade clínica fundamental.

Mais recentemente, Dominguez-Cherit e Rodriguez-Osorio (2008) realizaram um estudo de revisão de literatura, tendo igualmente concluído que as preferências dos utentes face a à tomada de decisão no âmbito da saúde variam substancialmente, apesar de alguns utentes revelarem preferência por uma abordagem partilhada dos cuidados, onde são incentivados a exercer a sua autonomia face à tomada de decisão e à definição do seu plano de saúde/tratamento, quando devidamente informados das suas opções e respetivas vantagens e desvantagens, outros utentes preferem deixar as decisões relacionadas com a sua saúde para o profissional de saúde.

Robinson e Thompson (2001) encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as preferências dos utentes face a uma tomada de decisão ativa ou passiva e as variáveis idade, escolaridade e perceção do estado de saúde.

Devereaux e Yusuf (2003) realizaram uma revisão de literatura referente ao processo de tomada de decisão em saúde, tendo defendido como reflexão final do seu estudo que a evidência científica não deverá ser utilizada para dizer aos utentes o que fazer, mas antes para permitir que os utentes possam tomar as suas próprias decisões informadas, uma vez que os valores e crenças dos utentes podem ter influências muito distintas no seu processo de decisão e portanto, perante o mesmo tipo de contexto clínico, diferentes utentes poderão assumir diferentes tomadas de posição.

Levinson, Kao, Kuby, e Thisted (2005) encontraram em 96% dos inquiridos a preferência por lhes ser transmitidas todas as opções relativamente ao seu plano de saúde e que lhes fosse pedida a sua opinião relativa a essas mesmas opções. Apesar disso, 52% referiu que preferia deixar a decisão final nos profissionais de saúde. Verificaram também que mulheres com níveis mais altos de educação e os respondentes que percecionavam níveis mais altos face ao seu estado de saúde tinham uma maior probabilidade de preferir assumir um papel mais ativo na tomada de decisão, mostrando um maior empenho e participação. Verificaram também que até aos 45 anos de idade, a preferência por um papel ativo na tomada de decisão ia aumentando progressivamente, declinando a partir daí.

Ainda no mesmo estudo, os autores verificaram que as mulheres, comparadas com os homens, preferiam um papel mais ativo na tomada de decisão em saúde e procuravam com mais frequência outras fontes de informação para além do conhecimento científico transmitido pelos profissionais de saúde que as acompanhavam.

Um estudo realizado na Grécia, publicado em 2011, sobre as preferências de mulheres com cancro da mama relativamente à autonomia na tomada de decisão e ao tipo de informação sobre o seu estado de saúde (Almyroudi, Degner, Paika, Pavlidis, & Hyphantis, 2011) demonstrou que a maioria das mulheres preferia assumir um papel passivo na tomada de decisão (71,1%), 45,3% das quais delegando essa responsabilidade completamente no médico - resultados que, segundo os autores, se revelaram superiores quando comparados com os de estudos similares noutros países. Nesta população, 24% das mulheres mostrou preferência por um papel colaborativo na tomada de decisão e apenas 4,6% escolheu um papel ativo. A maioria das mulheres (62,6%) preferiu que lhes fosse transmitida toda a informação possível sobre a sua situação de saúde, enquanto as restantes preferiram não receber informações detalhadas, no sentido de evitar a consciência de um mau prognóstico.

Um outro estudo na área da saúde analisou as expectativas, preferências e grau de satisfação dos utentes face ao tipo cuidados de enfermagem comparados com os cuidados médicos, assim como os respetivos fatores influenciadores, tendo verificado que os utentes procuram receber do médico, mais do que do enfermeiro, os aspetos clínicos e técnicos relacionados com os cuidados especializados de saúde e doença, enquanto procuram receber dos enfermeiros, mais do que dos médicos, os cuidados de saúde gerais de rotina e os aspetos educacionais relacionados com a saúde, a doença e os planos terapêuticos (Laurant, Hermens, Braspenning, Akkermans, Sibbald, & Grol, 2008). Neste estudo, o grau de satisfação dos utentes pelos cuidados prestados, tanto pelos enfermeiros como pelos médicos, era elevado e as variações na preferência e satisfação pelos cuidados prestados variavam essencialmente em função das características pessoais dos utentes e não em função das características pessoais dos profissionais de saúde.

Num estudo qualitativo realizado por Davis (2006) as mulheres grávidas que mais valorizavam os modelos centrados no *empowerment* eram aquelas que voluntariamente se afastavam, pelo menos de forma parcial, dos profissionais que

seguiram uma prática baseada no MB tradicional. Esse distanciamento mostrou-se significativamente mais fácil para as mulheres que possuíam já um nível de *empowerment* elevado.

Um estudo de revisão científica publicado pela Cochrane Database of Systematic Reviews, em 2008, sugere que a maioria dos artigos comparativos revelou níveis mais altos de satisfação das grávidas que foram alvo de cuidados pré-natais baseados em Midwife-led Models of Care comparativamente com outro tipo de modelos de intervenção no âmbito dos cuidados pré-natais (Hatem *et al.*, 2008). O aumento do grau de satisfação mostrou-se, na maioria dos estudos analisados, associado a aspetos relacionados com maior e mais claro acesso à informação, aconselhamento e esclarecimento de dúvidas, promoção do nível de *empowerment* das grávidas face às suas capacidades para o trabalho de parto e o parto e aumento da perceção face às diferentes escolhas relativas ao alívio da dor. Este estudo de revisão verificou também que não está cientificamente claro que as grávidas se sentem mais envolvidas no processo de tomada de decisão quando são alvo de cuidados baseados neste tipo de modelos, referindo que esta falta de clareza científica se deve, em parte, pela grande multiplicidade de instrumentos utilizados para avaliar as perspetivas e experiências das mulheres, parte deles nem sempre considerados como robustos, significativos e confiáveis do ponto de vista científico.

## MÉTODO

O enquadramento metodológico engloba todos os elementos que permitem conferir à investigação uma determinada direção, que vão desde o desenho do processo de investigação (tipo de estudo, contextualização temporal e espacial, população alvo, amostra e procedimentos de recolha e tratamento de dados) até uma breve abordagem das questões éticas associadas à investigação (Freixo, 2011).

A natureza do desenho de investigação depende do tipo de objetivos definidos e neste sentido as opções metodológicas são fundamentais para garantir resultados que deem resposta a esses mesmos objetivos (Fortin, 2009).

Foram definidos para o presente estudo de investigação os seguintes objetivos:

1. Conhecer a preferência e valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU ou no MB.
2. Conhecer a relação entre o nível de *empowerment* das grávidas e a sua preferência e valorização face aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU ou no MB.

Optou-se por uma abordagem quantitativa, baseada no paradigma positivista, orientado para os resultados e sua generalização, que tem como objetivos estabelecer factos, colocar em evidência relações entre variáveis pela verificação de hipóteses, predizer resultados causa-efeito ou verificar teorias (Fortin, 2009). No contexto do presente estudo de investigação, não se pretende estabelecer relações de causalidade entre variáveis, mas sim apenas estabelecer factos e colocar em evidência relações entre as variáveis em estudo.

Optou-se por um estudo observacional, descritivo e transversal pelo facto das questões em análise serem ainda pouco exploradas na revisão científica.

## 2.1 Participantes

A definição da população e do tamanho da amostra antecede, segundo Fortin (2009), a opção dos métodos de colheita de dados e a decisão do tipo de análise estatística dos mesmos.

A população alvo de um estudo de investigação constitui-se pelos indivíduos que cumprem os critérios de inclusão previamente definidos, ou seja, corresponde a toda a população que o investigador pretende estudar (Reis, 2010).

Uma técnica de amostragem não probabilística faz com que os elementos da população não tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra selecionada (Fortin, 2009). Fortin salienta no entanto que, devido à pouca viabilidade de se conhecer toda a população alvo, para dela selecionar uma amostra deve aceder à população acessível que seja a mais representativa possível da população alvo.

No presente estudo a população acessível corresponde a todas as grávidas que no período de colheita de dados faziam parte do Projeto Bem-me-quer das quatro Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) da ULSM, das sessões de preparação para parto e parentalidade do Hospital Pedro Hispano e ainda as grávidas que efetuaram consulta de saúde materna na consulta externa do Hospital Pedro Hispano (HPH).

Segundo Vilelas (2009) este tipo de métodos de amostragem são utilizados com frequência pois possibilita um estudo mais rápido e com menores custos. Tendo consciência das limitações deste tipo de amostragem no que diz respeito à generalização dos resultados para a população em estudo, optou-se pela utilização de uma técnica de amostragem acidental.

A amostra foi assim constituída por grávidas que reuniam os seguintes critérios de inclusão:

- Pertencer à ULSM;
- Ter uma idade gestacional entre as 12 e as 41 semanas;
- Ter uma idade igual ou superior a 18 anos de idade;
- Aceitar voluntariamente a sua participação neste estudo.

Para determinar o tamanho da amostra, é importante verificar a homogeneidade da população no que respeita às variáveis em estudo, o objetivo de estudo e os testes estatísticos a adotar (Reis, 2010). Neste sentido, foram selecionadas para a amostra 166 grávidas, que não só cumpriam os critérios de inclusão, como também preencheram na globalidade o instrumento de recolha de dados.

Como apenas foram selecionados para amostra os questionários preenchidos na globalidade, o nº total de respostas para cada questão foi sempre o mesmo, ou seja,  $N=166$  (100%).

Na TABELA 3 são apresentados os resultados descritivos relativos à caracterização da amostra segundo a idade, a escolaridade e a idade gestacional.

**TABELA 3: Caracterização da amostra segundo idade, escolaridade e idade gestacional**

	<u>M</u>	<u>DP</u>	<u>Min.</u>	<u>Máx.</u>
<b>Idade</b>	30,15	4,54	18	40
<b>Escolaridade</b>	14,32	3,37	6	22
<b>Idade gestacional</b>	30,72	5,39	12	39

A amplitude de variação da idade das participantes foi de 22 anos, 114 (68,67%) participantes tinham idades compreendidas entre os 27 e os 34 anos.

A escolaridade média na amostra foi de 14,32 anos e 88 grávidas (53,01%) frequentavam ou tinham concluído a escolaridade superior, ou seja, possuíam uma escolaridade maior ou igual a 13 anos.

Relativamente à idade gestacional verifica-se uma variação entre as 12 e as 39 semanas de gestação, com 36 grávidas (21,69%) no 2º trimestre de gestação (entre as 12 e as 26 semanas) e 130 (78,31%) no 3º trimestre de gestação (entre as 27 e 39 semanas).

Quanto ao desejo pela gravidez, para 161 mulheres (96,99%) a gravidez foi desejada e 4 participantes (2,41%) referiram ter feito tratamento de fertilidade.

Na TABELA 4 são apresentados dados de caracterização da amostra segundo o número de filhos, o tipo de parto e a experiência de parto.

**TABELA 4: Caracterização da amostra segundo número de filhos, tipo de parto, experiência de parto e complicações durante esta gravidez**

	<u>N</u> (%)
<b>Já esteve grávida anteriormente?</b>	
Não	113 (68,07)
Sim	53 (31,93)
<b>Tem filhos?</b>	
Não	131 (78,92)
Sim	35 (21,08)
<b>Se tem filhos, qual o tipo de parto?</b>	
Vaginal	17 (10,24)
Ventosa/Fórceps	7 (4,22)
Cesariana	11 (6,63)
<b>Se tem filhos, como considera a experiência?</b>	
Negativa	2 (1,20)
Positiva	33 (19,88)
<b>Teve complicações durante esta gravidez?</b>	
Não	147 (88,55)
Sim	19 (11,45)
<b>Se teve complicações durante esta gravidez, quais?</b>	
Não se aplica	147 (88,55)
Hemorragia	7 (4,22)
Múltiplos problemas associados	4 (2,41)
Outos problemas, isolados	8 (4,82)

Das 166 participantes, 113 (68,07%) referiram nunca ter estado grávidas anteriormente enquanto 53 (31,93%) referiram ter tido uma gravidez anterior. Destas últimas, 35 (21,08%) responderam já ter filhos. Destes dados pode calcular-se que 18 mulheres (10,84%) referiram já ter estado grávidas mas não têm filhos.

Relativamente ao tipo de parto e à percepção da experiência anterior de parto, para 131 grávidas (78,92%) a pergunta não se aplica pois ainda não têm filhos.

Das 19 (11,45%) grávidas que assinalaram complicações durante a gravidez 7 (4,22%) referiram hemorragia, tendo sido incluídos neste item as respostas abertas onde as participantes referiam “hemorragia primeiro trimestre”, “perda de sangue primeiro trimestre”, “hemorragia” e “descolamento de placenta”; 4 (2,41%) referiram ter associação de mais do que uma complicação, tendo sido

incluídos neste item as respostas abertas onde as participantes referiam “contrações e anemia”; placenta prévia, doença de Chron e anemia”; “rim dilatado e placenta prévia”; “dor na perna direita e bebê com CIV); e 8 (4,82%) referiram outros problemas isolados, tendo sido incluídos neste item as respostas abertas onde as participantes referiam “hipertensão”; “anemia”; “Síndrome de HELLP”; “dores lombares”; “ameaça de parto pré termo”; “colo curto”; “placenta baixa”; placenta prévia marginal”.

Relativamente à participação em sessões de preparação para o parto foram 84 (50,60%) as grávidas que tinham aderido a esta atividade. Na TABELA 5 são apresentados alguns resultados relativos à caracterização da amostra segundo o estado de saúde autopercebido dos participantes da amostra.

**TABELA 5: Caracterização da amostra segundo o Estado de Saúde Autopercebido**

Comparando com pessoas da sua idade, como caracteriza seu estado de saúde?	N (%)
Muito mau 0	0 (0,00)
3	1 (0,60)
4	11 (6,63)
5	26 (15,66)
6	78 (48,75)
Muito bom 7	50 (33,33)

As respostas relativas ao estado de saúde autopercebido variam entre os 3 e os 7 valores, tendo uma média de 5,99 valores e um desvio padrão de 0,88.

Verificou-se que 38 participantes (22,89%) classificaram o seu estado de saúde entre 3 e 5 valores, enquanto 128 participantes (77,11%) classificaram o seu estado de saúde entre 6 e 7.

Na TABELA 6 são apresentados os dados relativos à caracterização da amostra segundo a os três Indicadores da Escala de Sentido de Coerência.

**TABELA 6: Caracterização da amostra segundo os três Indicadores da Escala de Sentido de Coerência**

	<u>N</u> (%)
<b>Sente-se confiante na sua vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis?</b>	
Não	17 (10,24)
Sim	133 (80,12)
Não Sei	16 (5,78)
<b>Sente-se confiante na sua vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida?</b>	
Não	7 (4,22)
Sim	149 (89,76)
Não Sei	10 (6,02)
<b>Sente-se confiante na sua vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse?</b>	
Não	5 (3,01)
Sim	159 (95,78)
Não Sei	2 (1,20)

O valor de consistência interna avaliado pelo coeficiente alfa de Cronbach relativo a estes 3 indicadores da escala do sentido de coerência sugeridos por Nunes (1999) revelou um valor de 0,55.

## **2.2 Instrumentos de recolha de dados**

O instrumento de recolha de dados utilizado (ANEXO II) continha uma breve explicação do conteúdo e objetivos da investigação, com vista à obtenção do consentimento informado por parte de cada uma das participantes e integrava os instrumentos que se descrevem de seguida.

### *Questionário de caracterização clínica e sociodemográfica*

O questionário sociodemográfico continha doze questões referentes às variáveis gravidez anterior, tratamentos de fertilidade, desejo da gravidez, existência e tipo de complicações durante a gravidez, existência de filhos, perceção da experiência anterior de parto, tipo de parto anterior, frequência de sessões práticas de preparação para o parto, anos de idade e anos de escolaridade.

## *Escala de Empowerment*

A *Empowerment Scale* (tradução portuguesa: Escala de *Empowerment*) foi criada e validada com o intuito de avaliar o nível de *empowerment* em utentes dos serviços de saúde (Rogers *et al.*, 1997). Foi traduzida para português por Pais-Ribeiro em 2009 e validada para a população portuguesa numa amostra de 532 adultos saudáveis, realizado por Almeida e Pais-Ribeiro (2011). As propriedades psicométricas da versão traduzida em 2009 foram também estudadas por Costa (2010) para um grupo de 42 mães de crianças com necessidades especiais em saúde.

A versão portuguesa da escala é constituída por 28 itens agrupados em 5 dimensões (TABELA 7): autoeficácia/autoestima; força/impotência; ativismo comunitário e autonomia; otimismo e controlo sobre o futuro; e revolta. A pontuação da escala varia entre 28 e 112 sendo que pontuação mais elevada corresponde a um maior nível de *empowerment*. Cada um dos itens é mensurado através de uma escala de concordância tipo Likert de 4 pontos, em que uma pontuação de 1 (discordo fortemente) corresponde a um menor valor de *empowerment* e uma pontuação de 4 (concordo fortemente) a um maior valor de *empowerment*, com exceções para os itens da dimensão “força/impotência”, em que ocorre o inverso.

**TABELA 7: Itens constituintes das dimensões da versão portuguesa da Escala de Empowerment de Rogers et al.**

	Itens
Autoeficácia/Autoestima	5,6,9,12,14,18,19,24,26
Poder	7*,8*,10*,16*,17*,21*,22*,23*
Autonomia	3,11,20,25,27,28
Otimismo	1,2,13,27
Cólera	4*,7*,10*,15

\*Itens invertidos

Selecionou-se esta escala para o presente estudo pela inexistência de escalas de avaliação do nível de *empowerment* no contexto específico da gravidez

validadas para Portugal e por ter revelado uma boa consistência interna, não só na sua versão original (Rogers *et al.*, 1997), como na sua versão traduzida (Almeida & Pais-Ribeiro, 2011; Costa, 2010), conforme se pode verificar na TABELA 8.

**TABELA 8: Consistência interna da Escala de Empowerment**

	Almeida e Ribeiro 2011 (n=532)	Costa 2010 (n=42)	Amostra em Estudo 2012 (n=166)
	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
Autoeficácia/Autoestima	0,85	0,89	0,86
Poder	0,42	0,43	0,51
Autonomia	0,67	0,56	0,65
Otimismo	0,44	0,54	0,31
Cólera	0,46	0,52	0,53
Total	0,79	0,82	0,80

Na amostra em estudo a consistência interna total da escala apresenta um valor de 0,80, valor semelhante ao encontrado nos estudos referidos.

#### *Avaliação do Estado de Saúde Autopercebido*

A avaliação do Estado de Saúde Autopercebido foi efetuada através de um item único, onde se pediu às grávidas para autoavaliar o seu estado de saúde, comparando-o com o estado de saúde de pessoas da sua idade. As respostas possíveis variam entre 1 e 7 pontos, sendo que 1 corresponde a muito mau e 7 a muito bom. Esta questão foi utilizada por Nunes (1999).

#### *Indicadores do Sentido de Coerência Interna*

Segundo Carvalho (2005, p. 6) “A gravidez, talvez por influência da ligação maternofetal, pode representar um ponto de viragem na vida da mulher no que respeita ao sentido de coerência e aos comportamentos de saúde e um bom começo na vida do bebé que irá nascer sob a influência dos mesmos”.

O SCO pode ser definido, de acordo com Antonovsky em 1987, citado por Carvalho (2005, p. 49) como uma “orientação global que expressa a extensão na qual o indivíduo possui um abrangente e persistente, embora dinâmico, sentimento de confiança de que: (1) os estímulos emitidos pelo ambiente interno e externo são estruturados, previsíveis, e explicáveis; (2) estão disponíveis

recursos para fazer frente às demandas impostas por estes estímulos; e (3) estas demandas são desafios merecedores de investimento e comprometimento”. Nesta definição do SCO estão descritas as três componentes do constructo: capacidade de compreensão, capacidade de gestão e capacidade de investimento, que abrangem as características cognitivas, instrumentais e motivacionais do SCO definido por Antonovsky (1987, citado por Carvalho, 2005, p. 49).

No sentido de evitar a criação de um questionário demasiado extenso, optou-se por incluir a versão experimental para criação de uma versão reduzida de 3 itens (Nunes L. S., 1999).

Não havendo ainda resultados que assegurem a validade desta versão resumida de 3 itens, a sua utilização no presente estudo não tem em vista estudar especificamente o sentido de coerência das grávidas, tendo como único propósito a exploração dos conceitos implícitos nas questões, relacionando-os com as variáveis principais.

### *Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Gravidez*

Foi construído para o presente estudo um conjunto de questões para avaliar a preferência e valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem segundo dois modelos de cuidados.

O Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Gravidez (QMCEG) foi construído tendo por base o MEEU definido por Laschinger *et al.* (2010). Na TABELA 9 estão descritos exemplos de comportamentos do enfermeiro segundo o definido pelos mesmos autores para o MEEU.

**TABELA 9: Exemplos de comportamentos do enfermeiro segundo o MEEU**

Dimensões do <i>Empowerment</i>	Comportamentos do Enfermeiro
Acesso à informação	Providenciar informação relevante aos utentes, associada a respostas claras às suas questões Executar intervenções de Enfermagem, administrar medicações e executar tratamentos apenas depois de explicar o seu objetivo Utilizar as tecnologias da informação de forma criativa Familiarizar os utentes com o ambiente

<b>Acesso ao suporte</b>	<p>Perceber como as crenças dos utentes, os seus pensamentos e os seus sentimentos podem afetar os seus esforços.</p> <p>Perguntar o que os utentes esperam obter das suas interações com os profissionais de saúde</p> <p>Descrever o seu papel de cuidador e apoiar o direito dos utentes à autonomia na sua tomada de decisão</p> <p>Respeitar a escolha dos utentes</p> <p>Oferecer comentários encorajadores por atingirem objetivos de saúde específicos</p> <p>Trabalhar de forma silenciosa durante a noite para permitir que os utentes descansem</p> <p>Providenciar um ambiente de suporte, assumindo uma abordagem de parceria nos cuidados</p>
<b>Acesso a recursos</b>	<p>Facilitar o acesso dos utentes a recursos clínicos e comunitários</p> <p>Facilitar o acesso dos utentes aos elementos da equipa interdisciplinar</p> <p>Ajudar os utentes a identificar os seus próprios recursos internos e externos</p> <p>Criar práticas centradas nos utentes que incentivem a autogestão</p> <p>Dar o tempo necessário aos utentes para atingir as suas atividades de vida diárias</p>
<b>Acesso a oportunidades para aprender e crescer</b>	<p>Providenciar aos utentes oportunidades de aprendizagem a um nível adequado, sem utilizar linguagem complexa</p> <p>Providenciar oportunidades para que os utentes possam praticar novas habilidades</p> <p>Ajudar os utentes a utilizar o seu conhecimento e as suas habilidades para gerir os seus próprios problemas de saúde</p> <p>Suplementar o suporte na autogestão dos utentes com informação</p>
<b>Poder informal</b>	<p>Estabelecer parcerias com as famílias</p> <p>Promover alianças fortes entre utentes e os profissionais de saúde da equipa de cuidados</p> <p>Desenvolver relações sólidas entre a família, os amigos e a comunidade.</p> <p>Trabalhar com os utentes no sentido de identificar estratégias para desenvolver alianças de suporte</p> <p>Encarar os utentes como importantes aliados no processo de promoção da saúde</p>
<b>Poder formal</b>	<p>Adotar uma aproximação flexível para gerir os cuidados, que fomente a autodeterminação dos utentes</p> <p>Negociar com os utentes os horários dos cuidados</p> <p>Encorajar os utentes a tomar decisões sobre os cuidados</p> <p>Perceber que existe mais do que uma forma de alcançar objetivos mutuamente definidos</p> <p>Permitir aos utentes que decidam quando comer e beber e em que atividades querem participar</p> <p>Evitar a utilização de posturas dominantes</p> <p>Dirigir-se aos utentes apenas após permissão</p> <p>Mostrar disponibilidade para realizar cuidados aos utentes, assim que necessitarem</p>

Na construção do QMCEG foram formuladas 2 frases representativas de comportamentos do enfermeiro na gravidez de acordo com cada uma das 6 dimensões definidas no MEEU. Para cada comportamento/atitude baseado no MEEU, criou-se outro correspondente, no mesmo contexto, com base no MB, num total de 24 frases TABELA 10.

**TABELA 10: Itens do Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Gravidez**

Modelo Empowerment MEEU	Modelo Biomédico
<b>Acesso à Informação</b>	
Q1. Para mim é importante que o enfermeiro me forneça informação adequada às minhas dúvidas.	Para mim é importante que o enfermeiro me forneça apenas a informação que costuma transmitir às grávidas
Q.9 Para mim é importante que o enfermeiro me informe sobre as vantagens e desvantagens das diferentes opções que posso tomar ao longo da gravidez e do parto.	Para mim é importante que o enfermeiro me informe apenas sobre os benefícios das opções que considera mais adequadas para mim ao longo da gravidez e do parto.
<b>Acesso ao Suporte</b>	
Q4. Para mim é importante que o enfermeiro respeite as minhas escolhas informadas, mesmo que estas sejam diferentes das que tomaria para si.	Para mim é importante que seja enfermeiro a decidir, como se estivesse na mesma situação do que eu.
Q5. Para mim é importante que o enfermeiro me ajude a perceber de que forma as minhas crenças, medos e sentimentos podem afetar a minha saúde e a do meu bebé.	Para mim é importante que o enfermeiro me diga para colocar as minhas crenças e os meus medos de parte e afastar os maus pensamentos.
<b>Acesso a Recursos</b>	
Q2. Para mim é importante que o enfermeiro me ajude a perceber quais os recursos disponíveis nas instituições de saúde e na comunidade mais adequados para mim.	Para mim é importante que o enfermeiro me informe apenas sobre os recursos nas instituições de saúde e na comunidade que ele considera melhor para as grávidas.
Q3. Para mim é importante que o enfermeiro me ajude a identificar por mim mesma formas de aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e com o parto.	Para mim é importante que o enfermeiro me diga o que fazer para aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto.
<b>Acesso a Oportunidades para Aprender e Crescer</b>	
Q8. Para mim é importante que o enfermeiro utilize estratégias personalizadas para me ajudar a aprofundar os conhecimentos e capacidades que necessito para cuidar do meu bebé.	Para mim é importante que o enfermeiro me ensine e demonstre os cuidados a ter com o bebé, da mesma forma que utiliza para todas as outras grávidas.
Q12. Para mim é importante que o enfermeiro me ajude a aplicar os meus conhecimentos e capacidades para resolver novos desafios.	Para mim é importante que o enfermeiro me diga o que devo fazer face a novos desafios
<b>Poder Informal</b>	
Q7. Para mim é importante que o enfermeiro me ajude a encontrar estratégias para envolver a minha família nesta fase da vida.	Para mim é importante que o enfermeiro se centre apenas em mim, não envolvendo a minha família nesta fase da minha vida.
Q10. Para mim é importante que o enfermeiro facilite o contacto e a minha relação com outros elementos da equipa de saúde.	Para mim é importante que o enfermeiro estabeleça por mim o contacto com os outros elementos da equipa de saúde.
<b>Poder Formal</b>	
Q6. Para mim é importante que o enfermeiro me ajude a perceber as diferentes formas de conseguir atingir os meus objetivos.	Para mim é importante que o enfermeiro que o enfermeiro me transmita apenas a informação sobre a forma que ele considera mais adequada para conseguir atingir os meus objetivos.
Q11. Para mim é importante que o enfermeiro me incentive a tomar as minhas próprias decisões de forma informada sobre os cuidados mais adequados à minha situação.	Para mim é importante que seja o enfermeiro a decidir quais os cuidados mais adequados à minha situação.

As frases formuladas correspondentes ao MEEU e ao MB foram dispostas no questionário lado a lado criando assim questões do tipo diferencial semântico.

Face à questão escolhida foi solicitado à grávida que assinalasse o grau de valorização que lhe atribuía. Para analisar o grau de valorização, utilizou-se uma escala tipo Likert de 4 graus: muito importante (4), bastante importante (3), pouco importante (2) e muito pouco importante (1).

Os conjuntos de frases foram misturados no questionário de forma aleatória, para que não ficassem agrupadas as frases de cada dimensão, evitando também que as frases correspondentes ao MEEU ficassem todas do mesmo lado.

Obteve-se a variável Preferência pelo modelo para cada questão, bem como por cada dimensão. Esta variável de natureza qualitativa foi operacionalizada em 3 categorias, preferência pelo MEEU, se a grávida escolhia as 2 questões da mesma dimensão do MEEU; preferência pelo MB, se escolhia as 2 questões do MB; ou sem preferência, quando assinalava uma questão do MEEU e a outra do MB.

Foram também criadas as variáveis contínuas Acesso à Informação, Acesso ao Suporte, Acesso a recursos, Acesso a Oportunidades para Aprender e Crescer, Poder Informal e Poder formal, de cada modelo, através do somatório das pontuações dos 2 itens de cada dimensão descritos na TABELA 10.

Através do somatório das pontuações das 6 dimensões foi criada a variável valorização atribuída ao MEEU.

Na análise do QMCG global, não diferenciando os dois modelos, foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach, tendo o seu valor sido de 0,76, podendo-se considerar uma boa consistência interna. Na análise relativa aos itens do MEEU o valor de consistência interna encontrado foi de 0,76 e no MB de 0,65, valores também considerados aceitáveis.

## **2.3 Procedimentos**

A colheita de dados decorreu entre 19 de março e 14 de maio de 2012 e foi efetuada nas UCC de Leça da Palmeira, Matosinhos, Senhora da Hora e São Mamede Infesta e no HPH, da ULSM. A limitação da colheita de dados à área geográfica abrangida pelos serviços da ULSM foi uma opção motivada também pela facilidade de acesso da investigadora a estes serviços e pelas limitações temporais para a conclusão do estudo.

Foi efetuado um pré-teste a cerca de 10 participantes, que preencheram o questionário na presença da investigadora e no final responderam a algumas questões relativas a eventuais dificuldades durante a leitura e o preenchimento do mesmo. O pré-teste é uma técnica importante para identificar possíveis falhas na construção do questionário (Vilelas, 2009). Após a sua realização, foi identificada a necessidade de efetuar algumas alterações no formato das frases. Após essas alterações, foi efetuado novo pré-teste a 30 participantes, durante o qual não se identificou a necessidade de correções adicionais.

O consentimento informado e o respetivo questionário foram entregues pela investigadora às grávidas que recorriam aos serviços de saúde da ULSM nos seguintes contextos:

- Antes ou após a consulta de enfermagem no serviço de consulta externa de obstetrícia do HPH;
- Antes ou após a sessão de preparação para o parto e parentalidade no HPH ou em cada uma das quatro UCC da ULSM;
- Após o primeiro contacto individual no âmbito do Projeto Bem-me-quer de preparação para parto e parentalidade.

Cada grávida demorou em média cerca de 10 a 15 minutos a preencher o questionário, tendo sido preenchido no local de atendimento ou no domicílio se preferisse. De uma forma global, as grávidas revelaram que o instrumento era de fácil compreensão e de rápido preenchimento, não tendo sido percebidas pelo investigador sinais de que fosse ofensivo, constrangedor ou causador de alterações emocionais.

As participantes foram informadas da necessidade de responder a todas as questões do questionário, para que este fosse considerado válido para o estudo.

Foram distribuídos 200 questionários, mas apenas devolvidos 185. Destes, apenas 166 foram validados para análise neste estudo, tendo sido eliminados 19 por apresentarem algumas respostas omissas ou por que assinalaram mais do que uma opção de resposta no QMCEG.

## 2.4 Tratamento da Informação

Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizados procedimentos de natureza descritiva e inferencial, com recurso ao programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 19.0 para o Windows.

No que respeita à estatística descritiva recorreu-se à média (M) como medida de tendência central e a desvio padrão (DP) como medida de dispersão.

Ao nível da análise estatística inferencial, recorreu-se à utilização de testes paramétricos, tendo em conta o cumprimento dos respetivos requisitos.

O primeiro requisito prende-se com a natureza da variável dependente, que deverá ser sempre contínua. Alguns autores (Ribeiro, 2010, p. 88) defendem que as escalas tipo Likert são ordinais, devendo ser tratadas com estatística não paramétrica. No entanto, para estes casos, alguns autores (Miller, 1984; Reckase, 1990 e Fife-Schaw, 1995, citados por Ribeiro, 2010, p. 124), sugerem que se aplique para a mesma situação testes paramétricos e os correspondentes não paramétricos: em caso de resultados semelhantes, poderão aceitar-se os resultados dos testes paramétricos, de natureza mais robusta. Foram portanto aplicados para as mesmas comparações os testes paramétricos *t*, ANOVA e correlação de Pearson e os correspondentes não paramétricos Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman, respetivamente, tendo-se obtido resultados semelhantes. Por este motivo, os resultados apresentados serão baseados nos resultados da aplicação da estatística paramétrica.

O segundo requisito obriga a uma distribuição normal da variável dependente. Este pressuposto é anulado, para a aplicação do teste *t*, quando o número da amostra é elevado (>30), o que é o caso da amostra em estudo.

O terceiro requisito prende-se com a homogeneidade da variância, podendo aplicar-se o teste de *Levene* para correção dos valores do teste *t* nos grupos que não apresentam homogeneidade da variância (Pereira, 2011).

Assim, utilizou-se o teste *t* (*t*) para comparar médias de variáveis contínuas em grupos independentes. Foi aplicado o teste de *Levene* para correção dos valores do teste *t* nos grupos que não apresentavam homogeneidade da variância.

Recorreu-se ao *teste ANOVA* (F), com o intuito de comparar médias de variáveis contínuas entre 3 ou mais grupos independentes.

Para estudar a força de associação entre duas variáveis contínuas recorreu-se à *correlação de Pearson* (r). A análise dos dados resultantes deste teste cumpriu os critérios, referidos por Vilelas (2009), que se apresentam discriminados na TABELA 11.

**TABELA 11: Valores padrão para a correlação r de Pearson**

VALOR DE r	SIGNIFICADO
1	Correlação perfeitamente positiva para as duas variáveis
$0,8 \leq r < 1$	Correlação forte positiva
$0,5 \leq r < 0,8$	Correlação moderadamente positiva
$0,1 \leq r < 0,5$	Correlação fraca positiva
$0 < r < 0,1$	Correlação ínfima positiva
0	Nula - as duas variáveis nunca dependem linearmente uma da outra
$-0,1 < r < 0$	Correlação ínfima negativa
$-0,5 < r \leq -0,1$	Correlação fraca negativa
$-0,8 < r \leq -0,5$	Correlação moderadamente negativa
$-1 < r \leq -0,8$	Correlação forte negativa
-1	Correlação negativa perfeita entre as duas variáveis

FONTE: Vilelas 2009, p.329.

A apresentação dos resultados foi organizada em tabelas, para facilitar a visualização e análise dos resultados.

Determinou-se a consistência interna através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach.

## 2.5 Considerações Éticas

A salvaguarda de cumprimentos éticos é um aspeto fundamental na investigação e sem eles a mesma poderia ser posta em causa, já que o código de ética aponta limites e orienta os passos da própria investigação (Ribeiro, 2010).

Quando são utilizados indivíduos como sujeitos na investigação, como ocorre no presente estudo, é necessário garantir que os seus direitos são

protegidos (Polit, Beck, & Hungler, 2004), verificando se os seus interesses e bem-estar prevalecem sobre o interesse da sociedade ou da ciência (Fortin, 2009). Os três princípios éticos incorporados na maioria das orientações são o princípio da beneficência, o princípio do respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça (Polit et al., 2004).

Neste sentido, durante a elaboração do presente estudo, foram tomadas algumas medidas essenciais de proteção dos direitos e liberdades das participantes.

As participantes assinaram um documento de consentimento informado (ANEXO I), assegurando que a sua participação foi livre e esclarecida e que a não participação não interferia no atendimento e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde da instituição. Neste documento foram incluídas informações sobre o estudo, descrevendo os seus objetivos, e foi assumida pela investigadora (que assinava também o documento) a confidencialidade e o anonimato dos dados.

Não só no sentido de assegurar o consentimento informado para a participação no estudo, mas também o anonimato dos dados obtidos, a folha de autorização foi entregue às grávidas antes do preenchimento do questionário e guardada em pastas separadas.

A entrega dos questionários só foi efetuada após garantida a compreensão dos objetivos e trâmites do estudo.

Como o instrumento de colheita de dados se destinava a ser aplicado em unidades de saúde pertencentes à ULSM, procedeu-se, previamente, à elaboração de um pedido de autorização formal, por escrito, dirigido ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da referida instituição (ANEXO III). Só foi iniciada a colheita de dados após a autorização formal por parte da ULSM (ANEXO IV)<sup>2</sup>. Antes da construção do instrumento de colheita de dados, foi também efetuado o pedido de autorização aos autores dos instrumentos utilizados (ANEXO V).

---

<sup>2</sup> No sentido de rentabilizar recursos, o pedido de autorização para a colheita de dados foi efetuado e autorizado para uma colheita de dados simultânea com a de outro estudo de investigação relacionado com o *Empowerment* na Gravidez, intitulado “Tradução e validação da Escala de *Empowerment* da Grávida” de Clara Aires.

## RESULTADOS

Os resultados do trabalho empírico são apresentados em formato de tabelas, gráficos e texto descritivo. Como apenas se selecionaram como válidos para análise os questionários preenchidos na totalidade, o valor total de respostas para cada item é sempre 166.

### 3.1 Preferência das grávidas pela tipologia de cuidados de enfermagem

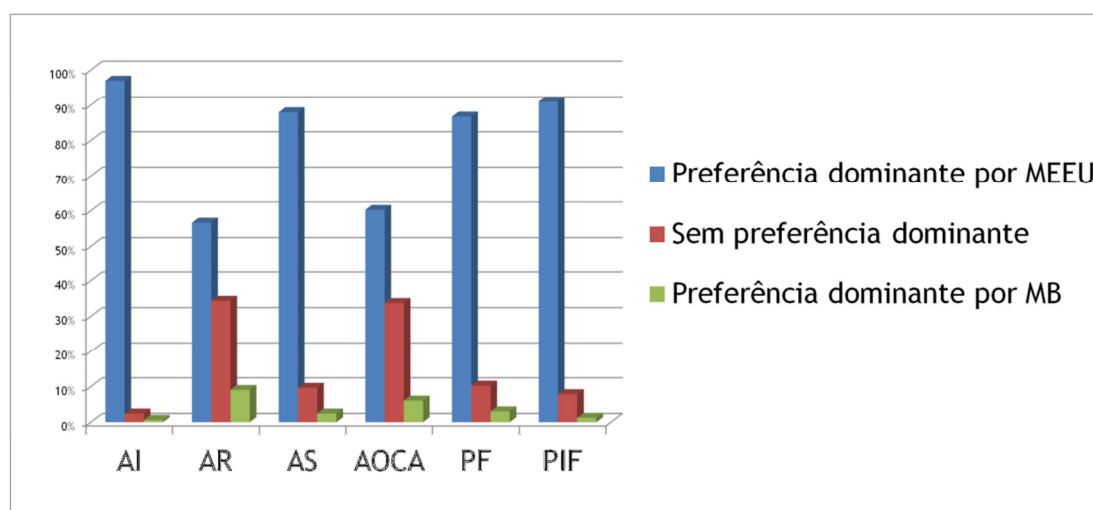
A preferência das grávidas pelo tipo de cuidados de enfermagem pré-natais é apresentada na TABELA 12 e na FIGURA 2, de acordo com as 6 dimensões do QMCEG.

**TABELA 12: Frequências das preferências das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais segundo o MEEU ou o MB**

Acesso à Informação			
Para mim é importante que o Enfermeiro...			N (%)
Q1.	MEEU	... me forneça informação adequada às minhas dúvidas	163 (98,19)
	MB	... me forneça apenas a informação que costuma transmitir às grávida	3 (1,81)
Q9.	MEEU	... me informe sobre as vantagens e desvantagens das diferentes opções que posso tomar ao longo da gravidez e do parto	163 (98,19)
	MB	... me informe apenas sobre os benefícios das opções que considera mais adequadas para mim ao longo da gravidez e do parto	3 (1,81)
Acesso a Recursos			
Para mim é importante que o Enfermeiro...			N (%)
Q2.	MEEU	... me ajude a perceber quais os recursos disponíveis nas instituições de saúde e na comunidade mais adequados para mim.	144 (86,75)
	MB	... me informe apenas sobre os recursos das instituições de saúde e da comunidade que ele considera melhor para as grávidas	22 (13,23)
Q3.	MEEU	... me ajude a identificar por mim mesma formas de aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto	101 (60,84)
	MB	... me diga o que fazer para aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto	65 (39,16)
Acesso a Suporte			
Para mim é importante que o Enfermeiro...			N (%)
Q4.	MEEU	... respeite as minhas escolhas informadas, mesmo que estas sejam diferentes das que tomaria para si	156 (93,98)
	MB	... decida, como se estivesse na mesma situação do que eu	10 (6,02)
Q5.	MEEU	... me ajude a perceber de que forma as minhas crenças, medos e sentimentos podem afetar a minha saúde e a do meu bebé	152 (91,57)
	MB	... me diga para colocar as minhas crenças e os meus medos de parte e afastar maus pensamentos	14 (8,43)

Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender			
Para mim é importante que o Enfermeiro...			N (%)
Q8.	MEEU	... utilize estratégias personalizadas para me ajudar a aprofundar os conhecimentos e as capacidades que necessito para cuidar do meu bebé	109 (65,66)
	MB	... me ensine e demonstre os cuidados a ter com um bebé da mesma forma que utiliza para todas as outras grávidas	57 (34,34)
Q12.	MEEU	... me ajude a aplicar os meus conhecimentos e capacidades para resolver novos desafios	147 (88,55)
	MB	... me diga o que devo fazer face a novos desafios	19 (11,45)
Poder Formal			
Para mim é importante que...			N (%)
Q6.	MEEU	... o Enfermeiro me ajude a perceber as diferentes formas de conseguir atingir os meus objetivos	152 (91,57)
	MB	... o Enfermeiro me transmita apenas a informação sobre a forma que ele considera mais adequada para atingir os meus objetivos	14 (8,43)
Q11.	MEEU	... o Enfermeiro me incentive a tomar as minhas próprias decisões de forma informada sobre os cuidados mais adequados à minha situação	153 (92,17)
	MB	... seja o Enfermeiro a decidir quais os cuidados mais adequados à minha situação	13 (7,83)
Poder Informal			
Para mim é importante que o Enfermeiro...			N (%)
Q7.	MEEU	... me ajude a encontrar estratégias para envolver a minha família nesta fase da minha vida	156 (93,98)
	MB	... se centre apenas em mim, não envolvendo a minha família nesta fase da minha vida	10 (6,02)
Q10.	MEEU	... facilite o contacto e a minha relação com os outros elementos da equipa de saúde	159 (95,78)
	MB	... estabeleça por mim o contacto com os outros elementos da equipa de saúde	7 (4,22)

**FIGURA 2: Preferência das grávidas, por dimensões, entre os cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU ou no MB**



**Legenda:** AI - Acesso à Informação; AR - Acesso a Recursos; AS - Acesso a Suporte; AOCA - Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender; PF - Poder Formal; PIF - Poder Informal

Na dimensão Acesso à Informação, 161 participantes (96,99%) preferem as afirmações correspondentes ao MEEU, 4 participantes (2,41%) preferem cuidados de enfermagem baseados no MEEU num dos itens e no MB no outro, e 1 participante (0,60%) prefere as afirmações correspondentes ao MB.

Quanto ao Acesso a Recursos, 94 participantes (56,63%) partilham das intenções veiculadas pelo MEEU, 57 participantes (34,34%), veiculam-se a uma das frases de cada modelo e 15 participantes (9,04%) veiculam-se às afirmações relativas ao MB.

No Acesso a Suporte, 146 participantes (87,95%) preferem ambas as frases do MEEU, 16 participantes (9,64%) dividem-se por ambos os modelos e 4 participantes (2,41%) preferem ambas as frases correspondentes ao MB.

Na dimensão Acesso a Oportunidades para Crescer e Aprender 100 participantes (60,24%) adotam as afirmações inerentes ao MEEU, 56 (33,74%), dividem-se entre MEEU e MB e 10 participantes (6,02%) adotam as frases correspondentes ao MB.

Na dimensão Poder Formal 144 participantes (86,75%) revelam que preferem cuidados de enfermagem subjacentes ao MEEU, 17 participantes (10,24%) dividem-se entre o MEEU e o MB e 5 participantes (3,01%) preferem o MB.

Quanto ao Poder Informal 151 participantes (90,96%) preferem os cuidados de enfermagem inerentes ao MEEU, 13 participantes (7,83%) dividem-se entre o MEEU e o MB e 2 participantes (1,21%) preferem apenas o MB.

É assim evidente que as grávidas preferem maioritariamente o modelo de cuidados de enfermagem pré-natais subjacente ao MEEU, como se pode confirmar adicionalmente pela TABELA 13, que contabiliza o número de grávidas que no conjunto das 12 afirmações se veiculou ao MEEU ou ao MB.

**TABELA 13: Preferência global das grávidas pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados MEEU ou no MB**

	<u>N</u> (%)
Preferência total pelo MEEU	57 (34,34)
Preferência predominante pelo MEEU	104 (62,65)
Sem preferência dominante	3 (1,81)
Preferência predominante pelo MB	2 (1,20)

Não houve nenhuma grávida que tivesse preferido na totalidade os cuidados de enfermagem pré-natais correspondentes ao MB, mas, por outro lado, houve 57 grávidas (34,3%) que assinalaram como preferidos todos os comportamentos correspondentes ao MEEU.

Para cada questão do QMCEG, comparou-se a escolaridade, idade e idade gestacional das mulheres que preferem cuidados subjacentes ao MEEU versus MB.

As mulheres que perfilhavam a preferência por uma tipologia de cuidados mais próxima do MEEU apresentavam significativamente em 5 dos 12 itens do QMCEG uma maior escolaridade que as participantes que preferiam uma tipologia de cuidados mais próxima do MB. Estas diferenças foram verificadas para a questão 1 referente à dimensão Acesso a Informação ( $t(164)=4,41$ ;  $p=0,035$ ); a questão 2 referente à dimensão Acesso a Recursos ( $t(164)=2,56$ ;  $p=0,011$ ); a questão 6 referente à dimensão Poder Formal ( $t(164)=2,66$ ;  $p=0,009$ ); a questão 8 referente à dimensão Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender ( $t(164)=3,05$ ;  $p=0,030$ ) e a questão 10 referente à dimensão Poder Informal ( $t(164)=5,40$ ;  $p=0,001$ ).

Adicionalmente, verificou-se que as participantes que preferem o MEEU nos cuidados de enfermagem pré-natais são mais velhas do que as que preferem o MB, sendo estas diferenças significativas sob ponto de vista estatístico para a questão 2 referente à dimensão Acesso a Recursos ( $t(164)=2,30$ ;  $p=0,030$ ) e a questão 11 referente à dimensão Poder formal ( $t(164)=2,78$ ;  $p=0,006$ ).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a preferência por um dos modelos e a idade gestacional.

### **3.2 Valorização atribuída pelas grávidas aos cuidados de enfermagem**

Para além da escolha por um dos modelos, foi solicitado às grávidas que pontuassem com uma escala de Likert o quanto valorizavam essa escolha.

Os resultados relativos à valorização dada pelas participantes aos cuidados de enfermagem pré-natais são apresentados de seguida, agrupados segundo as 6 dimensões definidas pelo MEEU (TABELA 14).

**TABELA 14: Frequências de resposta face à valorização atribuída aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados MEEU ou no MB**

Acesso à Informação					
Para mim é importante que o Enfermeiro...					N (%)
	Q1	MI	BI	PI	MPI
MEEU	... me forneça informação <b>adequada às minhas dúvidas</b>	138 (83,14)	25 (15,06)	-	-
MB	... me forneça <b>apenas a informação que costuma transmitir</b> às grávidas	2 (1,20)	1 (0,60)	-	-
Q9					
MEEU	... me informe sobre as <b>vantagens e desvantagens das diferentes opções</b> que posso tomar ao longo da gravidez e do parto	112 (67,67)	51 (30,73)	-	-
MB	... me informe <b>apenas sobre os benefícios das opções que considera mais adequadas</b> para mim ao longo da gravidez e do parto	3 (1,80)	-	-	-
Acesso a Recursos					
Para mim é importante que o Enfermeiro...					N (%)
	Q2	MI	BI	PI	MPI
MEEU	... me ajude a perceber quais os recursos disponíveis nas instituições de saúde e na comunidade <b>mais adequados para mim</b>	104 (62,65)	39 (23,49)	1 (0,60)	-
MB	... me informe apenas sobre os recursos das instituições de saúde e da comunidade <b>que ele considera melhor para as grávidas</b>	13 (19,70)	8 (4,82)	1 (0,60)	-
Q3					
MEEU	... me <b>ajude a identificar por mim mesma</b> formas de aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto	68 (40,96)	33 (19,88)	-	-
MB	... me <b>diga o que fazer</b> para aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto	47 (28,31)	18 (10,84)	-	-
Acesso a Suporte					
Para mim é importante que o Enfermeiro...					N (%)
	Q4	MI	BI	PI	MPI
MEEU	... <b>respeite as minhas escolhas informadas</b> , mesmo que estas sejam diferentes das que tomaria para si	91 (54,82)	60 (36,14)	5 (3,01)	-
MB	... <b>decida por mim</b> , como se estivesse na mesma situação do que eu	6 (3,61)	4 (2,41)	-	-
Q5					
MEEU	... me <b>ajude a perceber de que forma</b> as minhas crenças, medos e sentimentos podem afetar a minha saúde e a do meu bebé	92 (55,42)	55 (33,13)	4 (2,41)	1 (0,60)
MB	... me <b>diga para colocar</b> as minhas crenças e os meus medos de parte e afastar maus pensamentos	8 (4,82)	3 (1,80)	3 (1,80)	-
Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender					
Para mim é importante que o Enfermeiro...					N (%)
	Q8	MI	BI	PI	MPI
MEEU	... utilize <b>estratégias personalizadas</b> para me ajudar a aprofundar os conhecimentos e as capacidades que necessito para cuidar do meu bebé	69 (41,57)	40 (24,10)	-	-
MB	... me <b>ensine e demonstre</b> os cuidados a ter com um bebé da mesma forma que utiliza para todas as outras grávidas	34 (20,48)	23 (13,86)	-	-
Q12					
MEEU	... me <b>ajude a aplicar os meus conhecimentos e capacidades</b> para resolver novos desafios	89 (53,61)	56 (33,73)	2 (1,20)	-
MB	... me <b>diga o que fazer</b> face a novos desafios	13 (7,83)	4 (2,41)	2 (1,20)	-
Poder Formal					
Para mim é importante que o Enfermeiro...					N (%)
	Q6	MI	BI	PI	MPI
MEEU	... o Enfermeiro <b>me ajude a perceber as diferentes formas</b> de conseguir atingir os meus objetivos	102 (61,45)	47 (28,31)	3 (1,80)	-
MB	... o Enfermeiro <b>me transmita apenas a informação sobre a forma</b> que ele considera mais adequada para atingir os meus objetivos	9 (5,42)	5 (3,01)	-	-

Q11					
MEEU	... o Enfermeiro <b>me incentive a tomar as minhas próprias decisões</b> de forma informada sobre os cuidados mais adequados à minha situação	96 (57,83)	54 (32,53)	3 (1,80)	-
MB	... <b>seja o Enfermeiro a decidir</b> quais os cuidados mais adequados à minha situação	6 (3,61)	6 (3,61)	-	1 (0,60)
Poder Informal					
Para mim é importante que o Enfermeiro...		N (%)			
Q7		MI	BI	PI	MPI
MEEU	... <b>me ajude a encontrar estratégias para envolver a minha família</b> nesta fase da minha vida	105 (63,25)	42 (25,30)	4 (2,41)	5 (3,01)
MB	... <b>se centre apenas em mim</b> , não envolvendo a minha família nesta fase da minha vida	5 (3,01)	5 (3,01)	-	-
Q10					
MEEU	... <b>facilite o contacto e a minha relação</b> com os outros elementos da equipa de saúde	86 (51,81)	67 (40,36)	5 (3,01)	1 (0,60)
MB	... <b>estabeleça por mim o contacto</b> com os outros elementos da equipa de saúde	5 (3,01)	2 (1,20)	-	-

O valor médio das valorizações atribuídas pelas 166 grávidas ao conjunto dos itens acerca dos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU foi 38,41 (DP=7,62), sendo o valor mínimo 16 e o máximo 48.

Foram também analisados os dados referentes grau de valorização atribuído pelos participantes que manifestaram preferência pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU e no MB, por dimensões (TABELA 15 e TABELA 16).

**TABELA 15: Valorização atribuída pelas grávidas, por dimensão do QMCEG, que manifestaram preferência pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU**

	Muito Importante N (%)	Bastante Importante N (%)	Pouco Importante N (%)	Muito Pouco Importante N (%)
Acesso a Informação	250 (75,30%)	76 (22,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Acesso a Recursos	172 (51,81%)	72 (21,69%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Acesso a Suporte	183 (55,12%)	115 (34,64%)	9 (2,71%)	1 (0,30%)
Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender	157 (47,29%)	48 (28,92%)	2 (0,60%)	0 (0,00%)
Poder Formal	198 (59,64%)	101 (30,42%)	6 (1,81%)	0 (0,00%)
Poder Informal	191 (57,53%)	109 (32,83%)	9 (2,71%)	6 (1,81%)

A percentagem mais elevada de grávidas que assinalou como muito importante os cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU está associada à dimensão Acesso à Informação.

**TABELA 16: Valorização atribuída pelas grávidas por dimensão do QMCEG que manifestaram preferência pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MB**

	Muito Importante N (%)	Bastante Importante N (%)	Pouco Importante N (%)	Muito Pouco Importante N (%)
Acesso a Informação	5 (1,51%)	1 (0,30%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Acesso a Recursos	60 (18,07%)	26 (7,83%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Acesso a Suporte	14 (4,22%)	7 (2,11%)	2 (0,90%)	0 (0,00%)
Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender	47 (14,16%)	37 (11,14%)	2 (0,60%)	0 (0,00%)
Poder Formal	15 (4,52%)	11 (3,31%)	0 (0,00%)	1 (0,30%)
Poder Informal	11 (3,31%)	11 (3,31%)	0 (0,00%)	1 (0,30%)

A percentagem mais elevada de grávidas que assinalou como muito importante os cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MB está associada ao Acesso a Recursos.

Procurou-se também analisar as diferenças de médias atribuídas à valorização dada ao MEEU segundo ter tido ou não uma gravidez anterior, ter ou não efetuado tratamentos de fertilidade, ter desejado ou não a presente gravidez, ter ou não filhos anteriores, ter tido ou não complicações na gravidez e ter ou não frequentado sessões práticas de preparação para o parto.

Também se procurou verificar a existência ou ausência de diferenças com os dois grupos correspondentes à perceção da experiência anterior de parto: positiva ou negativa.

Verificou-se que as mulheres com filhos apresentaram um valor significativamente mais elevado de *empowerment* para a dimensão Poder Formal do MEEU ( $t(164)=2,24$ ;  $p=0,027$ ).

Do mesmo modo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as grávidas que tiveram uma gravidez anterior e as que estavam a vivenciar a gravidez pela primeira vez e a valorização atribuída ao MEEU face aos comportamentos do enfermeiro na gravidez relacionados com a Dimensão Poder Formal ( $t(155)=2,24$ ;  $p=0,027$ ).

Aplicou-se o teste de diferenças ANOVA (F), com o intuito de verificar se há ou não diferenças estatisticamente significativas entre a média do grau de valorização dado aos comportamentos do enfermeiro na gravidez dos três grupos de respostas correspondentes à variável tipo de parto: vaginal, ventosa/fórceps ou cesariana, assim como face aos 3 indicadores do sentido de coerência interna. Não

se verificaram diferenças estatisticamente significativas ente as médias dos 3 grupos e as variáveis supracitadas.

Correlacionou-se as dimensões do QMCEG para analisar a sua matriz (TABELA 17).

**TABELA 17: Correlação entre as dimensões do QMCEG**

	MEEU	AI	AS	AR	AOAC	API
A. Informação (AI)	0,574**					
A. suporte (AS)	0,690**	0,539**				
A. Recursos (AR)	0,736**	0,326**	0,300**			
A. O. aprender crescer (AOAC)	0,720**	0,358**	0,491**	0,306**		
A. poder informal (API)	0,690**	0,529**	0,433**	0,446**	0,324**	
A. poder formal (APF)	0,759**	0,550**	0,568**	0,480**	0,441**	0,557**

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Na globalidade, o QMCEG, através da valorização dada ao MEEU, apresenta uma matriz de correlação entre as suas dimensões e entre cada dimensão e o instrumento em geral, com correlações moderadas, mas bastante significativas. Adicionalmente apresenta correlações fortes entre cada dimensão e o instrumento global.

O valor do coeficiente alfa de Cronbach do MEEU avaliado pelo QMCEG foi de 0,72 e portanto indicativo de uma boa consistência interna.

A correlação entre a valorização atribuída ao MEEU e a valorização atribuída ao MB foi de  $r=-0,672$  ( $p=0,001$ ), e portanto indicativa de uma preferência inversa e forte entre estes dois modelos de cuidados.

Procurou-se ainda correlacionar a valorização atribuída pelas grávidas aos cuidados pré natais baseados no MEEU, por dimensões, com a escala global e as subescalas da Escala de *Empowerment* (TABELA 18).

**TABELA 18: Correlação entre a valorização atribuída aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU, por dimensões, e a Escala de Empowerment**

	Autoestima	Poder	Autonomia	Otimismo	Cólera	Total EE
MEEU	0,268**	0,199*	0,320**	0,187*	0,101	0,297**
Acesso a Informação	0,236**	0,089	0,269**	0,222**	0,036	0,247**
Acesso a Suporte	0,169*	0,191*	0,244**	0,170*	0,161*	0,246**
Acesso a Recursos	0,210**	0,112	0,187*	0,079	0,089	0,187*
Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender	0,198*	0,059	0,225**	0,178*	0,034	0,185*
Poder Informal	0,229**	0,100	0,239**	0,165*	-0,065	0,230**
Poder Formal	0,128	0,192*	0,237**	0,098	0,050	0,192*

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Verificou-se que, apesar de correlações fracas, por norma as dimensões do MEEU apresentam correlações significativas com a escala de *empowerment*, assegurando uma sobreposição entre os constructos avaliados.



## DISCUSSÃO

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que quanto maior a escolaridade das grávidas, maior a valorização atribuída aos cuidados de enfermagem baseados no MEEU para o Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender e Poder Informal. Levinson *et al.* (2005) referem que mulheres com níveis mais altos de escolaridade apresentavam uma maior tendência para assumir um papel ativo na tomada de decisão relativamente a aspetos relacionados com a sua saúde, mostrando valores mais elevados de *empowerment*. O mesmo estudo verificou também que até aos 45 anos de idade se verificava um nível crescente de adesão face à tomada de decisão ativa. Os resultados obtidos no presente estudo estão portanto de acordo com os de Levinson *et al.* (2005).

Robinson e Thompson (2001), numa revisão efetuada encontraram estudos que evidenciavam diferenças estatisticamente significativas entre as preferências dos utentes face a uma tomada de decisão ativa ou passiva e a idade, a escolaridade e a perceção do estado de saúde. Contrariamente a estes autores, não se encontrou relação entre o grau de preferência e valorização do modelo de cuidados e a perceção do estado de saúde. É no entanto relevante salientar que, 82% das grávidas atribuíam uma pontuação 6 ou 7 ao seu estado de saúde (considerando uma boa ou muita boa condição de saúde), havendo pouca dispersão destes valores (desvio padrão de 0,89). Esta concentração das respostas em torno destes 2 valores teve decerto grande influência sobre os resultados e é característica do contexto em que a amostra se insere, muito diferente da maioria dos contextos dos estudos analisados nas revisões de literatura supracitadas.

Para as variáveis desejo de gravidez, tratamento de fertilidade, presença de complicações durante a gravidez e experiência de parto, verificou-se que houve uma distribuição muito desigual das respostas obtidas, sendo que foram apenas 5 grávidas (3,01%) as que consideraram a gravidez não desejada, 4 (2,41%) as que referiram ter efetuado tratamentos de fertilidade e 2 (1,2%) as que referiram ter tido uma experiência negativa de parto. Estes valores tão baixos não permitem detetar diferenças significativas nas associações estudadas.

O SCO tem apresentado em alguns estudos de investigação relações significativas com o nível de *empowerment* dos utentes (Almeida & Pais-Ribeiro, 2011; Costa, 2010; Lundberg *et al.*, 2009; Nunes, 1999; Posadzki *et al.*, 2010), mas tal não foi verificado para a amostra em estudo. Estes resultados podem

relacionar-se com o facto de ter sido utilizada uma versão experimental do SCO, sem propriedades métricas para ser representativa da escala do SCO. É de realçar que no presente estudo estas 3 questões mostraram uma fraca consistência interna (0,55).

Segundo o estudo de revisão de literatura realizado por Benbassat, Pilpel e Tidhar (1998), o grau de preferência dos utentes face aos modelos de cuidados de saúde varia mais em função do contexto do que em função das suas características sociodemográficas, e que apenas explicavam 20% ou menos da variabilidade das preferências. De facto, mesmo para as variáveis sociodemográficas para as quais foram encontradas relações com o grau de preferência e valorização, essas relações não estavam presentes para todos os itens do QMEG, pelo que também no nosso estudo, parece haver um grande pesar das variáveis contextuais sobre as variáveis demográficas estudadas para explicar as variações da valorização do modelo de cuidados preferido pelas grávidas.

Da análise dos resultados das frequências relativas às preferências das grávidas, por itens, entre os cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU ou no MB, verifica-se a existência de preferência predominante pelos cuidados baseados no MEEU. Ao analisarmos globalmente todas as questões do QMEG, este facto é ainda mais marcante, com 97% das grávidas a assumirem uma preferência total ou predominante pelo MEEU.

A literatura aponta que o grau de preferência dos utentes face aos modelos de cuidados de saúde varia muito em função do contexto da população alvo (Benbassat *et al.*, 1998; Dominguez-Cherit & Rodriguez-Osorio, 2008; Kaplan & Frosch, 2005; Levinson *et al.*, 2005; Robinson & Thompson, 2001).

Hatem *et al.* (2008) apoiam os resultados do presente estudo, ao descreverem, num contexto específico dos cuidados de enfermagem pré-natais, um elevado grau de satisfação nas grávidas face aos cuidados pré-natais baseados nos Midwife-led Models of Care (modelos centrados na mulher e baseados numa filosofia de promoção do *empowerment*) comparativamente com outro tipo de modelos de intervenção (mais próximos da filosofia inerente ao MB).

Explorando com mais pormenor os resultados referentes às preferências das grávidas pelos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU, verificou-se que em apenas dois itens os resultados foram inferiores à média global de preferência: no segundo item da dimensão Acesso a Recursos, em que 60,84% das grávidas revelaram preferência por “Para mim é importante que o Enfermeiro me ajude a identificar por mim mesma formas de aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados

com a minha gravidez e o parto”, tendo as restantes mostrado preferência pela opção mais diretiva (“Para mim é importante que o Enfermeiro me diga o que fazer para aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto”); e no primeiro item da dimensão Acesso a Oportunidades de Crescer e Aprender em que 65,66% das grávidas revelaram preferência por “Para mim é importante que o Enfermeiro utilize estratégias personalizadas para me ajudar a aprofundar os conhecimentos e as capacidades que necessito para cuidar do meu bebé”, tendo as restantes mostrado preferência pela afirmação mais diretiva (“Para mim é importante que o Enfermeiro me ensine e demonstre os cuidados a ter com um bebé da mesma forma que utiliza para as outras grávidas”).

Apesar de não ter sido encontrada evidência científica relacionada com os resultados supracitados, esta ligeira diminuição de preferência das grávidas pelos cuidados baseados no MEEU para estes dois itens em particular, pode estar relacionada com fatores de origem sociocultural. Por um lado, quando confrontados com questões relacionadas com limitações e problemas físicos e psicológicos no contexto da sua gravidez e do trabalho de parto, parece existir alguma tendência para procurar com mais frequência cuidados de saúde diretivos, no sentido de ultrapassar com rapidez essas limitações, esperando dos profissionais de saúde abordagens mais instrumentais e farmacológicas. Por outro lado, quanto às estratégias utilizadas para a promoção do seu papel parental, algumas grávidas preferem que lhes sejam ensinados e demonstrados os cuidados a ter com um bebé da mesma forma utilizada para todas as outras grávidas, pois de alguma forma revelam a necessidade de demonstrar à sociedade e a si mesmas que possuem o mesmo potencial do que as outras mulheres portuguesas para serem “boas mães”, de acordo com os padrões socialmente estabelecidos, pelo que não necessitam de estratégias “diferenciadas” ou “individualizadas” neste sentido.

Da análise dos resultados das frequências relativas ao grau de valorização das grávidas, por itens, atribuído aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU ou no MB, verifica-se que a grande maioria das respostas se situam no grau 3 (bastante importante) e no grau 4 (muito importante), sendo menos de 3% as grávidas que pontualmente valorizaram os cuidados com grau 2 (pouco importante) ou grau 1 (muito pouco importante).

A percentagem mais elevada de grávidas que assinalou como muito importante os cuidados de Enfermagem pré-natais baseados no MEEU está

associada à dimensão Acesso à Informação, resultados que são concordantes com os obtidos noutras investigações (Benbassat et al., 1998; Laurant et al., 2008; Levinson et al., 2005). Benbassat et al. (1998) verificaram que a maioria dos utentes queria ser informada sobre o seu estado de saúde, apesar de apenas uma parte querer adicionalmente participar na gestão da sua saúde. Também Levinson et al. (2005), encontraram 96% dos inquiridos que referiram querer que lhes fossem transmitidas todas as opções relativamente ao seu plano de saúde, apesar de apenas 48% pretender assumir um papel ativo na tomada de decisão face à sua saúde. Laurant et al. (2008), ao analisarem as expectativas e o grau de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, verificaram que os cuidados que os utentes mais esperavam receber dos enfermeiros referiam-se essencialmente a cuidados de saúde gerais de rotina e a cuidados relacionados com o acesso à informação e com a educação para a saúde.

Na presente amostra, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias da valorização face aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU entre as grávidas com história de gravidez anterior e as primigestas. Num estudo qualitativo, Davis (2006) concluiu que as mulheres grávidas que valorizavam de forma significativa os cuidados dos profissionais de saúde segundo modelos centrados no *empowerment* eram as que afastavam, pelo menos de forma parcial, dos cuidados dos profissionais de saúde que baseavam os cuidados pré-natais no MB tradicional e as que tinham já tido experimentado anteriormente esses cuidados. Concluiu também que esse afastamento se revelou significativamente mais fácil para as mulheres que possuíam já um nível de *empowerment* elevado. Os resultados obtidos no presente estudo estão portanto em consonância com os resultados analisados por Davis.

Para validar a preferência das grávidas pelo modelo de cuidados baseado na autorresponsabilização, parceria e capacitação, aplicou-se a escala de *empowerment*. Encontrou-se uma grande correlação entre as duas medidas: quanto mais alto o nível de *empowerment* das grávidas, mais alto o grau de valorização que atribuíram aos cuidados baseados no MEEU e mais baixo o grau de valorização que atribuíram aos cuidados baseados no MB. Este resultado, assim como os valores resultantes da análise das propriedades psicométricas, veio confirmar que o QMEG é um instrumento fiável e sensível para avaliar a preferência e a valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU, com um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,72.

## CONCLUSÃO

Segundo Fortin (2009), a investigação afigura-se como um método de excelência para a aquisição e o desenvolvimento de saberes próprios de cada disciplina. No âmbito da disciplina de enfermagem, espera-se que cada vez mais os enfermeiros baseiem os seus cuidados na evidência, usando resultados da investigação para fundamentar as suas ações, interações e decisões (Polit *et al.*, 2004).

Como reflexão final do presente estudo, serão resumidos os principais aspetos emergentes da análise e discussão dos resultados obtidos, tendo em conta os constrangimentos e limitações sentidos, os objetivos traçados e as concordâncias e divergências face aos resultados de outros estudos de investigação, assim como as respetivas implicações para a prática e sugestões para futuras investigações.

Salientam-se como principais constrangimentos associados ao presente estudo o condicionamento temporal, de cariz académico, que motivou em grande parte a opção por uma amostragem por conveniência, de tamanho limitado, que, apesar de válida em função dos objetivos propostos, não deixa de constituir uma limitação ao estudo, impedindo que os resultados sejam generalizados e limitando a extrapolação das conclusões para outras realidades; e a escassa evidência científica encontrada pela análise do estado da arte no que concerne ao *empowerment* das grávidas portuguesas e o grau de valorização e preferência que atribuem aos cuidados de enfermagem pré-natais.

A complexidade dos fatores envolvidos na saúde tem evidenciado a necessidade de investimento na promoção da saúde e na autonomia dos utentes para uma responsabilidade partilhada sobre a tomada de decisão em saúde e é neste contexto que se coloca a discussão sobre o processo de *empowerment*, enfocando-se a atenção para intervenções que extrapolam o já criticado MB (Teixeira, 2002).

O QMCG construído ao longo do presente estudo revelou-se um instrumento fiável e sensível para avaliar a preferência e a valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU, demonstrando uma boa consistência interna, com um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,72.

Da análise dos resultados obtidos foi possível concluir que a grande maioria das grávidas (97%) que frequentam os serviços de Saúde Materna e Obstetrícia da

ULSM assumiram uma preferência total ou predominante pelos cuidados de Enfermagem pré-natais baseados no MEEU, em oposição aos cuidados baseados no MB, atribuindo-lhes um grau elevado de valorização.

Verificou-se também que a escolaridade é um fator determinante na preferência e valorização que as grávidas atribuíram aos cuidados de enfermagem pré-natais baseados no MEEU.

A maioria dos resultados obtidos foi consistente com os resultados referentes a estudos realizados por outros investigadores.

Pela escassez de evidência científica face ao grau de preferência e valorização dos utentes do Serviço Nacional de Saúde português relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (Ramos, 2003), em geral, e aos cuidados de enfermagem pré-natais em particular, os resultados obtidos pela realização do presente estudo vêm contribuir com um acréscimo positivo no aumento dos conhecimentos científicos neste âmbito, constituindo um reforço adicional da relevância da adoção de estratégias promotoras do aumento do *empowerment* das mulheres grávidas e suas famílias por parte dos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia e podendo vir a servir de base para futuras investigações no sentido de construir e validar modelos de intervenção eficazes no âmbito dos cuidados de Enfermagem pré-natais em Portugal.

Investigação adicional nesta área é ainda essencial, não só para permitir o aumento da eficácia dos cuidados de enfermagem pré-natais como também para garantir uma maior visibilidade dos cuidados de qualidade já prestados e contribuir para uma distinção cada vez mais clara da disciplina de Enfermagem como ciência.

Zimmerman e Perkins (1995) referem como limitação ao processo de *empowerment* o fato dele não ser um remédio para todos os males, nem uma meta apropriada em todos os contextos, defendendo a ideia de que as múltiplas utilizações do termo e respetivas definições operacionais causam um problema para a aplicação rigorosa do conceito no contexto de pesquisa científica. Em Portugal por exemplo, não foram encontrados instrumentos de avaliação do nível de *empowerment* especificamente adaptados e validados para o contexto da Saúde Materna e Obstétrica, o que pode constituir um desafio para futuras investigações.

Por outro lado, alguns autores defendem que quanto mais alto o nível de *empowerment* dos enfermeiros mais eficazes serão os seus cuidados no sentido de

promover o aumento do *empowerment* dos utentes, com melhores resultados de saúde (Lashinger *et al.*, 2010). No âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia, Hermansson e Martensson (2011) referem que é necessário que as *midwives* e as *nurse midwives* (Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia) possuam elas mesmas altos níveis de *empowerment* para que os seus cuidados pré-natais sejam eficazes e consigam influenciar as mulheres na sua capacitação em decisões relativas à saúde. No entanto, de acordo com Bersntein *et al.*, (1994), é necessário assumir que as comunidades possuem um saber que lhes é próprio, uma inteligência comunitária, para que seja possível promover o aumento do nível de *empowerment* da população e a própria formação dos profissionais de saúde não comporta por vezes esse saber, sendo-lhes ensinado que os “bons” profissionais de saúde possuem todas as respostas para os males da população, o que gera uma grande contradição. Sendo esperado que os profissionais de saúde tenham um papel facilitador e promotor do *empowerment* dos cidadãos e não tendo sido encontradas pesquisas neste âmbito para o contexto português e da Saúde Materna e Obstétrica, sugere-se investigação adicional nesta área, incluindo uma análise cuidada dos programas formativos da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do nosso país, com o intuito de perceber se englobam estratégias eficazes de promoção do *empowerment* dos futuros Enfermeiros Especialistas, procurando comprovar se essas estratégias são também eficazes na sua consciencialização e capacitação para a adoção de cuidados de enfermagem pré-natais promotores do aumento do *empowerment* dos casais grávidos e respetivas famílias.

Também a criação de modelos promotores da mudança no contexto das práticas poderá potenciar maiores níveis de *empowerment* nos profissionais. Por outro lado, a escassez de instrumentos que permitam aferir estes níveis no contexto específico dos profissionais de saúde poderão constituir princípios motivadores para pesquisas adicionais nesta área. Como perspetivas de futuro, sugere-se assim a construção e validação científica de um modelo de intervenção de enfermagem no período pré-natal, que corresponda às preferências e necessidades dos casais grávidos portugueses e suas famílias.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. - *Empowerment em adultos na comunidade: estudo preliminar de adaptação de uma escala para a população portuguesa* [Em linha]. Lisboa: 2011. [Consultado a 04 de julho de 2012]. Disponível na Internet: <URL:[http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F721889083/E-book\\_final.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf)>

ALMYROUDI, A. *et al.* - Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, vol.20, (2011), p.871-879.

BENBASSAT, J.; PILPEL, D.; TIDHAR, M. - Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 24, nº2, (1988), p. 81-88.

BERNSTEIN, E., WALLERSTEIN, N., BRAITHWAITE, R., GUTIERREZ, L., LABONTE, R. e ZIMMERMAN, M. - *Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. Health Education Quarterly*, vol. 21, (1994), p.281-294.

BEUREN, I. e NASCIMENTO, S. - *Impacto do sistema de recompensa e do acesso às informações sobre o desempenho individual no empowerment psicológico e o seu reflexo na eficácia gerencial de empresa multinacional*. 2009 [Em linha] [Consultado a 12 de maio de 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressoV/CCG090.pdf>>

CABRAL, F. B.; RESSEL, L. B. e LANDERDAHL, M. C. - Consulta de Enfermagem: Estratégia de Abordagem à Gestante na Perspectiva de Género. *Enferm*, vol. 9, nº 45, (2005), p. 459-465.

CAMPOS, D. e GRAVETO, J. - Papel do Enfermeiro e Envolvimento do Cliente. *Revista Latino-Am Enfermagem*, vol.17, nº 6, (2009), p.139-145.

CARVALHO, G. - *Sentido de coerência, ligação materno fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública [Em linha]. Lisboa: 2005. [Consultado a 08 de novembro de 2011] disponível na Internet:

<URL:[http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/05\\_sco\\_vinculo\\_materno\\_fetal\\_g ravidez.pdf](http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/05_sco_vinculo_materno_fetal_g ravidez.pdf)>

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, Ottawa, 1986 - *Carta de Ottawa* [em linha]. Ottawa: Organização Pan-Americana de Saúde, 1986. [Consultado a 11 de junho de 2012] Disponível na Internet: <URL:<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, URSS - *Declaração de Alma-Ata* [em linha]. URSS: Organização Pan-Americana da Saúde, 1978. [Consultado a 11 de junho 2012] Disponível na Internet: <URL:<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>

CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE - *Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

COOK, D. - Patient autonomy versus paternalism. *Critical Care Medicine*, vol. 29, nº2, (2001), p. 24-25.

COSTA, A.R. - *Autoeficácia e sobrecarga nos prestadores de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2010. Dissertação de Mestrado.

DAVIS, T. R. - *Bridging the Gap: Biomedicine, Empowerment and Women's Voices in Pregnancy and Childbirth*. Davidson: Davidson College, Department of Anthropology, 2006. Dissertação de Mestrado.

DEVEREAUX, P. J. e YUSUF, S. - The evolution of the randomized controlled trial and its role in evidence-based decision making. *Journal of Internal Medicine*, vol.254, (2003), p. 105-113.

DOMINGUEZ-CHERIT, G. e RODRIGUEZ-OSORIO, C. - Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Current Opinion in Critical Care*, vol.6, (2008), p. 708-713.

ECHOLS-HURST, J. - *Examination of a structural model of empowerment and patient satisfaction*. Birmingham: University of Alabama at Birmingham, 2000. Tese de Doutoramento.

ESPANHA, R. (2007) - *A Saúde na Sociedade de Informação. Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação* (p. 2063-2090). Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (Universidade do Minho), 2007.

FALK-RAFAEL, A. - *Empowerment as a Process of involving a model of empowered caring. Advances In Nursing Science*, (2001), p.1-16.

FAZENDA, I. (n.d.) - *Estudos e Documentos*. [em linha]. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social Consultado a 11 de junho 2012] Disponível na Internet: <URL:<http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>>

FERNANDES, L. *et al.* - *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. Revista Nursing*, vol. 267, (2011), p.11-14.

FORTIN, M. F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FREIXO, M. - *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 3a ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011.

GHANI, A.; HUSSIN, T. e JUSOFF, K. - The Impact of Psychological *Empowerment* on Lecturers' Innovative Behaviour in Malaysian Private Higher Education Institutions. *Canadian Social Science*, vol. 5, nº4, (2009), p. 54-62.

GIBSON, C.H.. - The process of *empowerment* in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, vol.21, (1995), p.1201-1210.

HATEM, M. *et al.* - Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, ,Art. nº CD004667, 2008.

HERMANSSON, E., MARTENSSON, L. - *Empowerment* in the midwifery context - a concept analysis. *Midwifery*, vol.27, (2011), p.811-816.

HOROCHOVSKI, R. e MEIRELLES, G. - *Problematizando o conceito de empoderamento*. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2, 2007 [em linha]. Florianópolis: ANAIS, 2007 [Consultado a 11 de Junho de 2012] Disponível na Internet: <URL:[www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo\\_horochovski\\_meirelles.pdf](http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf)>

ICN - INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem* - Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES - *International code of ethics for Midwives*, 2011 [Em linha]. The Netherlands: 2011 [Consultado a 9 de julho de 2012]. Disponível na Internet: <URL:<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf>>

KABEER, N. - *The Conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment*. Suíça: United Nations Research Institute for Social Development, 1999.

KAMEDA, Y. e SHIMADA, K. - Development of an *empowerment* scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, vol.32, nº 1, (2008), p. 39-48.

KANTER, R. M. - *Men and Women in the Corporation*. 2ªEd. New York: Basic Books, 1993.

KAPLAN, R. M., & FROSCH, D. L. - Decision making in Medicine and Health Care. *Annual Review of Clinical Psychology*, (2005), p. 525 - 556.

KOELEN, M., & LINDSTROM, B. - Making healthy choices easy choices: the role of *empowerment*. *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, nº 1,(2005), p. S10-S16.

LASCHINGER, H. *et al.* - Towards a comprehensive Theory of nurse/patient *empowerment*: applying Kanter's *empowerment* theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, vol.18, (2010), p. 4-13.

LAURANT, M. *et al.* - An overview of patient's preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, vol.17, nº20, (2008), p. 2690-2798.

LEAL, I. *et al.* - Intervenção em psicologia e saúde: O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco. *Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, (2008), p. 247-250.

LEVINSON, W. *et al.* - Not All Patients Want to Participate in Decision Making: A National Study of Public Preferences. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, (2005), p. 531-535.

LUNDBERG, B. *et al.* - Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, *empowerment* and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16, (2009), p.516-522.

MACHADO, R. - *Bem-estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno na Velhice em Portugal*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2008. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Saúde um Compromisso: estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

NUNES, J. M. - *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa, 2010.

NUNES, L. - *O Sentido de Coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 1999. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

NUNES, L. S. - *SOC questionnaire in portuguese\_tabela*. [Em linha] Lisboa: 1999 [Consultado a 12 de junho de 2012]. Disponível na Internet <URL:[http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/SOC%20questionnaire%20in%20portuguese\\_tabela.pdf](http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/SOC%20questionnaire%20in%20portuguese_tabela.pdf)>

NUNES, O.; BRITES, R. e PIRES, M. - Estudos de Validação sobre a Escala Portuguesa de *Empowerment*. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Portugal: Universidade do Minho, (2010) p. 1694 -1706.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

OUSCHAN, R., SWEENEY, J., & JONHSON, L. - Dimensions of patient "*empowerment*": implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, vol.18, (2000), p. 99-114.

PEREIRA, A. - *SPSS Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo Lda, 2011.

PÉREZ-CÁRCELES *et al.* - The patient's right to information: influence of socio-professional factors in primary care. *Aten Primaria Journal*, vol.37, nº2, (2006), p. 69-74.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. e HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POSADZKI, P. *et al.* - A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, vol.51, (2010), p.246-252.

RAMOS, A. L. (2003). *Empowerment do cidadão em saúde: qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão*. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa. Lisboa: Repositório da Universidade Nova de Lisboa, 2003. Dissertação de Mestrado.

RAPPAPORT, J. - *Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings*. *American Journal of Community Psychology*, vol.23, nº5, (1995), p.795.

REIS, F. - *Como elaborar uma dissertação de mestrado*. Lisboa: Factor - Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, 2010.

RIBEIRO, J. L. P. - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora, 2010.

ROBINSON, A., THOMSON, R. - Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care*, vol. 10, nº 1, (2001), p.i34 - i38.

ROGERS, S.E. *et al.* - A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services*, vol. 48, nº 8, (1997), p.1042-1047.

SERAPIONI, M. - O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência e saúde coletiva*, vol. 10, (2005), p. 243-253.

SHORTER, E. - The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel. *Health Psychology*, (2004), p.1-19.

SOUZA, A. *et al.* - Construindo Movimentos para o Fortalecimento da Família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, vol. 8, nº 3, (2006), p. 265-272.

SPREITZER, G. M. - Psychological *Empowerment* in the Workplace: Dimensions, Measurement and Validation. *Academy of Management Journal*, vol.38, nº5, (1995), p. 1442-1465.

SPREITZER, G. M. - Social structural characteristics of psychological *empowerment*. *Academy of Management Journal*, vol.39, nº2, (1997), p. 483- 504.

TEIXEIRA, M. B. - Empoderamento de idosos em grupos direccionados à promoção da saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

TONES, K. - Health education: evidence of effectiveness. *Archives of Disease in Childhood*, vol.77, (1997), p.189-191.

TRIGO, M. - Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.18, nº2, (2000), p.5 - 22.

VALDEZ, S. - *Algumas reflexões sobre a tradução de empowerment*. 2012 [em linha] 2012 [Consultado a 20 de Junho 2012]. Disponível na Internet em <URL: URL:<http://www.workfortranslators.wordpress.com/2010/02/18/algumas-reflexoes-sobre-a-traducao-de-empowerment/>>

VILELAS, J. - *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Health Promotion Glossary*. 2009. [Em linha] [Consultado a 2 de Junho 2012]. Disponível em <URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)>

ZIMMERMAN, M. e PERKINS, D. - *Empowerment* theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, nº 5, (1995) p. 569-579.



## **ANEXOS**



## **ANEXO I – Consentimento Informado**



# **Escola Superior de Enfermagem do Porto**

## **Termo de Consentimento Informado**

Isabel Maria Fonseca Ferreira, enfermeira a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, convida-a a preencher o presente questionário no âmbito do estudo de investigação intitulado: “Importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados”, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Martins e coorientação da Professora Maria Rui Sousa (docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto).

O presente estudo tem como objetivos conhecer a preferência das grávidas e o grau de importância que atribuem face a um conjunto de comportamentos do Enfermeiro durante a gravidez e analisar a sua relação com o nível de *Empowerment* que as grávidas apresentam.

**A sua participação é anónima e voluntária.**

**É livre de recusar participar no estudo.**

É importante realçar que a não participação não irá interferir no seu atendimento e acompanhamento por parte dos profissionais de saúde desta instituição.

---

Isabel Maria Fonseca Ferreira

---

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar nesta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para os presentes estudos.

---

(Assinatura da Grávida)



## **ANEXO II – Questionário de Colheita de Dados**




Ao preencher este questionário, por favor procure centrar-se na forma como se sente atualmente e seja honesta, de modo que as suas respostas reflitam os seus verdadeiros sentimentos.

De seguida encontram-se frases relacionadas com a perspetiva que cada pessoa tem sobre a sua vida e como toma decisões. Assinale com um X a resposta que melhor descreve a sua concordância com cada frase.

**POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES E ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA.**

	Concordo Fortemente	Concordo	Discordo	Discordo Fortemente
1. Consigo determinar quase sempre tudo o que irá acontecer na minha vida.				
2. As pessoas estão limitadas apenas por aquilo que acham que é possível.				
3. As pessoas têm mais poder se atuarem como grupo.				
4. Ficar chateado com alguma coisa nunca ajuda.				
5. Tenho uma atitude positiva comigo próprio(a).				
6. Normalmente, tenho confiança nas decisões que tomo.				
7. As pessoas não têm o direito de ficar zangadas só porque não gostam de alguma coisa.				
8. A maior parte dos problemas (adversidades) na minha vida devem-se à má sorte.				
9. Vejo-me a mim próprio como uma pessoa capaz.				
10. Refilar nunca nos leva a lado nenhum.				
11. Trabalhando em conjunto, as pessoas podem ter um efeito na sua comunidade.				
12. Muitas vezes sou capaz de ultrapassar barreiras.				
13. Sou geralmente otimista em relação ao futuro.				
14. Quando faço planos, tenho quase a certeza que sou capaz de os concretizar.				
15. Ficar chateado com alguma coisa é muitas vezes o primeiro passo para mudá-la.				
16. Normalmente sinto-me sozinho(a).				
17. Os especialistas estão mais aptos para decidir o que as pessoas devem fazer ou aprender.				
18. Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
19. Geralmente realizo com sucesso aquilo a que me proponho.				
20. As pessoas deviam tentar viver as suas vidas da forma que desejam.				
21. Não se pode lutar contra as decisões.				
22. Sinto-me impotente a maior parte das vezes.				
23. Quando estou inseguro em relação a qualquer coisa, normalmente, vou atrás do grupo.				
24. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto quanto os outros.				
25. As pessoas têm o direito de tomar as suas próprias decisões, mesmo que estas sejam erradas.				
26. Sinto que tenho bastantes qualidades.				
27. Muitas vezes um problema pode ser resolvido se tomarmos a iniciativa de fazer alguma coisa.				
28. Trabalhar com pessoas da minha comunidade pode ajudar a mudar as coisas para melhor.				

Comparando com as pessoas da sua idade, considera o seu estado de saúde	<b>Muito mau</b>		<b>Muito bom</b>
---	------------------	--	------------------

Sente-se confiante na sua vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis	<b>sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>não</b> <input type="checkbox"/>	<b>não sei</b> <input type="checkbox"/>
Sente-se confiante na sua vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida	<b>sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>não</b> <input type="checkbox"/>	<b>não sei</b> <input type="checkbox"/>
Sente-se confiante na sua vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse	<b>sim</b> <input type="checkbox"/>	<b>não</b> <input type="checkbox"/>	<b>não sei</b> <input type="checkbox"/>

Na tabela seguinte encontram-se de cada lado algumas frases que descrevem diferentes intervenções e atitudes do enfermeiro durante a gravidez, com o objetivo de a preparar para o nascimento do seu filho.

Leia atentamente as duas das frases de cada linha e seleccione a frase com que se identifica mais, indicando com um X o grau de importância que lhe atribui.

**POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES E ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA**

Assinale com uma cruz no quadrado desta coluna, se concordar mais com a afirmação da esquerda

1 a) Para mim é importante que o enfermeiro me forneça informação **adequada** às minhas dúvidas

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 a) Para mim é importante que o enfermeiro me informe apenas sobre os recursos das instituições de saúde e da comunidade que **ele considera melhor** para as grávidas

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Nada Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 a) Para mim é importante que o enfermeiro **me diga o que devo fazer** para aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 1) Para mim é importante que o enfermeiro **respeite as minhas escolhas informadas**, mesmo que estas sejam diferentes das que tomaria para si

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 a) Para mim é importante que o enfermeiro **me ajude a perceber de que forma** as minhas crenças, medos e sentimentos podem afetar a minha saúde e a do meu bebé

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 a) Para mim é importante que o enfermeiro me transmita apenas a **informação** sobre a forma que **ele considera mais adequada** para conseguir atingir os meus objetivos

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinale com uma cruz no quadrado desta coluna, se concordar mais com a afirmação da direita

1 b) Para mim é importante que o enfermeiro me forneça apenas a informação que **costuma transmitir às grávidas**

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 b) Para mim é importante que o enfermeiro **me ajude a perceber** quais os recursos disponíveis nas instituições de saúde e na comunidade **mais adequados para mim**

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 b) Para mim é importante que o enfermeiro **me ajude a identificar por mim mesma** formas de aliviar desconfortos físicos, medos e ansiedades relacionados com a minha gravidez e o parto

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 b) Para mim é importante que **seja o enfermeiro a decidir**, como se estivesse na mesma situação do que eu

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 b) Para mim é importante que o enfermeiro **me diga para colocar as minhas crenças e os meus medos de parte e afastar os maus pensamentos**

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 b) Para mim é importante que o enfermeiro **me ajude a perceber as diferentes formas** de conseguir atingir os meus objetivos

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 a) Para mim é importante que o enfermeiro **se centre apenas em mim, não envolvendo a minha família** nesta fase da vida

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

ou

7 b) Para mim é importante que o enfermeiro **me ajude a encontrar estratégias para envolver a minha família** nesta fase da vida

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

8 a) Para mim é importante que o enfermeiro **utilize estratégias personalizadas para me ajudar a aprofundar os conhecimentos e as capacidades** que necessito para cuidar do meu bebé

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

ou

8 b) Para mim é importante que o **enfermeiro me ensine e demonstre** os cuidados a ter com um bebé **da mesma forma** que utiliza para todas as outras grávidas.

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

9 a) Para mim é importante que o enfermeiro me informe **sobre as vantagens e desvantagens das diferentes opções que posso tomar ao longo** da gravidez e do parto

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

ou

9 b) Para mim é importante que o enfermeiro me informe **apenas sobre os benefícios** das opções que considera mais adequadas para mim ao longo da gravidez e do parto

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

10 a) Para mim é importante que o enfermeiro **facilite o contacto e a minha relação** com outros elementos da equipa de saúde

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

ou

10 b) Para mim é importante que o enfermeiro **estabeleça por mim o contacto** com os outros elementos da equipa de saúde

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

11 a) Para mim é importante que **seja o enfermeiro a decidir** quais os cuidados mais adequados à minha situação

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

ou

11 b) Para mim é importante que o enfermeiro **me incentive a tomar as minhas próprias decisões** de forma informada sobre os cuidados mais adequados à minha situação

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

12. a) Para mim é importante que o enfermeiro **me ajude a aplicar os meus conhecimentos e capacidades** para resolver novos desafios

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

ou

12 b) Para mim é importante que o enfermeiro **me diga o que devo fazer** face a novos desafios

Muito Importante	Bastante Importante	Pouco Importante	Muito Pouco Importante

## INFORMAÇÕES GERAIS

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Nº de anos de escolaridade: \_\_\_\_\_

Semanas de gravidez: \_\_\_\_\_ semanas

Já esteve grávida anteriormente? não  sim

Fez tratamentos de fertilidade: não  sim

Esta gravidez é desejada: não  sim

Tem filhos? não  sim

Se tem filhos:

**Qual o tipo de parto?**

vaginal  ventosa/fórceps  cesariana

**Como considera a experiência?**

positiva  negativa

**Teve complicações durante esta gravidez?**

não  sim  Se sim, quais?

---

---

---

---

**Está a frequentar sessões práticas de preparação para o parto?** não  sim

Caso surja alguma dúvida durante o preenchimento deste instrumento, sinta-se à vontade para contactar a investigadora através dos contactos abaixo indicados.

Isabel Ferreira TM 916488787 Email: [isabel@gimnogravida.pt](mailto:isabel@gimnogravida.pt)

Muito Obrigada Pela Participação

Isabel Ferreira



**ANEXO III – Pedido de Autorização para colheita de dados  
na ULSM**





Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração da  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE  
Rua Eduardo Torres, s/n  
4464-513 Senhora da Hora

**Assunto:** Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação.

Clara Maria Cardoso da Silva Aires, enfermeira com o título de Especialista em Saúde Materna e Obstétrica pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (ULSM) – Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede de Infesta, a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ano lectivo 2011/2012, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a desenvolver o trabalho de investigação intitulado *“Tradução e validação da Escala de Empowerment da Grávida”*, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Martins e co-orientação da Professora Mestre Maria Rui Sousa (docentes da ESEP) e Isabel Maria Fonseca Ferreira, enfermeira com o título de Especialista em Saúde Materna e Obstétrica pela Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos E.P.E. (ULSM) – Unidade de Cuidados na Comunidade Leça da Palmeira, a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ano lectivo 2011/2012, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a desenvolver o trabalho de investigação intitulado *“Importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados”*, sob a orientação da Professora Doutora Teresa Martins e coorientação da Professora Maria Rui Sousa (docentes da ESEP) vêm por este meio solicitar autorização para a realização desses estudos de investigação na ULSM.

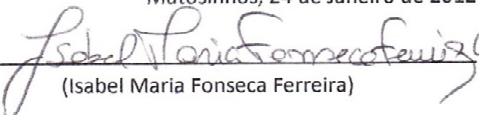
O pedido conjunto para a realização destes trabalhos prende-se com o aspecto metodológico comum a ambas as investigações, uma vez que têm a mesma área de interesse, a mesma população e amostra e em que parte substancial dos dados a recolher é coincidente a ambas as investigações. As suas finalidades são também comuns, uma vez que pretendem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, em saúde materna e obstétrica, adequadas às reais necessidades das grávidas alvo de intervenção, numa lógica promotora da vivência saudável e satisfatória da gravidez, do parto e da parentalidade.


Os objectivos principais do primeiro trabalho são a validação e adaptação cultural da *“Escala de Empowerment da Grávida”* de Yukie Kameda; conhecer a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas e o empowerment das grávidas e conhecer o nível de empowerment das grávidas que integram o estudo. Os objectivos do segundo estudo visam conhecer o grau de importância que as grávidas atribuem ao papel do enfermeiro; conhecer o modelo de cuidados de enfermagem com que as grávidas mais se identificam: o modelo Biomédico ou o modelo de Empowerment e conhecer a relação entre o nível de empowerment das grávidas e o modelo de cuidados de enfermagem que mais valorizam.

Segue anexo a este documento, o instrumento de colheita de dados que se pretende aplicar às grávidas na Instituição de Saúde que Vossa Excelência preside.

Pede deferimento,

Matosinhos, 24 de Janeiro de 2012

  
(Isabel Maria Fonseca Ferreira)

  
(Clara Maria Cardoso da Silva Aires)

Clara Aires e Isabel Ferreira, Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.  
Telefone: 916485672/916488787 E-mail: [clara.aires@ulsm.min-saude.pt](mailto:clara.aires@ulsm.min-saude.pt) e [isabel.ferreira@ulsm.min-saude.pt](mailto:isabel.ferreira@ulsm.min-saude.pt)



**ANEXO IV – Resposta de autorização para colheita de dados na ULSM**



**De:** Olívia Pestana

**Enviado:** sexta-feira, 16 de Março de 2012 9:05

**Para:** Clara Aires; Isabel Ferreira

**Assunto:** Autorização para recolha de dados

Exmas. Senhoras,

Em resposta à solicitação de v/ Exas. relativamente ao pedido de autorização para a realização dos estudos intitulados "Tradução e validação da Escala de Empowerment da grávida" e "Importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados", venho informar que o pedido foi autorizado em reunião do Conselho de Administração de 13 de Março de 2012, após parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais informo que deve ser dado conhecimento ao SEGIC da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar na Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Com os melhores cumprimentos

Olívia Pestana

Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora | Portugal

Telefone: + 351 229 391 233 | Fax: + 351 229 391 231

Extensão: 1233

E-mail: [olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt](mailto:olivia.pestana@ulsm.min-saude.pt)

Web site: <http://www.ulsm.min-saude.pt/>

---



**ANEXO V – Pedido e autorização aos autores para a  
utilização da Versão Portuguesa da Escala de  
*Empowerment* de Rogers *et al.***



**Enviada:** sexta-feira, 2 Fevereiro de 2012 17:00  
**Para:** [cbastos@esenf.pt](mailto:cbastos@esenf.pt)  
**Assunto:** Pedido de autorização Escala Empowerment

Muito boa tarde,

Somos duas alunas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEP, sob a orientação da Professora Teresa Martins e Coorientação da Prof. Maria Rui Sousa.

Ambas as dissertações acima referidas versam a temática do Empowerment:

Clara Aires – tema: Tradução e validação da escala de empowerment da grávida

Isabel Ferreira – tema: A importância atribuída pelas grávidas ao papel do enfermeiro: análise de dois modelos conceptuais de cuidados

Vimos por este meio solicitar a autorização para utilizar nas nossas colheitas de dados a Escala de Empowerment validada em “Empowerment em Adultos da Comunidade - estudo preliminar de adaptação de uma escala para a população portuguesa” de 2011 [versão portuguesa da “Empowerment Scale” de Sally Rogers (1997)].

Cumprimentos

Isabel Ferreira

Clara Aires

---

**De:** [cbastos@esenf.pt](mailto:cbastos@esenf.pt) [<mailto:cbastos@esenf.pt>]  
**Enviada:** terça-feira, 17 de Março de 2012 12:30  
**Para:** Isabel Ferreira  
**Assunto:** RE: Pedido de autorização Escala Empowerment

Boa tarde, Isabel e Clara

Relativamente à Escala de Empowerment, podem utilizar a versão por nós estudada. Desejo-vos o maior sucesso no vosso trabalho.

Atentamente,

Maria Celeste Bastos M. Almeida



## **ANEXO VI – Recodificação do QMCEG para análise estatística dos dados**

Para a análise dos dados resultantes da aplicação do QMCEG é importante ter em consideração os seguintes aspetos:

1. Frases do Modelo de *Empowerment* correspondentes às diferentes dimensões: Acesso à Informação - a1 + a9, Acesso ao Suporte - a4 + a5, Acesso a Recursos - a2 + a3, Acesso a Oportunidades para Crescer e Aprender - a8 + a12, Poder Informal - a7 + a10, Poder Formal - a11 + a6.
2. Deu-se uma pontuação crescente de 1 a 8, em que 1 correspondia à opção Muito Importante da frase da esquerda no questionário original e 8 à opção Muito Pouco Importante da frase da direita.
3. As alíneas em que a frase correspondente ao Modelo de *Empowerment* se encontra do lado direito são alíneas 2, 3, 6, 7 e 11.
4. As alíneas em que a frase correspondente ao Modelo de *Empowerment* se encontra do lado esquerdo são alíneas 1, 4, 5, 8, 9, 10 e 12.
5. Para analisar a preferência pelo comportamento/atitude do enfermeiro durante a gravidez correspondente ao Modelo de *Empowerment* ou ao MB, dentro da mesma alínea, procedeu-se a uma recodificação, ficando com 1 - preferência pelo Modelo de *Empowerment* e 2 - preferência pelo MB. Para as alíneas 1, 4, 5, 8, 9, 10 e 12 procedeu-se da seguinte forma: 1=1, 2=1, 3=1, 4=1, 5=2, 6=2, 7=2, 8=2; Para as alíneas 2, 3, 6, 7 e 11: 1=2, 2=2, 3=2, 4=2, 5=1, 6=1, 7=1, 8=1.
6. Foi criado adicionalmente o item de valor total da preferência pelos modelos, sendo que quanto mais alto o valor, maior a tendência para o MB.
7. Para analisar o grau de valorização atribuído a cada comportamento do enfermeiro durante a gravidez, procedeu-se a uma recodificação, ficando com 1 - Muito pouco importante; 2 - Pouco Importante; 3 - Bastante Importante; e 4 - Muito Importante.
8. Foi criado adicionalmente o item de grau total de valorização atribuída a cada comportamento, sendo que quanto mais alto o valor, maior grau de valorização atribuído.