



**UAb**

UNIVERSIDADE ABERTA

**A Importância atribuída pelos enfermeiros ao  
*empowerment* do doente na relação terapêutica  
enfermeiro/doente**

**Mónica Alexandra Miranda Pereira**

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em

Comunicação em Saúde,

Especialidade em Intervenção em Enfermagem

Lisboa

Maio 2010



UNIVERSIDADE ABERTA

**A Importância atribuída pelos enfermeiros ao  
*empowerment* do doente na relação terapêutica  
enfermeiro/doente**

**Mónica Alexandra Miranda Pereira**

Dissertação apresentada para obtenção do  
Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, especialidade em  
Intervenção em Enfermagem, sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

Lisboa  
Maio 2010

*Aos meus avós*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar, orientadora deste estudo, pelos seus ensinamentos, a sua presença, encorajamento e disponibilidade sempre demonstradas, bem como as suas imprescindíveis orientações que foram determinantes para a realização desta dissertação.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, na pessoa da Sra. Enfermeira Directora Ana Soares, por todo o apoio na elaboração deste estudo.

À Armandina, pela confiança, amizade e motivação, estando sempre a meu lado, nomeadamente com as sugestões pertinentes.

À Graça, pelo apoio e solidariedade, e ainda pela tarefa de auxílio de correcção, imprescindível para a conclusão deste projecto de investigação.

A todos os colegas do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Polo de Santa Marta, que facilitaram e tornaram possível a recolha de dados e a concretização deste estudo.

Um obrigado especial ao Enfermeiro Faustino, à Enfermeira Edite e à Enfermeira Pereira, pela motivação e disponibilidade demonstrada.

Ao meu amigo Raúl, pela sua generosidade e motivação, e também, não menos importante, pelo precioso auxílio nas traduções.

À minha amiga Aninhas, pela amizade e palavras de apoio... e por ter cuidado da Marianinha durante as minhas ausências...

A todos os meus amigos... eles são muitos e sabem quem são, e sabem que lhes estou profundamente grata.

Aos meus pais, pelo seu amor incondicional, pela sua dedicação, disponibilidade, e por aquilo que sempre me ensinaram, incentivando-me a fazer sempre melhor.

Ao João, meu marido, pelo amor, companheirismo, ajuda na clarificação de ideias na metodologia e na edição desta dissertação... pela sua paciência e inabalável apoio.

À Marianinha, por tudo o que ela representa, e pelos momentos que não estivemos juntas... A minha menina foi também a minha grande motivação.

Ao meu irmão, um beijinho muito especial, por tudo aquilo que ele significa para mim.

Um beijinho para a minha Sóninha... muito obrigado pelo vosso apoio.

À restante família, em especial aos meus sogros, um beijinho e o meu muito obrigado.



## RESUMO

O *empowerment* consiste num processo em que o doente adquire um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos como pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efectiva no seu projecto de saúde. Este processo pode assim ser utilizado intencionalmente pelo enfermeiro como uma ferramenta promotora da relação terapêutica.

A questão central do estudo é: “*Qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente?*”

Este estudo é do tipo exploratório, descritivo-correlacional e transversal, com as vertentes qualitativa e quantitativa, desta forma, não tem pretensão dos seus resultados serem extrapolados para o universo mas sim, de compreender as percepções dos enfermeiros relativamente à problemática do *empowerment*. A metodologia utilizada tem as vertentes qualitativa e quantitativa. Sendo que, através das entrevistas a informantes qualificados emergiram um conjunto de dimensões do conceito de empowerment. O conjunto formado por estas dimensões e as existentes no modelo de Gibson (1991) serviu de base para a construção do instrumento de colheita de dados.

A amostra é constituída por 30 participantes, enfermeiros de seis unidades clínicas de um centro hospitalar da região de Lisboa.

Através da análise de dados quantitativos e qualitativos é possível concluir que :

- As dimensões emergentes do empowerment identificadas pelos enfermeiros como importantes são: *Parceria, Disponibilidade e o Dar Informação.*
- Os enfermeiros reconhecem uma elevada importância atribuída ao empowerment na relação terapêutica com o doente, que estes resultados podem estar relacionados com o desejável socialmente e nos pressupostos da boa prática profissional

### **Palavras chave:**

Empowerment, Enfermeiros, Doentes, Relação Terapêutica, Lisboa

## **ABSTRACT**

Empowerment is a process in which the patient acquires more power and control on his life, provided by an addition of knowledge and development of skills, which allow him to take decisions and participate in his project of health. This process can be intentionally used by the nurse as a promoting tool of the therapeutic relation. The central question of the study is: "Which is the importance given by the nurses to the empowerment of the patient in the therapeutic relation nurse/patient?" The nature of this study is exploratory, descriptive co-relational and multidisciplinary, gathering qualitative and quantitative aspects, and aims to explore, describe and cross the information acquired, its intention is not to see its results overstepped worldwide but to understand the perceptions of the nurses concerning the empowerment discussion. The interviews to qualified informants surfaced a set of dimensions of the concept of empowerment. The set formed by these dimensions and the existent ones in the model of Gibson (1991) were used to construct the instrument of data gathering. The sample is made of 153 participants, nurses of five medical services from a hospital in the Lisbon district.

Through the assessment of quantitative and qualitative data it was possible to conclude that:

The nurses recognize that empowerment is very important in the therapeutic relation and that its results are directly connected with social expectations and the aims of good practice.

-The most important dimensions of empowerment identified by the nurses are: partnership, availability and giving information.

**Key Words:**

Empowerment, Nurses, Patient, Therapeutic Relation, Lisbon.

---

---

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>III</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>IV</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>2. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>- 9 -</b>
3.1. O posicionamento do doente no contexto dos Cuidados de Enfermagem ....	- 9 -
3.1.1. Evolução histórica.....	- 10 -
3.1.2. Políticas e estratégias da saúde.....	- 13 -
3.1.3. Modelos do conhecimento em Enfermagem .....	- 25 -
3.1.4. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem .....	- 27 -
3.2. O empowerment .....	- 34 -
3.2.1. O Conceito de empowerment .....	- 34 -
3.2.2. Tipos de empowerment.....	- 36 -
3.3. A relação terapêutica nos Cuidados de Enfermagem .....	- 40 -
3.4. O modelos de empowerment no contexto dos Cuidados de Enfermagem ..	- 51 -
<b>4. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>- 58 -</b>
<b>5. MÉTODO.....</b>	<b>- 59 -</b>
5.1.1. Tipo de Estudo.....	- 59 -
5.1.2. Estudo Qualitativo.....	- 60 -
5.1.2.1. Participantes .....	- 60 -
5.1.2.2. Guião de Entrevista .....	- 61 -
5.1.2.3. Análise de Conteúdo .....	- 61 -
5.2. Estudo Quantitativo.....	- 66 -
5.2.1. Participantes .....	- 66 -
5.2.2. Variáveis .....	- 67 -
5.2.3. Instrumento de Colheita de Dados .....	- 67 -
5.2.3.1. Validade .....	- 69 -
5.2.4. Análise Descritiva .....	- 70 -

---

5.2.5. Análise Factorial.....	- 70 -
5.2.6. Análise Inferencial .....	- 74 -
5.3. Limitações do Estudo.....	- 81 -
<b>6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....</b>	<b>- 83 -</b>
<b>BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA .....</b>	<b>- 87 -</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>- 98 -</b>
<b>ANEXO I- Pedido de autorização ao Conselho de Administração ...</b>	<b>- 99 -</b>
<b>ANEXO II- Guião de entrevista.....</b>	<b>- 101 -</b>
<b>ANEXO III- Instrumento de colheita de dados .....</b>	<b>- 103 -</b>
<b>ANEXO IV- Análise de conteúdo - Indicadores.....</b>	<b>- 108 -</b>
<b>ANEXO V- Análise Descritiva da variável <i>Importância</i> .....</b>	<b>- 110 -</b>
<b>ANEXO VI- Análise Descritiva da variável <i>Frequência</i> .....</b>	<b>- 112 -</b>
<b>ANEXO VII-Análise Factorial da variável <i>Importância</i> .....</b>	<b>- 114 -</b>
<b>ANEXO VII-Análise factorial da variável <i>Frequência</i>.....</b>	<b>- 116 -</b>

---

---

**ÍNDICE DE QUADROS**

	Pág.
Quadro 1- Termos Descritos e atitudes utilizadas para descrever o empowerment do doente .....	52
Quadro 2- Modelo de Empowerment para a Enfermagem de Gibson .....	52
Quadro 3- Análise de Conteúdo das entrevistas .....	64
Quadro 4- Análise de Conteúdo- Unidades de Enumeração .....	65
Quadro 5- Relação entre as dimensões e s Proposições .....	67
Quadro 6- Factores da variável <i>Importância</i> .....	72
Quadro 7- Factores da variável <i>Frequência</i> .....	73

---

---

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>Tabela nº 1-</b> Correlação $r$ de Pearson entre as variáveis MEDIAIMP e MEDIAFREQ.	76
<b>Tabela nº 2 -</b> Coefficiente de Correlação Linear de Pearson das Variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf.....	77
<b>Tabela nº3 -</b> Valores médios das variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf segundo o género e <i>Teste- t de student</i> .....	78
<b>Tabela nº 4-</b> Valores médios das variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf segundo a idade – <i>Teste - t de student</i> .....	79
<b>Tabela nº 5 -</b> Valores médios das variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf segundo os anos de Experiência Profissional - <i>Teste t Student</i> .....	79
<b>Tabela nº6-</b> Coeficiente de Regressão entre as variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf a Idade e o Tempo de Experiência Profissional .....	80
<b>Tabela nº7-</b> Valores médios das IMPParc, IMPDisp e IMPInf variáveis segundo a Categoria Profissional – <i>Teste t Student</i> .....	81

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, define como primordial objectivo, minimizar as desigualdades perante a saúde, para que todos tivessem acesso aos recursos económicos e sociais que lhes permitisse preservar o seu potencial de saúde, de modo a proporcionar, até 2000, um nível de saúde que lhes possibilitasse a adopção de uma vida economicamente produtiva.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, define a saúde como objectivo social fulcral, realçando o envolvimento do cidadão e os direitos e deveres que estes têm de participar colectiva e individualmente no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde e a necessidade de capacitação para a tomada de decisão relativamente às escolhas saudáveis do seu projecto de saúde.

Na Declaração de Jacarta, em 1997, é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde.

Assim é preconizado que as reformas devem promover a tomada de decisão entre o doente e o prestador de cuidados num contexto de continuidade do cuidar, tendo em conta determinado contexto cultural, sendo ainda referida a necessidade do *empowerment* do cidadão (WHO, 1998).

O *empowerment* pode ser considerado um processo, que para o doente é promotor de maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado por um ganho de conhecimentos e cumulativamente pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efectiva no seu projecto de saúde.

No contexto actual da organização dos cuidados os doentes são, por vezes, considerados como um objecto passivo dos cuidados, e os profissionais de saúde tendem a adquirir um posicionamento de total orientação e responsabilidade de todo o processo de cuidados, não permitindo ao doente a partilha e o envolvimento nas tomadas de decisão. No sentido de minimizar este diferencial de poder, entre o doente/família e os técnicos de saúde torna-se essencial encontrar estratégias de parceria. Estas estratégias permitem

a aquisição de conhecimentos e competências no doente/família, promovendo o poder e a tomada de decisão necessária a uma efectiva continuidade de cuidados. De salientar, tal como refere Carapinheiro (1993) o hospital é uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, com uma forte representação do poder social da profissão médica e também a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Esta autora explica ainda que existe uma evidente hierarquização dos saberes, do saber central dos médicos, ao saber periférico dos enfermeiros e ao saber profano dos doentes. Estudos como o de Gândara (1994) e Hewison (1995) demonstraram domínio dos profissionais nas relações interpessoais com os doentes. Hewison (1995) salientou ainda que estas interações eram superficiais e rotineiras mas os enfermeiros mantinham um excessivo e desigual controlo nas mesmas, o que constituía um obstáculo na comunicação entre estes e os doentes.

O doente encontra-se num binómio que acentua ainda mais esta posição de desvantagem e de inferioridade, uma vez que por um lado está em submissão em relação à organização prestadora dos cuidados e por outro está a vivenciar juntamente com a família, uma situação de doença.

Ao nível dos cuidados de Enfermagem, o *empowerment* conduz o doente à partilha de poder, à sua autodeterminação e ao assumir da responsabilidade pelas suas tomadas de decisão, tornando-o capaz de controlar a sua doença, à medida que possui um maior conhecimento sobre a mesma.

A área relacional enquanto intervenção terapêutica para os enfermeiros, apresenta um grande potencial de desenvolvimento, no sentido da necessária profissionalização e identificação dos reais ganhos para a saúde dos doentes e suas famílias. Actualmente acredita-se ser essencial dar uma maior visibilidade, à intervenção relacional da enfermagem considerando-a como elemento terapêutico, quer no contexto interno da profissão, quer num contexto externo, no âmbito da equipa multidisciplinar.

Os factores motivacionais para a realização deste trabalho apoiam-se no confronto diário, enquanto técnica de saúde, com este contexto de desnivelamento de poder, e ainda com o facto de existir um número reduzido de estudos relativos, na forma como o

*empowerment*, como constructo multidimensional, possa ser operacionalizado enquanto instrumento terapêutico do cuidado de Enfermagem ao nível da relação enfermeiro-doente, procurando a clarificação relativamente à forma como este processo pode ser colocado em prática, quais as dimensões envolvidas e quais as suas reais mais-valias.

No contexto vivenciado da prática dos cuidados de Enfermagem, é ainda notória a prevalência dos factores organizacionais relativos à forma como a prática dos cuidados de Enfermagem normativamente se desenvolve, em detrimento dos factores individuais e únicos de cada doente/família. Sendo que estes factores deveriam ocupar um papel central, servindo de estrutura basilar de todo o processo de intencionalidade terapêutica no planeamento dos cuidados de Enfermagem.

Este estudo encontra-se organizado, essencialmente, em seis partes. A primeira é relativa à introdução, a segunda à problemática em estudo, a terceira destina-se à revisão de literatura, na quarta encontram-se os objectivos geral e específicos, na quinta o método e por fim a análise dos resultados e as conclusões.

A problemática em estudo diz respeito à relevância e justificação deste trabalho de investigação, relativamente à importância do *empowerment* enquanto ferramenta da intervenção terapêutica em enfermagem.

Na revisão de literatura descrevemos os pressupostos teóricos, analisando o posicionamento do doente no contexto dos cuidados e as teorias que explicitam a utilização do *empowerment* nesse mesmo contexto.

Seguidamente identificamos a questão central do estudo e os objectivos que pretendemos responder.

No método desenvolvemos todas as estratégias metodológicas utilizadas, a qualitativa e quantitativa, evidenciando de que forma a metodologia qualitativa serviu para a construção do instrumento de colheita de dados. Sendo que, o processo de resposta ao objectivos específicos e respectiva validação resultou da confrontação entre os dados quantitativos e os qualitativos.

Na quinta parte, analisamos os resultados, no âmbito da resposta à questão central, assim como na identificação das dimensões emergentes e ainda na análise da relação do *empowerment* com as variáveis atributo.

Por fim, as conclusões, em confronto com os pressupostos teóricos e perspectivas futuras de novas áreas a investigar.

## 2. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Ao nível internacional são vários os estudos de investigação que indicam que a problemática do *empowerment*, no contexto da Saúde tem sido alvo de atenção por parte da comunidade científica. Estes sugerem um conjunto de mais-valias, quer ao nível da melhoria na qualidade de vida do doente e da sua capacidade de tomada de decisão, como na redução da dependência dos profissionais de Saúde, através da utilização deste constructo para o desenvolvimento de uma cultura participativa na área da Saúde, (WHO, 2006; Neuhauser, 2003; Howorka, 2000).

No nosso país, o *empowerment* do cidadão parece encontrar-se ainda numa fase inicial do seu desenvolvimento.

Craveiro (2000) refere que o *empowerment* é ainda incipiente no Sistema de Saúde, dado o seu desenvolvimento estar dependente do reconhecimento do seu papel por parte dos vários parceiros. Por sua vez, Mesquita (2003) defende o associativismo civil como estratégia de *empowerment* do cidadão no Sistema de Saúde, a nível colectivo e individual, num contexto de patologia crónica, identificando necessidades de formação dos profissionais, sobretudo na área da comunicação com os cidadãos, no sentido de se capacitarem no desenvolvimento de estratégias de *empowerment*. Esta abordagem exige uma mudança, por um lado, na cultura dos Sistemas de Saúde, e por outro, nas atitudes dos profissionais, principalmente em relação à partilha de poder e ao reconhecimento das capacidades dos doentes (Mesquita, 2003).

No quotidiano dos Serviços de Saúde, o *empowerment* constitui-se como uma filosofia ainda com pouca visibilidade. Entre outros, os mecanismos burocráticos e as rotinas institucionalizadas dificultam o desenvolvimento do *empowerment* do cidadão em Saúde. Os Sistemas de Saúde foram construídos numa base marcadamente biomédica, que influenciou a formação e visão dos profissionais de saúde que se encontram inseridos num contexto sociocultural, ao qual, quer disso tenham ou não consciência, sempre aderiram, ou então, sempre estiveram subordinados. Esta adesão ou subordinação reflecte-se na postura que adoptam no desempenho da sua actividade

profissional, em especial, na relação que estabelecem com o utente.

Conceptualmente, todos os profissionais consideram o *empowerment* como uma ferramenta fundamental, porém, parecem não a adoptar na sua prática do quotidiano. A adopção do modelo biomédico aparenta ser algo inconsciente, estando enraizado na cultura dos profissionais de Saúde (Anderson e Funnell, 2005).

Em contexto hospitalar, é possível considerarmos que a dimensão terapêutica do *empowerment*, ao nível das intervenções de enfermagem, tem o seu enfoque na complexidade da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente. Ganha uma nova intencionalidade, apresentando como objectivos, a promoção do auto-cuidado, da auto-estima, da autodeterminação e da adaptação.

Os enfermeiros ao subscreverem o modelo de *empowerment* para os seus cuidados, tendem a considerar os doentes como parceiros equitativos na equipa de saúde, com um papel de apoiar e reforçar o funcionamento individual, familiar e comunitário. O enfermeiro surge como um elemento facilitador no acesso aos diversos recursos e serviços (American Nurses`s Foundation 1989, Labonte 1989).

Em vez de imporem os seus conhecimentos aos doentes, os enfermeiros deverão utilizá-los como ferramenta de *empowerment* em contexto de parceria (Hess, 1984, Katz, 1984).

Os profissionais de saúde necessitam de deixar o seu *poder* e ajudar os doentes a obter o seu próprio *poder*. Ao nível do conhecimento, o poder é obtido pela partilha colectiva de experiências e pela compreensão da influência social na vida das pessoas. Consequentemente, o processo de *empowerment* envolve uma transformação de consciência, tanto no enfermeiro como no doente, tornando a relação mais permeável e coerente (Wallerstein & Bernstein, 1988).

Neste sentido, os enfermeiros necessitam ainda de desenvolver atributos como a coragem, comprometimento, a compreensão, a flexibilidade, a tolerância, a cooperação e a empatia (Katz, 1984, Pinderhughes, 1983, Wattz, 1990).

Esta conceptualização da relação terapêutica traduz-se num novo paradigma de transferência de poder do enfermeiro para o doente. O *empowerment* pode assim ser utilizado intencionalmente pelo enfermeiro como uma ferramenta catalisadora da

relação terapêutica, uma vez que através da parceria, da empatia e do compromisso, o doente adquire poder, autodeterminação e capacidade de utilizar os seus próprios recursos. Este processo permite-lhe por um lado o desenvolvimento de novas competências e por outro tornando-o capaz de aceitar a sua doença, possibilitando a aquisição de um novo sentido para a vida.

Neste sentido, o *empowerment* do doente torna-se crucial para diminuir este desnivelamento de poder e de participação. O *empowerment* ao ser um veículo mobilizador das capacidades do doente permite a satisfação das reais necessidades do doente, através do controlo efectivo da sua vida.

Na realidade, parece-nos essencial analisar a percepção dos enfermeiros na importância atribuída à utilização do *empowerment* nas intervenções terapêuticas. Mas também, como forma de facilitar a operacionalização na prática diária dos cuidados, identificando as dimensões envolvidas, que emergiram do estudo.

*Assim, a relevância deste estudo prende-se com estes dois aspectos:*

- *Contribuir para o aumento da produção científica na área do empowerment aplicado aos cuidados de enfermagem;*
- *Evidenciar a importância do empowerment enquanto instrumento de intencionalidade terapêutica da relação enfermeiro/doente.*

## **Questões e Objectivos Iniciais de Investigação**

A questão central deste trabalho de investigação é:

***Qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente?***

Os objectivos que se pretendem alcançar, com a realização desta investigação, são os seguintes:

- Analisar a importância que os enfermeiros, no estabelecimento da relação terapêutica, atribuem ao *empowerment*;
- Identificar quais as dimensões que os enfermeiros utilizam na relação terapêutica com o doente, com o objectivo de lhe conferir *empowerment*.

### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Enquadramento Teórico pretende constituir-se como uma estrutura essencial para a clarificação conceptual e para o necessário confronto com os resultados do estudo. Surge como um “quadro de referência, representando as bases teóricas ou conceptuais da investigação, as quais permitem ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou predizer relações entre eles” (Fortin, 2003;p.89).

Esta parte do desenvolvimento do estudo é constituída por quatro linhas estruturantes, a partir das quais se apresentam os conteúdos, que estão centrados na análise do posicionamento do doente no contexto dos cuidados, no conceito de *empowerment*, no conceito de relação terapêutica em Enfermagem e os respectivos modelos de *empowerment* aplicados ao contexto dos cuidados de Enfermagem .

#### 3.1. O posicionamento do doente no contexto dos Cuidados de Enfermagem

A análise do posicionamento do doente no contexto dos cuidados parece-nos determinante para a compreensão da evolução dos modelos conceptuais do conhecimento de Enfermagem, em virtude da natural alteração do papel do próprio doente, ao longo do tempo.

Estas múltiplas modificações devem-se a diversos factores de ordem sociocultural, política e científica. Assim, esta abordagem inicia-se com uma perspectiva histórica, mas seguidamente analisa-se, ao nível mais abrangente, a influência das Políticas de Saúde no papel assumido pelo doente e termina com a exigida reflexão nos modelos de conhecimento de enfermagem e nos mais contemporâneos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

A reflexão, relativa à utilização do *empowerment* como ferramenta no processo de intervenção terapêutica dos enfermeiros, ou seja ao nível micro-sistémico, terá que ser complementada com a reflexão macro-sistémica, da utilização da mesma ferramenta no contexto das Políticas de Saúde, sob pena de não conseguirmos analisar este conceito na sua complexidade e definir as possíveis estratégias de implementação do mesmo.

### *3.1.1. Evolução histórica*

O posicionamento do doente no contexto dos cuidados de saúde tem sido dinâmico, em consonância com a natural evolução dos conceitos de saúde, doença e cuidados de Enfermagem.

No Egipto (A.C.) a doença era conotada com eventos mágicos e religiosos, sendo que a sua causa estava relacionada com os actos de penalização pelos eventuais pecados cometidos. Hipócrates (460-370 A.C.) rompe com esta visão misticista da doença, defendendo uma Medicina mais humanizada, em que os processos terapêuticos se baseiam na observação objectiva e no raciocínio dedutivo (Reis, 1998). Através do seu juramento, já na antiguidade, compromete os médicos a salvar incondicionalmente a vida humana e a manter o sigilo. Surge assim, uma ténue preocupação pelo respeito ao sigilo como direito elementar da pessoa. No entanto, se por um lado Hipócrates valorizou a boa relação médico-doente, promovendo uma medicina humanizada, por outro, reconhece que o médico deve cuidar do doente, em defesa da sua vida, mesmo que contra a vontade do mesmo. Este defende ainda, que os médicos devem ocultar aos seus doentes tudo sobre a sua doença de forma a evitar que o seu desespero se possa repercutir na sua recuperação (Barcia, 1988).

Quanto aos cuidados de enfermagem, estavam relacionados com as necessidades explícitas do indivíduo e da comunidade, nomeadamente de alimentação, higiene e de manutenção da casa. Este paradigma em que o cuidar significava proteger, permitia o estabelecimento de uma relação maternal entre o cuidador e o doente. Tal como considera Collière (1989) o cuidar como a mais velha prática da história do mundo. Sendo que nas antigas sociedades, cabia às mulheres a dedicação ao cuidado dos outros. Esta realidade manteve-se durante toda a Idade Média, reforçada pela primazia do Cristianismo, manifestando-se numa relação de protecção com o doente e com a sua relação com o médico. Ainda nesta época, surgem as primeiras estruturas de apoio aos necessitados, doentes e outros, constituídas exclusivamente por mulheres que se designam por mulheres consagradas e que faziam uma profissão de fé (Collière 1989; Honoré 2002). Estas mulheres que prestavam cuidados, obedeciam ao clero e aos

médicos, estes últimos responsáveis pela sua preparação técnica. A sua prática de cuidados destinava-se aos pobres e indigentes, numa atitude de caridade. Assim, surge o cruzamento entre a vocação religiosa e a de cuidados, que marcou desde sempre, a relação das práticas de Enfermagem com a religião cristã.

Mas este pensamento sofreu uma viragem no séc. XVI, com Versalius (1553) fundador da ciência anatómica moderna e com Morgani (1682- 1771) pai da anatomia patológica, uma vez que estes desvalorizaram a importância das entidades místicas, considerando uma nova concepção da doença centrada nas estruturas específicas do interior do corpo. Com a invenção do estetoscópio por Lanec (1781-1826) ocorreu uma nova revolução com o surgir do critério objectivo do diagnóstico em detrimento da história do doente, o que favoreceu o distanciamento entre o médico e o doente (Reis, 1998).

Este autor refere ainda que “não é estranha a esta evolução e a esta centralização fisiológica e anatómica da medicina o facto da psicologia apenas se ter constituído como ciência no século. XIX” (Reis 1998, p.145). Assim, ainda no século XVII, a Medicina passou a valorizar a dimensão biológica ou física do ser humano. Neste sentido, surge a biomedicina, apoiada pela visão racionalista de Descartes (1596-1650) que fez do corpo um objecto da Biologia e o espírito um objecto da Filosofia. A saúde e a doença são traduzidas a uma vertente essencialmente biológica.

O resultado destes desenvolvimentos científicos, dos quais emergiu uma maior complexidade da própria prática médica, iniciou uma alteração do conceito do hospital. Este deixou de ser um local de refúgio, para passar a ser um local de tratamento e cura, onde os médicos promovem o desenvolvimento da ciência e ensaiam novos tratamentos. Aqui surge a enfermeira como colaboradora subserviente em virtude do poder formal do médico, o que permite que a prática dos cuidados se centra na prática médica.

No entanto, o modelo biomédico passa a ser rodeado de um enorme ceticismo, sendo que privilegia a doença e relega para segundo plano as vertentes psicológica e social da pessoa. Tendencialmente, este modelo retira o poder e a autonomia à pessoa, reduzindo-a a um papel passivo e sem poder para decidir sobre a sua própria vida.

Florence Nightingale (1946) deu início a um enorme desafio, tendo sido a primeira a valorizar o conhecimento da Enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à prevenção da doença. Aborda a pessoa tendo em conta as suas vertentes biopsicossociais e a influência que esta sofre do ambiente que a rodeia. Desta forma é considerada a percussora do cuidar de uma forma holística.

Segundo Honoré (2002) a Enfermagem iniciou nos anos sessenta, um processo de procura da sua identidade profissional, reforçado pelo aparecimento das escolas de Enfermagem com quadros superiores e mais tarde o surgimento do Conselho Internacional de Enfermeiros. Mas apesar desta tentativa de independência científica, a mesma autora reconhece que existe ainda um elevado peso do modelo biomédico, com uma valorização dos cuidados técnicos em detrimento dos cuidados relacionais.

Colliére (1989) refere que os cuidados aos doentes gradualmente foram-se centrando na cura e afastaram-se da manutenção da vida, sendo que alguns enfermeiros estabelecem relações interpessoais com os seus doentes, mas estas são pontuais e consideradas esforços individuais.

Numa tentativa de construção do seu próprio corpo de conhecimento e de afastamento com o modelo biomédico, surgiram inúmeros modelos de Enfermagem (Ribeiro 1995). Assim, durante estes últimos 20 anos, também fruto dos diversos estudos científicos, sociais e humanos, tem surgido um maior apelo para que o processo de Enfermagem tenha também o seu enfoque na promoção da tomada de decisão livre e participativa, do doente e sua família.

Numa perspectiva teórica, a individualização dos cuidados surge como um pilar essencial do Cuidado de Enfermagem, mas em alguns cenários da prática este surge ainda com alguma nebulosidade, uma vez que nem sempre constituem um valor que oriente o planeamento dos cuidados. Num estudo de Rebelo (1996), a autora defende que a imagem do enfermeiro como auxiliar do médico é ainda muito presente, assim como o ideal da cura e a vertente tecnicista destes profissionais. Foi ainda possível concluir que os enfermeiros se confrontam com a dualidade na representação do seu

papel: por um lado o quadro de valores da profissão, centrado no cuidar do doente e por outro, muitas vezes dominante, o seu papel como colaboradores do médico.

### **3.1.2. Políticas e estratégias da saúde**

Para Sakellarides (2004) as Políticas de Saúde podem ser consideradas um conjunto de decisões que visam a concretização de objectivos concretos para a melhoria da saúde. E neste sentido, são consideradas um instrumento de acção para alcançar um resultado ou mudança, pois melhoram o desempenho dos Sistemas de Saúde.

Nas últimas três décadas o sistema de saúde português foi alvo de várias alterações, destas temos que salientar duas, em 1979 a implementação do Serviço Nacional de Saúde e em 1990, a aprovação da Lei de Bases da Saúde. Com a implementação desta lei surgem três períodos, um primeiro período que se centrou na necessária divisão entre o sector privado e público, um segundo relativo à estruturação de um seguro de saúde alternativo e um terceiro focalizado no incremento do financiamento privado no sistema de saúde e na gestão privada das unidades públicas de saúde. (OPSS, 2001, p.159).

A partir da década de 90, surgem também na Europa novos paradigmas nas políticas sociais, reconhecendo-se a necessidade de se prestar mais atenção às pessoas do que às organizações. As reformas passaram a ser mais liberalizantes, nomeadamente através da separação entre o financiador e o prestador e a da obtenção de melhores resultados com modelos de contratualização e organização da própria prestação. (OPSS, 2001, p.159).

As múltiplas alterações nos contextos sociais, económicos, políticos e tecnológicos conduziram inevitavelmente para a evolução das Políticas e Sistemas de Saúde Europeus.

Nos últimos 30 anos, na **era das Políticas de Saúde** surgiram várias políticas emanadas da OMS: a de Alma-Ata, em 1978, com a noção de Cuidados de Saúde Primários e envolvimento dos cidadãos na construção da sua saúde. Em 1986, a Carta de Otava, referia-se à necessidade de capacitar os cidadãos para escolhas saudáveis; da Conferência de Adelaide, em 1988, resultou a necessidade de reforma dos Sistemas de

Saúde; a Carta da Liubliana, em 1996, refere que a partilha de decisão entre cidadãos e prestadores de cuidados de saúde é essencial para a reforma dos Sistemas de Saúde; a conferência do México trouxe uma necessidade de realmente aplicar às Políticas a reforma dos Sistemas de Saúde. Em Agosto de 2005, em Bangucoque, na Tailândia, foram seguidas as directrizes anteriores referindo, no entanto, que desde a Carta de Otava até ao presente, o contexto social, económico e de saúde tem-se modificado pelo que se torna prioritária a adopção de uma política que defenda o direito à saúde dos mais desfavorecidos, procurando combater as desigualdades sociais.

Mas a **era da Governação** exige novos desafios a todos os intervenientes do sistema de saúde e é imperativa a necessidade de gerir os processos colectivos e as escolhas individuais, ou seja, entre o *empowerment* do doente e as escolhas informadas (Sakellarides, 2004;p.6).

O *empowerment* do cidadão e a cidadania são elementos fundamentais na nova era da Governação. De acordo com Saltman (1994), o instrumento que poderá assegurar o *empowerment* dos cidadãos, nos Sistemas de Saúde, será uma agência de contratualização orientada para os cidadãos, que protege os indivíduos do poder do Estado e acabe com o seu modelo de decisão burocrático. Todavia para Craveiro (2000, p.23) “o primeiro passo para devolver o poder aos cidadãos será influenciar a sua vontade e capacidade de participação”. Saltman (1994) refere ainda uma série de factores que influenciam a vontade de participar no Sistema de Saúde: as estruturas e serviços, as dimensões sociais e psicológicas e demográficas dos cidadãos. Estes factores condicionam a capacidade de participação dos cidadãos na medida em que determinam as respostas que os diferentes tipos de cidadãos apresentam perante as oportunidades, bem como a sua capacidade de influência. Na Europa, o *empowerment*, os cuidados centrados no doente e a sua capacidade de decisão são considerados elementos fundamentais na reforma dos Sistemas de Saúde (Chinitiz, 2005).

A introdução de mecanismos de escolha no Sistema de Saúde é uma reforma muito complexa. Este tipo de transformação exige uma análise da realidade, nomeadamente

relativa a alguns aspectos centrais desta problemática tais como: a assimetria de informação entre os utilizadores e prestadores de cuidados, as diferentes atitudes dos doentes em relação às escolhas em saúde e as consequências futuras da capacidade de escolha do cidadão (Fotaki, 2005).

Em 2001, o Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde no relatório «Ganhos em Saúde em Portugal 2002» realizou uma avaliação do estado de saúde dos Portugueses. No contexto deste relatório e do documento «Saúde, um compromisso» surgiu o Plano Nacional de Saúde.

O Planeamento em Saúde ao trazer consigo a concretização da política de Saúde foi considerado um instrumento de acção que assumiu para a década de 2001-2010:

- O *empowerment* do cidadão;
- A **responsabilidade dos agentes de saúde** perante os programas e estratégias definidos para o sector, dado que a importância das metas propostas tinham objectivos quantificados e eram específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e temporalmente limitadas.

Desta forma, desperta-se para a centralidade do cidadão na reforma dos Sistemas de Saúde, no entanto, para poder participar, o cidadão tem que estar informado sobre a sua situação de saúde, pois só assim conseguirá fazer escolhas.

A evolução dos Sistemas de Saúde e do Sistema de Saúde Português permitiu-nos compreender a influência que os vários factores externos e internos exerceram sobre a realidade actual na Saúde. Sobretudo, perceber que a ausência da participação dos cidadãos nas decisões políticas tem sido uma das características marcantes do nosso Sistemas de Saúde.

Porém, em plena era da Governação, como a nossa, parece-nos que a aplicabilidade de uma política de Saúde que visa introduzir mudanças só faz sentido, se se considerar a participação do cidadão.

O Serviço Nacional de Saúde existe para servir o cidadão com o objectivo de melhorar a sua saúde, mas para operacionalizar o seu *empowerment* no processo de uma reforma de saúde, em Portugal, terá que se lhe dar significativamente mais poder, pois a «*questão central não se resume à obtenção de poder, de direitos e sua defesa, mas ao exercício positivo desse poder na construção de uma cidadania participativa (...) criando condições que permitam essa participação activa do cidadão no sistema*» (OPSS, 2002: 20).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) refere ainda que existem determinadas áreas em que a relação entre o sistema e o cidadão têm que mudar, tendo em vista o *empowerment* do cidadão:

- *Direito à informação,*
- *Direito à escolha,*
- *Acesso aos Cuidados de Saúde,*
- *Reclamação sem penalização,*
- *Participação democrática,*
- *Representação.*

Assim, será fundamental a informação sobre a realização dos objectivos do Sistema de Saúde, acesso e qualidade de Cuidados de Saúde de que necessita, capacidade de escolha e reclamação sem penalização, participação e representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos colectivos e satisfação dos resultados (OPSS, 2002).

No que diz respeito à informação para o doente, consideramos que o primeiro nível e mais importante, no processo *empowerment*, começa com a **informação genérica** sobre promoção de saúde, dando espaço à intervenção do cidadão e responsabilizando-o pela mesma. Assim, dessa informação fazem parte, segundo a OCDE, citado pelo OPSS (2001): informação das doenças mais vulgares, referindo os sinais de alerta e de risco, medicamentos e farmácias, hábitos de vida saudáveis, plano de vacinação – procurando desenvolver no cidadão uma atitude mais proactiva, menos reactiva. Esta informação deve ser usada no *empowerment* individual, através das reclamações, gabinete do

doente, ou mesmo exigindo saber qual a sua posição nas listas de espera, efectivando assim, a sua **participação**.

A construção do processo de *empowerment* do doente cidadão no Sistema de Saúde deverá ser iniciado a partir da relação dos doentes com os profissionais de saúde, porque são estes que estão mais próximos das comunidades exercendo o seu papel de educadores. Fazendo uma analogia com o que nos diz Friedman (1996), o processo de *empowerment* inicia-se com a mobilização da sociedade civil a partir das bases, entendidas como a informação, o conhecimento e técnicas, a participação em organizações sociais e os recursos financeiros. A base dos Sistemas de Saúde reside na relação que o doente estabelece com o sistema, numa determinada comunidade, desempenhando os profissionais de saúde um papel determinante na divulgação da informação genérica, entendendo-a como uma estratégia de *empowerment*. Porém, o défice de cidadania em Saúde é um facto em Portugal, estando este relacionado com os antecedentes históricos de uma ditadura de mais de 40 anos e uma democracia relativamente jovem, pouco mais de 30 anos. De acordo com o OPSS (2003), Portugal apresenta o mais baixo nível educativo e tecnológico da União Europeia, em idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, sendo o país como o menor número de pessoas com um nível de estudos superiores. Como referimos anteriormente, não basta informar o cidadão, fundamental é avaliar a capacidade das pessoas de interiorizarem na sua prática a informação que lhes é fornecida. Esta realidade exige aos profissionais de Saúde a adopção de estratégias de ajuda individualizadas. Por outro lado, para implementar uma estratégia de *empowerment* é necessário que haja “um Estado ágil e dialogante, que presta contas aos cidadãos. Um Estado que assenta no forte apoio de uma democracia participada, em que os poderes para gerir problemas são bem trabalhados localmente, são entregues a unidades de governação local e ao próprio povo, organizados em comunidade” (Friedmann, 1996;p.37).

O processo de *empowerment* do cidadão no Sistema é mediado por factores como sejam: o controlo do Estado, através do próprio Serviço Nacional de Saúde e o poder dos profissionais.

No sentido de colocar a pessoa como actor principal no seu projecto de saúde, com um papel activo no quadro da tomada de decisão relativamente à sua vida, a Lei de Bases da

Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) faz referência ao estatuto do doente, definindo os seus direitos e deveres. Estes são os princípios orientadores que servem de base à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes:

## **DIREITOS DOS DOENTES**

### **1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana**

Este é um direito humano fundamental, que adquire particular evidência em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados, relativamente quer aos aspectos técnicos, quer aos actos de acolhimento, orientação e encaminhamento dos doentes.

### **2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas**

Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm, assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação. O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado.

### **3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais**

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e seu restabelecimento, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais. Em nenhuma circunstância os doentes podem ser objecto de discriminação.

### **4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados**

Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento.

O doente e seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade da sua prestação fica garantida. Ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários.

### **5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados**

Ao cidadão tem que ser fornecida informação acerca dos serviços de saúde locais, regionais e nacionais existentes, suas competências e níveis de cuidados, regras de organização e funcionamento, de modo a otimizar e a tornar mais cómoda a sua utilização.

### **6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde**

Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.

### **7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde**

Este direito, que se traduz na obtenção de parecer de um outro médico, permite ao doente complementar a informação sobre o seu estado de saúde, dando-lhe a possibilidade de decidir, de forma mais esclarecida, acerca do tratamento a prosseguir.

#### **8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico**

O consentimento do doente é imprescindível para a realização de qualquer acto médico, após ter sido correctamente informado. O doente pode, exceptuando alguns casos particulares, decidir, de forma livre e esclarecida, se aceita ou recusa um tratamento ou uma intervenção, bem como alterar a sua decisão. Pretende-se, assim, assegurar e estimular o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os doentes têm de decidir sobre si próprios.

O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do doente.

#### **9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam**

Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente, situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal, são confidenciais. Contudo, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou se a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas.

Este direito implica a obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade nos serviços de saúde.

#### **10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico**

A informação clínica e os elementos identificativos de um doente estão contidos no seu processo clínico. O doente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo, devendo essa informação ser fornecida de forma precisa e esclarecedora.

A omissão de alguns desses dados apenas é justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o doente ou se contiverem informação sobre terceiras pessoas.

#### **11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico**

A prestação de cuidados de saúde efectua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade, o que significa que qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de outros elementos.

#### **12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações**

O doente, por si, por quem legitimamente o substitua ou por organizações representativas, pode avaliar a qualidade dos cuidados prestados e apresentar sugestões ou reclamações.

### **DEVERES DOS DOENTES**

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve procurar garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.

5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Através da análise da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, salientamos o facto de estar expresso na lei numa forma transversal neste documento, o direito que o doente tem a uma tomada de decisão livre, mas sustentada com informação adequada ao seu nível de entendimento, para que possa esclarecidamente e sem estar pressionado decidir relativamente à sua vida.

Relativamente à questão do direito do doente a um consentimento informado, esta sugere a relação com a importância de lhe ser transmitida toda a informação necessária sobre a sua situação de doença, para que ele possa de forma informada e esclarecida autorizar o procedimento que vai ser sujeito, qualquer que seja a sua natureza. Quer este seja de diagnóstico, terapêutico ou de investigação, o doente deve estar informado dos objectivos, riscos e mais-valia em realizá-lo, no âmbito da sua situação clínica.

Em 2001 a Assembleia da República deliberou relativamente ao consentimento informado no capítulo II do art. 5º que “ Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestada pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento”.

Assim é salientada a importância da forma como a informação é fornecida ao doente, de acordo com a sua capacidade de compreensão, no sentido de ser estabelecido com ele uma comunicação válida.

O doseamento da informação a fornecer ao doente depende de uma multiplicidade de factores intrínsecos ao próprio, à sua família e à própria situação clínica. Em 2002, Cyrulnik salientou o facto que para o processo de transmissão da informação ao doente é fundamental a identificação do seu contexto.

Durá (1997) refere que o princípio do consentimento informado encerra três aspectos principais: a voluntariedade, a competência e a informação. Desta forma, podemos concluir que este princípio reitera que na tomada de decisão o doente não deverá ser pressionado, no entanto a capacidade de decidir pode ser condicionada, quando estiver em causa determinado nível de incompetência no poder de decidir. Relativamente à informação considera-a a base estruturante do consentimento.

No que diz respeito à prática de Enfermagem, o Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem (1996), no art. 12º, define que o enfermeiro tem o dever ético de proporcionar ao doente a informação possível relativamente aos cuidados de enfermagem que a ele digam respeito, para que o seu consentimento seja esclarecido. Ainda no Código Deontológico do Enfermeiro – Dec.-Lei nº104/98 de 21 de Abril salienta-se os seguintes artigos:

- Artigo 78º- Princípios Gerais:
- 
- 1. As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro
- 2. São valores universais a observar na relação profissional:
  - a) A igualdade;
  - b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
  - c) A verdade e a justiça;
  - d) O altruísmo e a solidariedade;
  - e) A competência e o aperfeiçoamento profissional;
- 3. São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:
  - a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;

- b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os doentes;
  - c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.
- Artigo 84º-Do dever de informação

No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

- Artigo 85º-Do dever de sigilo
- 

O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão assume o dever de:

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qual quer que seja a fonte.
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

Através da análise destes três artigos verifica-se que a prática de enfermagem deve ser imbuída da defesa pela dignidade pela pessoa humana, nomeadamente na sua liberdade

de decidir sobre a sua vida, com base em informação adequada relativamente à sua situação clínica.

Esta análise do posicionamento do doente e família no desenvolvimento de estratégias de *empowerment* no contexto da Políticas e Sistemas, torna-se crucial para melhor compreendermos ao nível *micro*, a utilização destas estratégias como ferramentas da relação terapêutica em Enfermagem.

### **3.1.3. Modelos do conhecimento em Enfermagem**

Ao iniciarmos a análise dos modelos de conhecimento em Enfermagem torna-se inevitável abordarmos Florence Nightingale e a sua obra *Notes on Nursing (1859/1992)*, onde apresenta a primeira teoria de Enfermagem. Nesta obra evidenciou a influência do ambiente na saúde, numa perspectiva de prevenção da doença e de orientação para a saúde pública (Nightingale, 1946).

Entre 1950 e 1975, decorreu o período do **paradigma da integração**, que se caracterizou pelo surgimento de teorias que defendiam a visão holística da pessoa. As intervenções de Enfermagem visavam avaliar e responder às diversas necessidades da pessoa. Assim, o foco da prática passa a ser “a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões: saúde física, saúde mental e saúde social” (Kerouác, 1994).

Ainda neste paradigma, surgiram vários modelos orientados para a pessoa, nomeadamente a **escola das necessidades**, que teve como principais teóricas: Virginia Henderson e Dorothea Orem.

Orem (1985) apresenta o conceito de auto-cuidado, como uma actividade desempenhada pela pessoa, inserida num contexto sociocultural, com o objectivo de manter a vida, o funcionamento e o desenvolvimento humano, que pode ser realizada pelo próprio, por familiares ou técnicos de saúde. No desenvolvimento deste conceito é notório a relação entre a promoção da autonomia do doente e da família e o processo de responsabilização e de capacitação.

No final dos anos 50 surgiu a **escola da interacção**, caracterizada pelo interesse em perceber os processos de interacção entre o enfermeiro e a pessoa (Kerouác, 1994). Baseadas nesta escola surgiram algumas teóricas como: Hilegard Peplau, Josephine Paterson et Loreta Zderard, Ida Orlando entre outras.

Salientamos de entre estas a teoria de Peplau, uma vez que foi pioneira no estudo do processo interpessoal. Esta teoria apoia-se nas correntes psicanalistas para descrever os cuidados de enfermagem como um processo interpessoal terapêutico entre o enfermeiro e a pessoa. Esta interacção baseia-se no respeito mútuo, com um objectivo de aprendizagem para os dois intervenientes (Kerouác, 1994).

Esta teórica considera a pessoa como um ser biopsicossocial em constante dinamismo, capacitado para interiorizar a sua situação, nomeadamente transformando a ansiedade em energia positiva (Peplau, 2003).

Nos anos 70 surgiu também a escola dos **efeitos desejados**, salientando a necessidade de analisar a constante interacção da pessoa com o ambiente. Das várias teóricas que se basearam nesta escola, destaca-se Callista Roy (1976) e o seu modelo conceptual de adaptação. Segundo esta teórica, a pessoa é o centro dos cuidados de enfermagem, que têm como objectivo a promoção dos processos de adaptação às alterações fisiológicas, de auto-conceito, domínio de papel social e nas relações de interdependência (Kerouác, 1994).

Em 1963, surge com Mory Allen a **escola da promoção da saúde**, que considera a pessoa e a família em constante interacção com o ambiente e com a comunidade. Desta forma, os cuidados de enfermagem são dirigidos para a promoção da saúde, com envolvimento de toda a família.

As teorias até aqui referidas, apesar de considerarem a pessoa como centro dos cuidados, ainda lhe atribuem um papel de alguma passividade no processo terapêutico. Uma vez que todo o processo é controlado pelo enfermeiro, que identifica

unilateralmente os problemas dos doentes na tentativa de os resolver, criando desta forma uma relação de dependência.

Assim, verifica-se um sentimento de necessidade de mudança, para paradigmas mais adaptados à unicidade humana. Surge então o **paradigma da transformação**, que se desenvolveu entre 1975 e os finais do séc. XX. Este paradigma reconhece na pessoa o direito de participar activamente, quer ao nível individual como colectivo na implementação estratégias relativas à saúde.

Da **escola do “Caring”** ou orientada para o cuidar emerge a valorização para o respeito pelos valores, crenças, modo de vida e cultura das pessoas, salientamos Watson (1988), que propõe o cuidar como um ideal moral de Enfermagem. Esta autora, valoriza as dimensões éticas e morais do cuidar, considerando-o um processo inter-pessoal em que a pessoa é o ponto de partida.

### ***3.1.4. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem***

Actualmente, é unânime que o principal objectivo de qualquer instituição de saúde é a garantia de cuidados globais de qualidade. Mas a forma como os cuidados são prestados tendo em conta o desejado nível de envolvimento do doente e da sua família, que se espera cada vez maior, torna-se um desafio crescente. A realidade das unidades hospitalares é tendencialmente complexa, num contexto multidisciplinar em que se combinam diversas variáveis. Ao nível “micro” temos as rotinas e práticas hospitalares, as necessidades dos profissionais versus as necessidades dos doentes. Ao nível “macro” temos outras variáveis nomeadamente as políticas de gestão hospitalar com objectivos rigorosos e muitas vezes difíceis de concretizar, nomeadamente de ordem financeira. A existência desta multiplicidade de variáveis é inevitável, mas exige uma equilibrada priorização para que a complexa combinação não ameace o essencial, o respeito pela dignidade do doente. Para que este designio se constitua como pilar que orienta transversalmente a prática dos cuidados.

Assim, Carapinheiro (1993) refere que para além do objectivo máximo da garantia de uma boa prestação de cuidados, coexistem outros interesses nas instituições

hospitalares, como o ensino e a investigação, sendo que o doente é remetido para um papel secundário, em que lhe é retirada a responsabilidade e a capacidade de decidir sobre a sua vida.

A realidade rotineira das instituições, mais adaptada às necessidades dos profissionais, secundariza as necessidades dos doentes e tende a ser modeladora dos hábitos dos doentes. No entanto, denota-se uma crescente preocupação na manutenção dos hábitos dos doentes, como forma de tornar a hospitalização um processo menos penalizante e mais concertado.

A Ordem dos Enfermeiros como associação profissional da área da saúde, considerou prioritário analisar a problemática da qualidade, uma vez que, a qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, no entanto, o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado ou deixado invisível nos esforços para obter qualidade em saúde.

Neste sentido, iniciou em 2005 um projecto de Implementação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que visa promover o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade. Desta forma, pretende-se a reflexão na qualidade individual e colectiva, de forma a contribuir para a clarificação de que, com os indicadores de qualidade se monitoriza a qualidade produzida colectivamente por uma equipa numa unidade de cuidados, Instituição, Região ou País.

O contexto actual da prática de cuidados de enfermagem exige cada vez mais, que os profissionais sejam capazes de se apropriarem dos instrumentos próprios da profissão e com eles nortear a sua prática. Este quadro de referência orienta e exige uma tomada de decisão adequada, quer em termos de escolha do modelo de organização dos cuidados de enfermagem, quer da própria concepção desses cuidados, ou de situações concretas perante decisões particulares.

Este projecto, pretendeu envolver o maior número de enfermeiros dos vários contextos de prestação de cuidados, de forma a abranger uma variabilidade de sensibilidades. No trabalho de campo discutiu-se com os enfermeiros o enquadramento conceptual, a partir das situações do quotidiano e, com base nas necessidades e problemas identificados nos

contextos, foram definidos indicadores em cada uma das categorias de enunciados descritivos (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Assim, a Ordem dos Enfermeiros definiu como matriz conceptual o Enquadramento Conceptual e os Enunciados Descritivos. Estrategicamente pretende-se com este projecto a imprescindível apropriação desta matriz, através da reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações do quotidiano no contexto de acção.

O Enquadramento Conceptual é constituído por quatro conceitos estruturantes, dos quais emergem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional. Estes conceitos são: Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A partir da reflexão do cruzamento destes conceitos, entende-se que é necessário conhecer qual é o projecto de saúde de cada pessoa. Ajudando-a a transitar nos processos de vida, ou seja, no exercício profissional o enfermeiro deve promover o projecto de saúde de cada pessoa, influenciando para as melhores opções, tornando-as pró-activas no seu projecto de saúde, numa atitude promotora da tomada de decisão informada.

Os enfermeiros têm um papel fundamental, pela proximidade com o utente e família na gestão dos recursos da comunidade, pelo que devem assumir o papel de *pivot* no contexto da equipa. Este processo promotor de aprendizagem, como forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários que permite ao utente lidar com os desafios de saúde.

As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando estas visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Quando analisamos o foco de atenção da disciplina de enfermagem podemos considerá-lo o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida.

O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida a partir do qual se viabiliza uma produção de um processo de cuidados profissional em parceria com o doente/família, sendo o processo de intervenção baseado na inter-relação pessoal.

Os enfermeiros substituem, ajudam e complementam as competências funcionais das pessoas em situação de dependência na realização das actividades de vida. Mas também orientam, supervisionam, lideram os processos de adaptação individual, autocontrolo, o auto cuidado, o *stress*,  *coping*, dor, as perturbações da memória e da actividade psicomotora, a adesão ao regime terapêutico, os processos familiar, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis. Nesta perspectiva os enfermeiros orientam a sua intervenção para:

- A satisfação das necessidades humanas fundamentais;
- A máxima independência na realização das actividades da vida;
- Os processos de readaptação e adaptação funcional aos défices.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa entende livremente como seus.

Através de uma abordagem sistémica e sistemática, num processo de tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do doente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, os enfermeiros devem incorporar os resultados da investigação na sua prática.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas enformam a boa prática de enfermagem. Sendo que, para diferentes pessoas, existem diferentes cuidados, e assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

Os Enunciados Descritivos são os seguintes (Ordem dos Enfermeiros, 2003):

- A satisfação dos doentes;
- A promoção da saúde;
- A prevenção das complicações;
- O bem-estar e o auto cuidado;
- A readaptação funcional;
- A organização dos cuidados de enfermagem;

### **A Satisfação dos Doentes**

- O respeito pelas capacidades, crenças, valores desejos individual;
- Empatia nas interações com o doente;
- Parcerias com o doente no planeamento do processo de cuidados;
- O envolvimento da família no processo de cuidados;
- Minimizar o impacte negativo no doente, provocado pelas mudanças de ambiente

### **A Promoção da Saúde**

- Identificação da situação de saúde da população e dos recursos do doente/família e comunidade;
- Promover estilos de vida saudáveis identificadas;
- Optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida;
- O fornecimento de Informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo doente.

### **O Bem-estar e Auto Cuidado**

- A identificação dos problemas do doente

- A prescrição e o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais;
- A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- No que se refere à supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro importa aqui, ainda, referir que o enfermeiro não delega actividades e tarefas na família;
- A família é um participante activo no processo de cuidados. A família está no processo de cuidados porque é família, com uma função a desempenhar. Não é um recurso do enfermeiro, é em si alvo de cuidados. A família é o meio natural onde a pessoa nasce, cresce e morre. Os membros da família são recursos uns para os outros. A participação no processo de cuidados de algum dos seus membros é em função daquela pessoa da sua família. Não há aqui qualquer delegação, trata-se do processo de tornar a família capaz de lidar com as necessidades de um dos seus membros, num processo em que todos participam;
- O enfermeiro ensina e treina a família a fazer pela pessoa aquilo que ele faria, em termos do auto cuidado, se tivesse capacidade.
- O facto de um familiar ou de uma pessoa significativa se empenhar no processo de cuidados ao seu familiar, aprender um conjunto de procedimentos, tarefas e aspectos a ter em consideração, tendo em conta o projecto dessa pessoa e da família, não o legitima a reproduzir esses procedimentos e tarefas a outras pessoas (vizinhos, conhecidos ou outros), dado que não possui a formação que lhe permite reconhecer na globalidade e especificidade de cada pessoa, as suas necessidades de cuidados e tomar as decisões adequadas acerca do modo particular de a cuidar.

### **A Readaptação Funcional**

- A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;

- O planeamento da alta dos doentes de acordo com as necessidades dos doentes;
- O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- A otimização das capacidades do doente e família para gerir o regime terapêutico prescrito;
- O ensino, a instrução e o treino do doente sobre adaptação individual.

### **A Organização dos Cuidados de Enfermagem**

- A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo doente;
- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do seu exercício;
- O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade como a implementação do modelo do Enf. de Referência.

### **A Prevenção de Complicações**

- A identificação dos problemas potenciais do doente;
- A prescrição e o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais;

- A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;

Num olhar transversal pelos seis enunciados descritivos, apercebemo-nos da sua complexa abrangência pelos variados contextos da prática de Enfermagem. Estes enunciados salientam a importância do doente enquanto elemento essencial no estabelecimento de relações de empatia e de parceria, no respeito pelos seus desejos individuais, pela sua capacidade de decidir informadamente com vista ao processo de capacitação e de promoção da autonomia do doente e família.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, constituem mais uma ferramenta por um lado promotora dum processo reflexivo e por outro orientadora da prática nomeadamente, no que diz respeito à intencionalidade terapêutica da relação enfermeiro/doente, e ao seu real impacto na saúde da nossa população.

### ***3.2. O empowerment***

Tendo em conta, a questão central deste estudo torna-se fundamental apresentar o conceito de *empowerment* segundo alguns teóricos e a sua tipologia.

#### ***3.2.1. O Conceito de empowerment***

Neste estudo, decidimos utilizar o termo *empowerment* na sua forma de origem, ou seja, na língua inglesa, não recorrendo à sua tradução (Vasconcelos,2003).

O *empowerment* pode ser definido como um conjunto de “mecanismos através dos quais as pessoas, as organizações e as comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas” (Rappaport citado por KENDALL, 1998, p.2), podendo assim ser analisado numa vertente individual, organizacional e comunitária. Neste sentido é ainda entendido como “um conjunto de mecanismos de compreensão e influência sobre forças pessoais,

sociais, económicas e políticas, com impactos diversos nas situações de vida do indivíduo, grupo ou comunidade” (Schultz, 1995).

Rappaport, (1984) introduziu o conceito de *empowerment* como forma de estimular e orientar as políticas de saúde mental. Este conceito tornou-se muito apelativo devido às suas conotações psicossociais, políticas e éticas (Kieffer, 1984). Recentemente o conceito está também interligado a estratégias de prevenção e intervenção comunitárias. Wallerstein & Bernstein (1988) consideraram que o *empowerment* envolvia muito mais do que apenas um aumento da auto-estima e da auto-eficácia na promoção da saúde individual, considerando que envolvia também uma alteração social.

O *empowerment* tem o seu enfoque nas soluções e não nos problemas, ou seja, está relacionado com as forças, os direitos e as capacidades das pessoas, em vez das suas dificuldades e necessidades (Kieffer, 1984). Assim, este processo tem uma orientação pró-activa, sendo claramente um conceito positivo. Comportando-se como um conceito dinâmico (Hess, 1984), onde o poder é simultaneamente dado e retirado, ou seja, é um poder partilhado (Hegar & Hunzeker, 1988).

O *empowerment* pode ser entendido como um processo ou como um resultado, ou ainda como uma qualidade ou uma propriedade. Segundo Reynolds, (1971) o *empowerment* é um conceito abstracto, independente e específico de determinado tempo e espaço.

O *empowerment* reflecte uma visão feminina do poder, em que o poder é conceptualizado como condição para ser capaz de atingir determinado objectivo em cooperação com os outros, contrapondo-se à visão masculina do poder, onde o poder é conseguido através da competição com os outros (Watts, 1990, Wheeler & Chin, 1989). Assim, a grande conclusão é que o importante não é ter mais poder mas sentir-se com mais poder (Kieffer, 1984).

Rich et al. (1995) identificaram quatro categorias de *empowerment*:

- **Empowerment Formal:** as instituições dão oportunidades aos cidadãos de participar nas decisões;

- **Empowerment Inter-pessoal:** sentimento de competência da própria pessoa para intervir em determinada situação;
- **Empowerment Instrumental:** capacidade individual para influenciar um processo decisório;
- **Empowerment Substantivo:** capacidade para tomar decisões com o objectivo de resolver problemas.

Num estudo realizado por Speer (1995), foi possível identificar três princípios fundamentais no processo de *Empowerment*:

- O *empowerment* pode ser conduzido através das organizações;
- O reforço das relações interpessoais constrói o poder social;
- A reflexão crítica faz emergir o *Empowerment* individual.

Podemos ainda considerar dois aspectos distintos no processo de *empowerment*: “participar em” e “capacidade de influenciar decisões e resultados” (Schultz,1995; Sleath e Rucker 2001, citado por Mesquita 2003).

### 3.2.2. *Tipos de empowerment*

O *empowerment* pode ser desenvolvido num contexto **individual, familiar e comunitário**, sendo assim um conceito dialéctico, sendo considerado como processo ou como resultado (Rappaport, 1984).

O denominador comum é a noção de investimento de poder, para agir e mudar, ao nível individual ou colectivo.

➤ **Empowerment Individual**

O *empowerment* individual caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objectivos (Schultz, 1995).

Este tipo de *empowerment* constitui um mecanismo que permite aos indivíduos a mobilização de recursos cognitivos e afectivos, que conduzem a uma atitude pró-activa de intervenção e tomada de decisão em relação à sua situação de saúde.

Zimmerman (1995) enunciou três componentes do *empowerment* individual:

- **Intrapessoal:** vertente cognitiva – sobre o que as pessoas pensam acerca de si próprias e da sua motivação e competência em determinada área;
- **Interaccional:** vertente sociopolítica – capacidade para mobilizar recursos fundamentais para a intervenção de um domínio da vida para outros domínios;
- **Comportamental:** acções desenvolvidas para influenciar os objectivos do grupo/organização.

➤ **Empowerment Organizacional**

O *Empowerment* organizacional implica o desenvolvimento de um processo sistémico de consolidação de toda a estrutura, com vista à concretização de objectivos e metas (Silva & Martinez, 2004). Estes autores referem que este tipo de *Empowerment* proporciona situações de liderança e tomada de decisão partilhadas, com uma comunicação eficaz e uma distribuição de papéis e responsabilidades de acordo com a capacidade de cada um, tendo em conta o desenvolvimento organizacional.

Neste contexto surgem dois conceitos fulcrais: “Organizações *Empowering* e Organizações *Empowered*” (Schultz, 1995). Sendo que, de acordo com este autor, as “Organizações *Empowering*” são aquelas que promovem os processo de empowerment individual e colectivo dos seus membros e as “Organizações *Empowered*”, desenvolveram um processo de Empowerment organizacional.

### ➤ **Empowerment Comunitário**

O *empowerment* comunitário é um dos primeiros conceitos a surgir, para além do conceito no contexto da saúde mental. Rappaport (1984) define o *empowerment* comunitário como o processo que permite que pessoas isoladas possam ser compreendidas, de forma que tenham influência directa nas decisões que afectam a sua vida.

Katz, (1984) considerou também, existirem ligações intrínsecas e extrínsecas entre *empowerment* individual e o *empowerment* comunitário, considerando este conceito como um paradigma sinérgico, onde as pessoas se inter-relacionam, partilhando recursos e motivações.

Zimmerman (1995) considera que o *empowerment* comunitário possui quatro fundamentos:

1. A presença de um sistema de valores que inspire o crescimento pessoal;
2. Um sistema que proporcione, de forma continuada, o acesso a papéis sociais multifuncionais;
3. Um sistema de suporte baseado nos cidadãos como pares, que os acompanhe e proporcione um forte sentimento de comunidade;
4. Uma liderança inspiradora, talentosa, partilhada e comprometida, tanto com o contexto como com os seus membros.

Para Ornelas (1997), é a partir desta base empírica que se une a participação social ao *empowerment*, considerando que este emerge do próprio processo de participação.

Um dos aspectos centrais do *empowerment* comunitário e organizacional é utilizar as competências individuais para efectuar mudanças colectivas Aujoulat et al., (2006).

A Organização Mundial de Saúde (2006) afirma que o *empowerment* pode ser analisado como um conceito dinâmico inter-relacionando os vários níveis porque a partir do momento em que a pessoa sente que obteve controlo individual, devido ao desenvolvimento de capacidades perante determinada situação. Wallerstein (2006) preconiza um conjunto de itens, em cada nível, que poderão ser passíveis de avaliar:

- INDIVIDUAL:
  - Transformação interpessoal (acção do grupo, motivação para agir, controlo percebido);
  - A noção de comunidade (identidade comunitária, confiança e reciprocidade, capital social existente);
  - Participação (Desenvolvimento da consciência crítica).
  
- ORGANIZACIONAL:
  - Bom funcionamento dos serviços;
  - Efectividade e capacidade dos Serviços;
  - Redes eficazes entre serviços, através das parcerias.
  
- COMUNITÁRIO / POLÍTICO:
  - Desenvolvimento da sociedade civil;
  - Boa capacidade de partilha de poder por todos os actores envolvidos
  - Direitos Humanos.

Outra vertente essencial do *empowerment* do indivíduo no Sistema de Saúde consiste no *empowerment* comunitário/social que se concretiza através das associações da sociedade civil (por exemplo associações de doentes com determinadas patologias). Dar voz à cidadania através de organizações da sociedade é fundamental na era da Governação. O associativismo local/comunitário que se manifesta a vários níveis, como seja: a

sociedade civil, Organizações Não Governamentais, voluntariado, etc., expressa as forças associativas locais, manifestando-se através da participação e, sobretudo, através da capacidade de liderança das associações, nos processos políticos e defesa de interesses. Assim, as associações de doentes com patologias crónicas, ou outras, têm um papel fundamental na defesa do doente perante as medidas de saúde preconizadas pelo Estado.

### ***3.3. A relação terapêutica nos Cuidados de Enfermagem***

O interesse em estudar a relação enquanto instrumento terapêutico na Enfermagem, teve o seu início nos finais da década de quarenta. Este interesse decorreu da ocorrência de dois acontecimentos: o início dos programas universitários de formação avançada para enfermeiras da área da psiquiatria e o aparecimento de artigos centrados na caracterização do papel relacional da enfermeira psiquiátrica (Lego, 1999).

Em 1952, num contexto em que este papel carecia de alguma clareza e consistência, surge a obra de Peplau com o título “ The interpersonal relations in nursing”. Esta nova etapa, marcada por esta obra, determinou a definição do papel relacional da enfermeira de uma forma estruturada e numa perspectiva mais científica. De acordo com esta teórica, este papel baseia-se no estabelecimento de relações interpessoais, num processo faseado, com o objectivo de ajudar o doente na compreensão de tudo o que lhe está a acontecer, integrando-o no seu contexto de vida (Peplau, 2003). Para Peplau este processo relacional apresenta quatro fases:

- Orientação: Expressão de necessidades e sentimentos;
- Identificação: Satisfação de necessidades e resolução de problemas;
- Exploração: Desenvolvimento da relação interpessoal;
- Resolução: Consolidação da relação.

Durante estas fases, a intervenção do enfermeiro permitirá:

- Observar, descrever e analisar o seu comportamento;
- Formular as ligações resultantes dessa análise;
- Validá-las com outros;
- Testar novos conhecimentos;
- Integrar estas aprendizagens num comportamento novo e mais satisfatório;
- Utilizar esses novos comportamentos em diferentes situações (Peplau, 2003).

A partir desta obra, outros estudos surgiram relativos à intervenção relacional de Enfermagem, nomeadamente os de Orlando (1961). Os seus estudos reforçaram a importância do papel relacional do enfermeiro, através da identificação das necessidades e dificuldades do doente e do desenvolvimento em conjunto com este, de um processo de ajuda para que ele expresse o significado do seu comportamento, promovendo a compreensão das suas dificuldades e as respectivas formas de as ultrapassar (Orlando, 1961).

A realização de mais estudos veio reforçar o papel da intervenção relacional terapêutica, com uma visão de maior abrangência e sem uma conotação exclusiva ao contexto psiquiátrico. Mas durante algum tempo, esta componente do cuidado de Enfermagem, foi pouco valorizada, no sentido de considerar uma real competência a desenvolver, nomeadamente com um sentido profissional. Este aspecto era notório até na forma como se denominava este tipo de intervenção, utilizando-se expressões que careciam de rigor e com carácter pouco científico, como por exemplo “apoio psicológico”. As intervenções de Enfermagem da área relacional, assim descritas de forma subjectiva e pouco clara, não traduzem o real significado do cuidado de enfermagem e não promovem a sua visibilidade nem os ganhos obtidos para o doente/família. Eventualmente o enfermeiro realiza estas intervenções, mas nem sempre de forma consciente tem presente a sua intencionalidade. Pelo que este aspecto se traduz também, na forma inespecífica com que se regista estas intervenções.

Na realidade considerar a intervenção de enfermagem como terapêutica não está enraizado no contexto da prática, do ensino ou da investigação em enfermagem. Talvez a causa se situe na história da enfermagem, na sua inicial, dependência relativamente à Medicina, com um reduzido nível de autonomia e de carácter terapêutico.

McMahon e Pearson (1991) apresentam um modelo que possui os elementos da enfermagem terapêutica traduzidos nas intervenções a realizar:

- Desenvolver (na relação enfermeiro/doente):
  - Parceria;
  - Intimidade;
  - Reciprocidade;
- Manipular o ambiente;
- Ensinar;
- Manipular o ambiente;
- Promover o conforto;
- Adoptar práticas de saúde complementares;
- Utilizar intervenções físicas testadas;

A teoria de médio alcance de Swanson (1991) propõe cinco processos do cuidar: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Considera ainda, a “disponibilidade” com o significado que estamos ali para o doente, demonstrado ao nível verbal e não verbal. Quando o enfermeiro não tem tempo deverá manifestar o seu interesse pela necessidade do doente, transmitindo-lhe que voltará logo que estiver disponível.

Morse et al (1992) analisou a relação enfermeiro/doente e considerou duas dimensões: o contexto dos cuidados e o nível de proximidade/intimidade. O contexto dos cuidados de Enfermagem e o contexto de um outro tipo de interacção relacional em gabinete, por exemplo, apresentam enormes diferenças. Quanto ao nível de proximidade/intimidade, não é possível comparar de tão diferente que é, em virtude do tipo de cuidados que os

enfermeiros prestam e do própria situação clínica vivenciada pelo doente. Bottorff e Varcoe (1995) realizaram um estudo que lhes permitiu concluir que são as intervenções realizadas pelos enfermeiros que lhes permitem estabelecer uma relação de maior proximidade e intimidade.

Ersner (1991) no seu estudo, tentou identificar que percepções tinham os enfermeiros e os doentes, em contexto hospitalar, relativamente às intervenções terapêuticas e não-terapêuticas de enfermagem, caracterizando-as. As dimensões utilizadas através da análise de conteúdo são as seguintes:

- *A apresentação do enfermeiro* – como o enfermeiro se apresenta ao doente (dados recolhidos ao nível da comunicação não verbal);
- *A presença do enfermeiro* – proximidade com o doente ou o “estar com” o doente;
- *As acções específicas do enfermeiro* – procedimentos específicos do enfermeiro.

A dimensão *presença do enfermeiro* envolve ainda quatro aspectos:

- Desenvolvendo o contacto com o doente;
- Suporte e cuidado;
- Disponibilidade do enfermeiro;
- Sensibilidade/insensibilidade do enfermeiro.

Palsson e Norberg (1995) estudaram as questões da segurança e da confiança inerente à relação, sendo que concluíram a importância das mudanças organizacionais como forma de dar resposta às necessidades psicossociais dos doentes, nomeadamente informação adequada e consolidação da relação.

McMahon (1991) considera que a dimensão terapêutica da enfermagem assenta por um lado na promoção da saúde e por outro na capacidade de tomarem decisões ao longo de todo o processo de planeamento de cuidados. Para Levine (1973), as intervenções de

suporte são as que evitam o agravamento do estado de saúde dos doentes e as intervenções terapêuticas são as que promovem a adaptação, contribuindo para a recuperação da saúde.

Para Lopes (2006), torna-se fundamental que a intervenção relacional terapêutica assente num processo dinâmico de avaliação diagnóstica. Este “Processo de Avaliação Diagnóstica” tem como principal objectivo compreender a forma como é vivida a doença, compreender os seus sinais e sintomas e que ajuda a pessoa necessita para ultrapassar as dificuldades da sua situação. Este conceito pode ser comparado com o conceito de “Processo de Enfermagem”. Segundo Lopes (2006) este conceito foi proposto pela primeira vez por Orlando (1961), com esta expressão, no contexto da relação enfermeiro/doente. Esta autora considerava que uma situação de Enfermagem era constituída por três aspectos básicos: o comportamento do doente, a reacção do enfermeiro e as intervenções do enfermeiro para com o doente. Sendo que, é da interacção destes elementos que surge o “Processo de Enfermagem”.

Mas esta conotação do “Processo de Enfermagem” com a relação foi-se dissipando e o estudo de Masson e Attree (1997) revelou que este teria as suas raízes na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy. Assim, para estes autores o processo de enfermagem é constituído por quatro fases:

- Avaliação Inicial e Diagnóstico
- Planeamento de Cuidados
- Prestação de Cuidados
- Avaliação de Cuidados

Para Meleis (1997) o processo de enfermagem é um dos elementos centrais e de maior importância, no domínio da enfermagem. Esta considera ainda a necessidade de se realizar mais estudos de investigação nesta área, no sentido de dar ao conceito mais consistência e uma melhor caracterização.

A mesma autora realça a importância dos diagnósticos de Enfermagem para o processo de enfermagem. O movimento dos diagnósticos de Enfermagem teve a sua origem nos Estados Unidos da América, através do trabalho da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA). Esta associação define o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico do enfermeiro, relativamente à resposta da pessoa, família ou comunidades, a um problema de saúde actual ou potencial, sendo que este representa a base para a intervenção terapêutica (Carpenito, 1991). A NANDA desenvolveu ainda uma taxionomia que sofreu um processo evolutivo, havendo assim várias versões.

Muitas outras taxonomias foram aparecendo, nomeadamente a Classificação Internacional de Enfermagem (CIPE), que surgiu através de um projecto desenvolvido pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (*International Council of Nursing- ICN*) Estas taxonomias surgiram com o objectivo de descrever o cuidado de enfermagem, mas também numa tentativa de uniformização da linguagem e como ferramenta necessária para a implementação dos Sistemas de Informação em Enfermagem.

Os Sistemas de Informação em Enfermagem possibilitam a documentação electrónica dos dados recolhidos/produzidos no contexto da prestação de cuidados de enfermagem, dados esses que deverão estar estruturados e organizados de forma a serem facilmente armazenados numa base e igualmente acessíveis por qualquer outro serviço ou entidade, independentemente da localização geográfica. Assim, para que os dados sejam utilizados por outros nos mais diversos contextos, torna-se necessária a utilização terminologia unificada de enfermagem à escala global, capaz de representar os problemas da pessoa em todos os contextos clínicos e que constitua referência para a comunicação dos enfermeiros entre si e destes com os outros profissionais de saúde.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, foi formalmente adoptada no nosso país devido à sua capacidade de abrangência face a outras nomenclaturas e sistemas de classificação de diversos países do mundo, devido à sua grande granularidade e à sua progressiva redução de ambiguidades e redundâncias e crescente evolução aos longos das suas versões.

Assim, no contexto da documentação electrónica, torna-se imperioso que os enfermeiros saibam descrever os efeitos que os seus juízos clínicos e as suas intervenções, têm especificamente no cliente, família ou comunidade e, possam por via da reformulação dos Sistemas de Informação em Enfermagem, estruturados com base no processo de enfermagem, dar visibilidade às suas singulares competências em equipas multiprofissionais de saúde, genericamente caracterizadas por uma forte cultura biomédica.

O processo de enfermagem constitui o processo de raciocínio clínico do enfermeiro e apresenta as especificidades relativas ao contexto onde se desenvolve a prática de cuidados (Meleis (1997) e Benner (2001). Para Smith (2003), a intervenção relacional terapêutica pressupõe um processo de enfermagem, mas este exige uma avaliação diagnóstica.

Mcmahon em 1986 considerou quatro áreas em que a enfermagem pode ser considerada como terapêutica: a relação enfermeiro/doente, as intervenções convencionais e não convencionais e o ensino ao doente. Por outro lado, Muetzel em 1988 (citado por McMahan 1991) apresentou um modelo de relação enfermeiro/doente como processo terapêutico, identificando três elementos, a parceria, a intimidade e a reciprocidade, como conceitos chave de todo o processo. Da interacção destes três conceitos surgem ainda três sub-conceitos, uma “atmosfera” de segurança e de liberdade, um “espírito” de proximidade e uma “dinâmica” de compromisso e de comunicação.

Lopes (2006) no seu estudo de investigação, considerou que no Processo de intervenção terapêutica de enfermagem interagiam diversos instrumentos, mas destacou dois:

- **Gestão de sentimentos:** espaço-tempo para a expressão de sentimentos e promoção de confiança/segurança
- **Gestão de informação:** estreita ligação com a gestão de sentimentos e de acordo com as necessidades do doente e família.

Segundo o mesmo autor estes dois elementos são muito próximos e estão em interacção, pelo que podem considerar-se com objectivos comuns.

A **Gestão de sentimentos** possui os seguintes elementos (Lopes, 2006):

- Promoção da confiança
  - Gestão de sentimentos reactivos;
  - Antecipação;
  - Compromisso;
  - Distracção;
  - Afabilidade;
  - Disponibilidade;
  
- Promoção da esperança e perseverança
  - Promoção da esperança;
  - Estimulação para a vida

A **Gestão de informação** apresenta um único elemento a *Explicitação do processo de doença/tratamento*, sendo que este é constituído pelos seguintes elementos (Lopes, 2006):

- Descodificação da informação dada por outros técnicos, a partir do conhecimento do doente
- Explicação do processo da doença
- Explicação do processo de tratamento

Assim, a partir da análise destes estudos parece-nos evidente a importância da vertente terapêutica nas intervenções de âmbito relacional, através de uma relação enfermeiro/doente, baseada na parceria, na confiança, na disponibilidade e na proximidade única que caracteriza a prática de enfermagem. No entanto, é também notório a existência em alguns destes estudos, de uma vertente educacional presente nesta relação terapêutica.

Benner (2001) no seu estudo relativo às competências de perícia dos enfermeiros, distinguiu as competências relacionais, referente à Função de ajuda e as competências da área da formação, estas relacionadas com a Função de educação e orientação. A Função de ajuda, considerada como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, pressupõe a criação de um ambiente adequado ao estabelecimento de uma relação que permita a cura, no sentido de promover no doente uma nova esperança e a capacidade de compreender e aceitar a sua doença. A Função de educação e orientação inclui o saber qual o momento em que o doente está pronto a aprender, ajudar o doente a interiorizar as implicações da doença e saber compreender como este a interpreta. Quanto à função de guia, esta consiste em tornar compreensíveis os aspectos culturalmente tabu da doença.

Segundo Lopes (2006), no que diz respeito à função informação o enfermeiro, na sua função educativa, de dar informação, nem sempre constrói momentos formais, sendo que muitas vezes escolhe o momento mais adequado de acordo com o contexto particular daquele doente, o seu ritmo e o que está a vivenciar.

Enquanto que Peplau (2003) considera o processo de enfermagem educativo e terapêutico, no sentido em que, enfermeiro e doente, em conjunto procuram as soluções dos problemas, num clima de partilha e respeito mútuo.

Orem (1987) refere a elevada importância da educação do doente como forma de promoção do seu auto cuidado. Assim como Neuman (1982), que salienta o papel da educação em qualquer um dos elementos que constituem o plano de cuidados: primário, orientado para factores preventivos, secundário, para a capacidade de lidar com uma situação aguda de doença e a terciário, direccionado para a ajuda aos doentes de forma a evitar uma recorrência.

De salientar a perspectiva de Watson (1985), que considera a educação para a saúde como uma das funções do enfermeiro de maior relevância, apresentando-a como uma função profissional por excelência e propõe ainda o conceito de “ensino/aprendizagem interpessoal”. Para esta autora este conceito prende-se com o processo de interacção e

de alternância de papéis entre enfermeiro e doente, em que ambos aprendem num contexto de partilha de conhecimentos, estratégias e vivências.

Vaughan (1991) apresenta o conceito de “educação terapêutica”, que se traduz na atitude de proximidade do enfermeiro e no estabelecimento de uma relação de afectividade a partir da qual se responde às necessidades do doente, numa perspectiva de envolvimento e de comprometimento que visa aproveitar e desenvolver as suas potencialidades.

Peplau considera que o potencial terapêutico reside na relação enfermeiro/doente e no seu carácter educativo, sendo que cada um respeita o outro, como pessoas diferentes que o são, mas mesmo assim são pessoas que partilham a solução dos problemas (citado por McMahan 1991). É assim notória a ênfase na parceria como modelo efectivo da prática dos cuidados.

No que diz respeito à relação entre o conceito de *empowerment* e de Parceria esta não é unânime. Existem autores que os consideram conceitos sobrepostos e outros que consideram que o *empowerment* é um atributo da Parceria.

De igual modo no processo de Parceria, doente e profissional adoptam uma posição de co-responsabilização e de partilha de esforços para a resolução de problemas, tendo ambos um papel activo em todo o processo. O Parceiro para além da sua função, representa aquilo que os outros esperam dele (Honoré, 2002).

No modelo de Young & Flower (2001), enuncia-se que doentes e cuidadores devem estabelecer uma relação de parceria, de forma que os primeiros se situem numa base de aquisição de conhecimentos, que lhes permita a participação e o controlo nas decisões relativas ao seu corpo e à sua vida.

A relação de parceria tem que ter por base uma relação de confiança, de compromisso e de valorização. De acordo com Rodwell citado por (Kendall, 1998), numa relação de parceria o *empowerment* pode ser considerado o processo de transformar as pessoas em elementos activos com capacidade de escolher e de decidir. Os princípios associados mais relevantes são:

- Possibilidade de escolha: responsabilidade e autoridade para tomar decisões
- Autodeterminação: capacidade e liberdade para decidir, assumindo as escolhas
- Partilha de poder: dos profissionais com os doentes/famílias

Este autor definiu ainda três principais atributos da parceria: a estrutura da relação e o processo do fenómeno; a partilha do poder e a negociação. O *empowerment* surge como principal consequência da parceria, compreendendo-se como a melhoria das competências da pessoa para agir em seu próprio proveito, através de elementos de controlo, auto-eficácia, competência, confiança e auto-estima.

Assim, podemos atribuir conceito de parceria outras dimensões preponderantes à sua implementação, nomeadamente: a partilha na tomada de decisão, o relacionamento, a competência profissional, a partilha de conhecimento, a autonomia, a comunicação, a participação e a partilha de poder.

A situação de doença e consequente hospitalização constituem um desafio, à capacidade de adaptação do doente e da sua família. Este factor é vivido como destabilizador do equilíbrio familiar. Os familiares sentem-se vulneráveis num ambiente que lhes é desconhecido, tendo que delegar noutros os cuidados ao seu familiar. Nesta perspectiva o envolvimento da família na prestação de cuidados, confere-lhes um papel activo e de partilha, com um duplo benefício, pois contribui para a qualidade dos cuidados e promove a continuidade entre o meio familiar e o meio hospitalar.

Como parceiros, os familiares têm um papel activo na prestação de cuidados e na tomada de decisões; como receptores de cuidados, eles necessitam de informação e acompanhamento por parte dos profissionais, a fim de desenvolverem competências para lidarem com a situação. Na relação enfermeiro/doente deve imperar o respeito e a

confiança, numa base de partilha de conhecimentos que vise a crescente autonomia e mobilização de recursos para agir e mudar.

Ao efectuarmos uma análise longitudinal através destes estudos é possível salientarmos que o conceptualismo terapêutico no contexto dos cuidados de enfermagem, assenta no envolvimento activo e de grande proximidade, na parceria, na autodeterminação, na disponibilidade e ainda num pressuposto educacional que caracteriza a relação enfermeiro/ doente.

### ***3.4. O modelos de empowerment no contexto dos Cuidados de Enfermagem***

A dificuldade em definir o conceito de *empowerment* deve-se ao facto deste se adaptar a diferentes contextos. Este conceito implica a presença de um conjunto de competências que por sua vez geram oportunidades, assim, as estratégias para o *empowerment* e respectivos resultados são variáveis. O *empowerment* não poderá ser definido de uma única forma, necessitando sempre de ser definido tendo em conta o contexto em que se aplica. Pode ainda ser considerado um conceito transaccional, porque envolve a relação com os outros.

Neste sentido, Ouschan R. & Sweeney J. & Johnson L. (2000), citado por Mesquita (2003) analisaram as dimensões do *empowerment* em diferentes contextos. No contexto da Enfermagem os mesmos autores, citando Elliot e Turrel(1996) consideraram um conjunto de termos e atitudes utilizadas para descrever o *empowerment* do doente (Quadro 1).

**Quadro 1.** Termos descritivos e atitudes utilizadas para descrever o *empowerment* do doente -Ouschan R. & Sweeney J. & Johnson L. (2000)

Elliot e Turrel(1996)
Contexto:Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Igualdade de acesso a cuidados;</li> <li>- Resposta rápida às queixas;</li> <li>- Direito a ser representado;</li> <li>- Participação em auditorias e no desenvolvimento dos serviços;</li> <li>- Respeito pela autonomia do doente nas decisões sobre cuidados de saúde;</li> <li>- Máxima disponibilidade de informação sobre o cuidar</li> </ul>

Para Gibson (1991), o processo de *empowerment* promove uma maior capacitação e consequente satisfação dos cidadãos, permitindo a resolução dos seus problemas através da mobilização dos recursos necessários de forma a controlarem a sua vida.

**Quadro 2.** Modelo de *Empowerment* para a Enfermagem de Gibson (1991)

Domínio do doente	Interacção doente-enfermeiro	Domínio do Enfermeiro
Auto-determinação	Confiança	Ajudante
Auto-eficácia	Empatia	Apoiante
Sentimento de controlo	Tomada de decisão participativa	Conselheiro
Motivação	Estabelecimento de objectivos	Educador
Auto-desenvolvimento	mútuos	Recurso para consulta
Aprendizagem	Cooperação	Mobilizador de consulta
Crescimento	Colaboração	Facilitador
Sentimento de mestria	Negociação	Advogado
Sentimento de pertença	Ultrapassar as barreiras	
Melhoria da qualidade de vida	organizacionais	
	Organização	
Melhoria da saúde	Lobbying	
Sentimento de justiça social	Legitimidade	

O modelo de Gibson (1991) foi o modelo orientador do nosso estudo, já que está organizado por domínios, sendo que apresenta o domínio da interacção enfermeiro/doente, o que se relaciona com a relação entre estes dois elementos e também tem o domínio do enfermeiro, que apela para as dimensões presentes neste profissional. Assim, a adopção deste modelo verificou-se facilitadora no sentido da sua adaptação e coerência com os objectivos do estudo.

O conceito de *empowerment* “ é um constructo multidimensional complexo, cujas dimensões não são ainda objectivas” o que se traduz numa “ ausência quase total de modelos fundamentados para o desenvolvimento de estratégias de *empowerment* na área da saúde” (Ouschan R. & Sweeney J. & Johnson L. citado por Mesquita, 2003).

Tal como refere Ouschan et al (2000), “ o processo de *Empowerment* implica ajudar o doente a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-o a participar activamente na saúde individual”. Os mesmos autores consideram que como conceito multidimensional, possui três dimensões de análise:

- *Controlo percebido pelo doente sobre a sua doença;*
- *Participação nos processos de tomada de decisão sobre a sua doença;*
- *Percepção dos conhecimentos que o doente tem sobre o seu caso específico*

Neste sentido, Rotter e Hall (1992) citado por Mesquita (2003) referem que a “educação do doente” promove um maior controlo sobre a sua saúde, incentivando-os a procurar novas respostas, que possibilitam uma postura mais activa na gestão da sua doença. Ainda, Ouschan R. & Sweeney J. & Johnson L. (2000), salientam que o *empowerment* dos doentes é indiciado não só através das suas atitudes (controlo percebido) e comportamentos (participação), mas também pelas acções desenvolvidas por outros (educação e apoio). Esta última dimensão é também mencionada por Feste C. e Anderson, R. (1995, p.139) citado por Mesquita (2003) quando este refere que o *empowerment* é “um processo educacional desenhado para ajudar os doentes a

desenvolver o conhecimento, características, atitudes e o grau de auto-prevenção necessário para assumir efectivamente a responsabilidade das decisões sobre o seu estado de saúde”.

Ao nível da intervenção de enfermagem, pretende-se que o enfermeiro avalie com o doente as suas necessidades, tendo em conta a sua globalidade e a interacção familiar, e por um lado promova a tomada de decisão e por outro contribua para o desenvolvimento de competências que visem uma adequada adaptação aos problemas de saúde, num contexto da continuidade de cuidados. Neste sentido estamos perante um novo paradigma, em que o enfermeiro em vez de impor o seu conhecimento, o utiliza como um instrumento de *empowerment*, num contexto de parceria com o doente/família.

Gibson (2001) considera que, para que o conceito de *empowerment* seja interiorizado nos cuidados de Enfermagem é fundamental reflectir nos seguintes aspectos:

- A saúde pertence a cada pessoa e esta é a primeira responsável por ela (Labonte 1989). Os médicos e enfermeiros têm a responsabilidade de promover a saúde, mas não têm o seu monopólio (Dunst et al.1988, Hegar & Hunzeker 1988). Os profissionais de saúde necessitam de respeitar as influências sociais na saúde (Butterfield, 1990, Labonte 1989, Minkler 1989).
- As pessoas têm a capacidade de tomarem decisões e agirem em seu próprio proveito, necessitando no entanto de conhecimentos que as auxiliem neste processo.

Os profissionais de saúde necessitam de promover a participação do doente e devem estar preparados para aceitarem que este tome decisões diferentes daquelas que eles tomariam para estes (Labonte 1989). Podendo mesmo que aceitar que os doentes não

aceitem a sua ajuda. O sucesso não pode ser definido num único sentido, necessitando de ser definido tendo em conta as pessoas (Rappaport, 1984).

- Para que se desenvolva um processo de *empowerment*, é necessário que haja respeito mútuo entre o profissional de saúde e o doente. Esta relação não tem apenas um lado, em que uma parte é vista como inferior e incompetente e a outra é vista como superior e mais competente. As interações são benéficas para ambas as partes (Simmons & Parsons 1983).
- Por fim, a confiança é outra condição necessária para o processo de *empowerment* (Hurly 1984, Kirp & Epstein 1989).

Esther Mok (2001), no seu trabalho de investigação “*Empowerment* dos doentes com cancro: uma perspectiva chinesa”, concluiu que o *empowerment* é um processo que permite que os doentes desenvolvam forças através da relação que estabelecem com a família, amigos e profissionais de saúde. Sendo também um processo de transformação que permite o desenvolvimento de novas perspectivas de reinterpretação da doença, mais positivas, conduzindo a uma melhor aceitação desta..

O processo de *empowerment* conduz naturalmente à promoção da autonomia do doente e família necessária para o processo de capacitação destes para a gestão do regime terapêutico, farmacológico, alimentar e de hábitos de vida saudáveis.

Os profissionais de saúde não deveriam dar poder às pessoas mas sim possibilitar que estas adquiram este poder através delas próprias. Os enfermeiros poderão ajudá-las a desenvolver e utilizar os recursos que irão promover o controlo e a auto-eficácia.

Apesar do nosso estudo ser em contexto hospitalar, parece-nos interessante abordar alguns aspectos do contexto comunitário, sendo que foram vários os autores que propuseram intervenções com base no *empowerment*. Farley em 1993 (citado por Smith 2003) realizou um trabalho de investigação numa comunidade deficitária do Alabama. Este teve como enfoque os problemas que realmente preocupavam esta comunidade. Os

resultados indicaram que as estruturas tradicionais com poder eram as que constituíam obstáculo à promoção da saúde.

McElmurry et al. em 1995 (citado por Smith 2003) desenvolveram um trabalho de intervenção comunitária com recurso ao *empowerment*, em duas populações urbanas. Os profissionais de saúde foram treinados para desenvolverem competências para a resolução de problemas e para as dinâmicas em grupo, e ainda adquiriram conhecimentos relativos ao sistema político-social. Desta forma foi possível incrementar o *empowerment* destas populações, tornando-os elementos activos na promoção da sua saúde.

Nestes contextos o *empowerment* é fundamental para fomentar nas comunidades a capacidade de serem elas próprias os actores dos processos de promoção da sua própria saúde e da resolução dos seus próprios problemas através da mobilização dos seus recursos. A colocação pró-activa das comunidades no cerne dos processos de intervenção, num contexto de parceria e de partilha de poder privilegia a mudança efectiva na promoção da saúde aos diferentes níveis.

Entre 1970 e 1980, a maioria das actividades de promoção para a saúde centraram-se na promoção dos hábitos saudáveis de vida. No entanto, para além destes, existem outros determinantes para a saúde: a biologia humana, o ambiente e o sistema de saúde (Epp, 1987). O único enfoque nos hábitos de vida não só deriva numa culpabilização das vítimas, mas também no facto dos indivíduos não serem unicamente responsáveis pelo nível da sua saúde. Por exemplo, nas campanhas antitabagismo foram efectuados grandes investimentos no programa de cessação tabágica de enfoque individual, em vez de se terem realizado esforços contra a publicidade e comercialização de tabaco. É fundamental considerarmos as variáveis físicas e sociais, e sobretudo termos em conta as variáveis políticas e operacionais do sistema de saúde para verdadeiramente promovermos a saúde para todos, criando nas pessoas a capacidade de controlarem a sua própria saúde (Anderson, 1990, Butterfield, 1990, Minkler, 1989, Pinderhughes, 1983, Watts, 1990, Williams, 1989).

Maglacas (1988) considera que os enfermeiros irão necessitar de desenvolver novas competências de forma a desenvolverem processos de *empowerment* nos doentes para o auto-cuidado e para o desenvolvimento de atitudes de promoção positiva da saúde.

#### 4. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Os pilares estruturantes deste projecto de investigação prendem-se por um lado com a questão central, e por outro com os objectivos do estudo. A questão central do estudo é:

*Qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente?*

De forma a dar resposta a esta questão, tendo em conta a problemática em estudo e após a revisão de literatura definimos os seguintes objectivos:

- Identificar as dimensões emergentes de *empowerment* percebidas como importantes pelos enfermeiros
- Analisar a importância atribuída pelos enfermeiros ao *empowerment* do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente;
- Analisar a frequência percebida pelos enfermeiros na utilização do *empowerment* na relação terapêutica enfermeiro/doente;
- Analisar a relação entre o sexo e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros
- Analisar a relação entre a idade e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros
- Analisar a relação entre o tempo de experiência profissional e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros
- Analisar a relação entre a categoria profissional e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros

---

## 5. MÉTODO

Segundo Fortin (2003) o método orienta a elaboração do processo de investigação científica. Assim torna-se essencial clarificar os pressupostos metodológicos que estiveram na base deste estudo, fazendo ainda referência ao tipo de estudo, os participantes, as variáveis, instrumentos e procedimentos de colheita e análise de dados. Os dados obtidos por questionário foram recolhidos ao longo do ano de 2009 e as entrevistas decorreram no 1º semestre de 2009.

Quanto ao tratamento dos dados, utilizámos o programa estatístico SPSS versão 18 para os dados quantitativos. Para as entrevistas utilizámos a técnica de análise de conteúdo.

### *5.1.1. Tipo de Estudo*

Tendo em conta o objectivo definido, este estudo é do tipo exploratório, descritivo-correlacional e transversal, com as vertentes qualitativa e quantitativa.

Para Fortin (2003) os estudos descritivos permitem recolher mais informações e caracterizar melhor populações ou fenómenos enquanto que os estudos correlacionais analisam as relações entre as variáveis, na tentativa da verificação das hipóteses.

Quanto à característica exploratória do nosso estudo, tem como objectivo, segundo Carmo e Ferreira (1998) ao citar Seltiz, Jahoda, Deutch e Cook (1967) efectuar o reconhecimento de uma realidade que necessita de maior nível de análise e consecutivamente levantar hipóteses de entendimento dessa realidade.

Após a fase da pesquisa documental, destinada a recolher a bibliografia especializada relativa à temática a investigar e respectivos processos metodológicos, realizámos quatro entrevistas semi-estruturadas, do tipo livre, a informantes qualificados, com o auxílio de um guião, já que existe informação reduzida sobre o *empowerment*, com aplicação específica à relação terapêutica Enfermeiro/doente. Assim, com estas

entrevistas pretendeu-se estabilizar conceitos e identificar quais as dimensões que os Enfermeiros utilizam ou deveriam utilizar, na relação com o doente, com o objectivo de lhe conferir *empowerment*. O estudo qualitativo permitiu-nos identificar estas dimensões que serviram de base para a construção do instrumento de colheita de dados. Mas estas dimensões foram posteriormente validadas através da confrontação com as dimensões que emergirem do estudo quantitativo. Assim, utilizámos a abordagem qualitativa, para a análise do conteúdo das entrevistas e a quantitativa, para análise e tratamento dos dados dos questionários.

Antes de iniciarmos o trabalho de campo, solicitámos à Enf.<sup>a</sup> Directora a necessária autorização para a realização do nosso estudo de investigação explicitando os seus objectivos, o tipo de estudo e a população alvo e ainda entregámos o pedido formal (Anexo I).

### **5.1.2. *Estudo Qualitativo***

Obtida a autorização para realizarmos o estudo, iniciámos as entrevistas semi-estruturadas com o objectivo de encontrar as dimensões e categorias a estudar. Neste tipo de entrevistas, “o investigador deve ter um quadro de referência anterior, sendo adequado aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido” (Ghiglione, 1992).

#### **5.1.2.1. *Participantes***

As entrevistas foram gravadas num ambiente calmo e acolhedor. Todas ocorreram com marcação prévia e a sua duração oscilou entre os 15 minutos e os 30 minutos. Realizámos quatro entrevistas a informadores qualificados, três Enfermeiros Chefes e um Enfermeiro Graduado. A escolha por estes informadores deriva da sua experiência quer na prestação directa de cuidados, como na gestão de serviços, no ensino e investigação em Enfermagem, o que se reflectiu na profunda capacidade reflexiva e

clarificadora que estes revelaram nas respostas às questões. O número de entrevistas efectuadas relacionou-se com o facto, de se ter observado saturação de campo em grande parte das categorias.

#### **5.1.2.2. Guião de Entrevista**

A entrevista foi estruturada com base no enquadramento teórico e nos objectivos do estudo, tendo sido construído um guião da entrevista (Anexo II) simples e flexível, de forma a dar liberdade aos participantes para se expressarem abertamente. Este guião tinha três partes:

1. Introdução
2. Corpo da Entrevista – Questões

*A partir do conceito de “empowerment”, que dimensões comportamentais os Enfermeiros utilizam ou deveriam utilizar na relação com o doente, com o objectivo de lhe conferir empowerment.*

*Existirão outro tipo de dimensões envolvidas neste processo? Em caso afirmativo pode especificar?*

3. Conclusão

#### **5.1.2.3. Análise de Conteúdo**

Após a gravação áudio de todas as entrevistas, procedeu-se à transcrição integral das mesmas para posteriormente darmos início ao processo de análise

A metodologia escolhida para o tratamento dos dados foi a **análise de conteúdo**, única capaz de uma função heurística que aumente a propensão da descoberta da realidade subjacente ao material (Bardin, 2004). Para Vala (1986) a análise de conteúdo permite a desmontagem dos conteúdos e a construção de um novo formato através de um processo de localização-atribuição de traços de significação.

Segundo Bardin (2004) efectua-se a análise categorial de um texto através de um processo de classificação, de acordo com a frequência de presença (ou de ausência) de determinados itens com significado”. Para a mesma autora as categorias ou classes, com elementos específicos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico são agrupadas com um mesmos critério.

No decorrer da análise das entrevistas, através de leituras integrais e profundas das mesmas, tendo sempre presente o referencial teórico, decidimos efectuar este processo de forma mista, ou seja, as categorias e subcategorias são de origem distintas: *a priori* as que emergiram de concepções teóricas e *a posteriori* as que decorreram dos discursos dos entrevistados (Vala 1986).

As categorias foram identificadas a partir do modelo de *empowerment* para o contexto de Enfermagem de Gibson (1991) (Quadro 2), é composto por três domínios: atributos do domínio do doente, atributos do domínio do enfermeiro e atributos do domínio da interacção doente /enfermeiro. A escolha por este modelo, que serviu de modelo “âncora” para este estudo , deve-se á sua clareza, simplicidade e especificidade ao contexto de Enfermagem, nomeadamente na relação doente/enfermeiro, mas também porque o facto de estar organizado por domínios permitiu uma melhor adaptação ao estudo. Pretende-se analisar o contexto da relação enfermeiro/doente e salientamos que este modelo apresenta o domínio do doente e da interacção doente /enfermeiro, nos quais nos debruçamos para a identificação e validação das respectivas dimensões. Assim no decorrer do processo analítico das entrevistas, emergiram um conjunto de dimensões que foram agrupadas em cada um destes domínios.

A estrutura de categorização é constituída por unidades de análise, categorias e subcategorias de acordo com vários autores (Bardin, 2004; Carmo e Ferreira, 1998 e Vala, 1986).

Bardin (2004) considera uma unidade de registo tendo em conta a categorização e a contagem frequencial. Para a mesma autora, a unidade de contexto permite a codificação da unidade de registo e corresponde a um segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se atribua determinado significado à unidade de registo”

Relativamente às subcategorias estas advêm da análise do conteúdo das entrevistas (Quadro 3), e são constituídas por indicadores (Anexo III) ou seja, segmentos do texto que definidos como unidades de significação.

Quadro 3- Análise de conteúdo das entrevistas

Área Temática	Categorias	Subcategorias
Empowerment	<b>Domínio da Interação Enf.º/Dte.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respeito</li> <li>-Confiança</li> <li>-Parceria</li> <li>-Tomada de decisão</li> <li>-Responsabilização</li> <li>-Envolvimento da Família</li> <li>-Autonomia</li> <li>-Poder</li> <li>-Negociação</li> <li>-Empatia</li> </ul>
	<b>Domínio do Enf.º</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilidade</li> <li>-Capacitação</li> <li>-Informação</li> <li>-Maturidade</li> <li>-Segurança</li> <li>-Capacidade de Ouvir</li> </ul>

Em cada categoria e subcategoria calculámos a frequência das unidades de enumeração (UE), que reflectem as ocorrências presentes nas entrevistas ( Quadro 4)

Quadro 4- Análise de Conteúdo- Unidades de Enumeração

Área Temática	Categoria	Subcategoria	UE
<b><i>Empowerment</i></b>	<b>Dominio da Interacção Enf.º/Dte.</b>	Respeito	3
		Confiança	1
		Parceria	14
		Tomada de decisão	6
		Responsabilização	3
		Envolvimento da Família	4
		Autonomia	5
		Poder	6
		Negociação	1
		Relação Terapêutica	2
	Empatia	3	
	<b>Domínio do Enf.º</b>	Disponibilidade	5
		Capacitação	1
		Dar Informação	13
		Maturidade	2
		Segurança	2
		Capacidade de Ouvir	2

Através desta análise qualitativa, é possível fazer emergir um subgrupo de dimensões com maior número de UE. Neste sentido, considerámos as dimensões com um número de UE superior ou igual a cinco, pelo que identificámos um subgrupo de dimensões: *Parceria, Tomada de Decisão, Autonomia, Poder, Disponibilidade e o Dar Informação*. Este subgrupo verifica-se ser fundamental para o cruzamento com as dimensões decorrentes da análise dos dados quantitativos.

## 5.2. *Estudo Quantitativo*

### 5.2.1. *Participantes*

O universo em estudo irá ser constituído por enfermeiros de um hospital da região de Lisboa, sendo esta população composta por cerca de 300 indivíduos. Carmo e Ferreira (1998) definem população alvo como o conjunto de elementos com uma mesma definição.

A amostra segundo Fortin (2000) é um subconjunto de uma população . Neste caso utilizamos como método de amostragem a amostra não probabilística. As amostras não probabilísticas são aquelas que os elementos são escolhidos por métodos em que não intervém o acaso, não se sabendo qual a probabilidade que cada elemento tem de ser incluído nessa amostra (Polit 1995).

A amostra é constituída pelos enfermeiros de seis unidades clínicas do referido hospital, que aceitaram participar no estudo. Considerámos esta amostra adequada aos nossos objectivos porque nosso estudo é exploratório, não tem pretensão dos seus resultados serem extrapolados para o universo mas sim, de compreender as percepções dos enfermeiros relativamente à problemática do *empowerment*.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram os seguintes:

- Enfermeiros prestadores de cuidados nos seis serviços mencionados
- Que não estivessem no período de Integração
- Dispostos a responder voluntariamente

A amostra apresenta a seguinte caracterização:

- **Género:** 68% do género feminino e 32% do género masculino
- **Idade:** varia dos 21anos aos 49 anos, sendo que a média de idade são os 30 anos

- **Tempo de Experiência Profissional:** varia entre os 6 meses e os 27 anos, com uma média de 8 anos
- **Categoria Profissional:** 66% de Enfermeiros, 31% de Enfermeiros Graduados, 1% de Enfermeiros Especialistas e 2% de Enfermeiros Chefes.

A amostra em estudo é maioritariamente feminina (68%), jovem em idade e em tempo de exercício profissional e 66% são Enfermeiros como categoria Profissional, sendo que temos apenas 1% de Enfermeiros Especialistas e 2% de Enfermeiros Chefes.

### 5.2.2. *Variáveis*

Para Fortin (2003), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações alvo de estudos numa investigação.

Este estudo tem como variável dependente a importância atribuída e frequência percebida pelos enfermeiros relativamente ao Empowerment e consequentemente as dimensões agregadas a este constructo.

Como variáveis independentes temos o Género, a Idade, o Tempo de Experiência Profissional e a Categoria Profissional.

### 5.2.3. *Instrumento de Colheita de Dados*

Através da análise de conteúdo das entrevistas, com a identificação das respectivas dimensões e categorias, elaborou-se um instrumento de colheita de dados composto por 30 proposições. Com base numa agregação não estatística, na sensibilidade do investigador, tendo em conta a revisão de literatura e as variáveis que emergiram das entrevistas efectuou-se uma correspondência entre dimensões e proposições. (Quadro 5)

**Quadro 5-** Relação entre as dimensões e as Proposições

	<b>Dimensões</b>	<b>Proposições</b>
	Respeito	<b>1</b>
	Confiança	<b>2</b>
	Parceria	<b>3;4;11;13;18;19;20</b>

<b>Domínio da Interação Enf.º/Dte.</b>	Tomada de decisão	<b>5;10;15;22</b>
	Responsabilização	<b>14</b>
	Envolvimento da Família	<b>7,16</b>
	Autonomia	<b>6;14;25</b>
	Poder	<b>5;10;15;21;22</b>
	Negociação	<b>9</b>
	Relação Terapêutica	<b>23</b>
	Empatia	<b>8;13</b>
<b>Domínio do Enf.º</b>	Disponibilidade	<b>26;27;28</b>
	Capacitação	<b>9;25</b>
	Dar Informação	<b>12;16;17;24;29;30</b>
	Maturidade	<b>29;30</b>
	Segurança	<b>29;30</b>
	Capacidade de Ouvir	<b>27</b>

Cada uma destas proposições dizem respeito a uma ou mais dimensões e cada dimensão tem agregada uma ou mais dimensões. As dimensões com maior número frequência de UE, foram aquelas que tiveram maior de proposições no instrumento de colheita de dados. Esta proporcionalidade visa permitir a validação quantitativa das dimensões com maior número de UE, resultado do estudo qualitativo

Segundo Fortin (2000), no questionário as questões são construídas com o objectivo de colher informação relativa aos indivíduos, aos acontecimentos ou às situações conhecidas por estes indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos mesmos”.

Assim o nosso questionário definitivo (Anexo IV) tem duas partes, uma com 30 proposições decorrentes das principais dimensões emergentes das entrevistas e outra para a caracterização da amostra. Em cada uma das afirmações constantes no questionário era solicitado que o enfermeiro se posicionasse, assinalando com um círculo ou uma cruz, quanto à **importância** que atribuía ao item e à **frequência** com que

o executava, permitindo analisar o confronto entre a sua percepção e a prática, ou entre o que desejável socialmente e o que acontece na realidade. Utilizamos uma escala tipo Likert de 6 pontos, de *nenhuma* a *total* (com a seguinte ancoragem: *Nenhuma, Muito Reduzida, reduzida, moderada, elevada e muito elevada*) para a variável importância, é de *nunca* a *sempre*, (com a seguinte ancoragem: *nunca, muito raramente, raramente, frequentemente, quase sempre e sempre*) para a variável frequência. Este instrumento de colheita de dados foi aplicado ao total da amostra em estudo, tendo em conta os princípios éticos e as garantias de anonimato e confidencialidade.

Decidimos entregar um questionário a cada enfermeiro que se encontrava nos serviços, um total de 190 questionários, tendo recebido 153 questionários.

### **Estudo da adequação do Instrumento de colheita de dados**

O pré-teste aplicou-se a cerca de 7 enfermeiros seleccionados aleatoriamente, pertencentes a um outro serviço da mesma unidade hospitalar. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), o pré-teste permite aferir previamente o questionário, através da sua aplicação a um número reduzido de indivíduos com características semelhantes aos do estudo.

Através da análise dos pré-testes constatámos que todos os enfermeiros tiveram dúvidas e referiram dificuldades nas respostas às proposições 25, 26, 27 e 29. Neste sentido, no processo de aferição do questionário estas foram eliminadas e as restantes foram mantidas porque estavam na totalidade devidamente respondidas, sem referência a qualquer necessidade de esclarecimento, demonstrando que estavam claras.

#### **5.2.3.1. Validade**

Para avaliar a consistência interna do instrumento de colheita de dados avaliou-se o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. O valor encontrado é de 0,940 para as proposições relativas à *importância* e 0,901 para as relativas à *frequência*; o que significa que o instrumento apresenta um elevado nível de estabilidade e consistência na totalidade das proposições.

---

#### 5.2.4. *Análise Descritiva*

A análise descritiva permitiu-nos analisar a importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment, assim como a frequência percebida para o mesmo fenómeno. Através da análise descritiva da variável *importância* (Anexo V) verifica-se que as médias são maioritariamente elevadas. Neste sentido, os enfermeiros consideram tendencialmente, os itens à direita da escala, ou seja, acima do ponto médio, como de maior importância. Esta variável possui uma atribuição mais teórica, relacionada quer com o reconhecimento social, como com os modelos teóricos que orientam a prática.

Relativamente à análise descritiva da variável *frequência*, (Anexo VI) apresenta igualmente médias elevadas, mas inferiores à anterior. Esta variável traduz a percepção dos enfermeiros relativamente ao que realmente fazem na sua prática diária, ou seja, tem uma vertente mais próxima do real ou mais operacional.

Cada profissional, com base no seu modelo da prática de cuidados de Enfermagem, atribui determinado nível de *importância* a cada aspecto inerente à sua prática, pelo que esta variável tem um perfil mais teórico. Enquanto a *frequência* é traduzida pela sua auto percepção do profissional relativamente à realidade da sua prática, esta variável tem deste modo um perfil mais próximo da prática.

Na variável *importância*, o intervalo de variação foi totalmente percorrido num moderado número de itens., enquanto na variável *frequência*, o intervalo de variação foi percorrido num elevado número de itens.

O desvio padrão apresenta valores que variam entre 0,47 e 1,17.

#### 5.2.5. *Análise Factorial*

Como forma de isolarmos as dimensões subjacentes às escalas de *Importância* e *Frequência*, realizámos a Análise Factorial exploratória, de componentes principais. A decisão de procedermos a este tipo de análise prende-se com a necessidade de identificarmos quais das dimensões que emergiram do estudo quantitativo, e portanto que são percebidas pelos enfermeiros, como importantes para o empowerment. Através da Análise Factorial pretendemos uma redução do número de itens, agregados em dimensões a partir deste procedimento, que é frequentemente utilizado quando se pretende construir ou validar escalas ou instrumentos. Estas variáveis traduzem as dimensões de maior peso, ou seja uma maior saturação.

A importância deste procedimento deve-se também ao facto de permitir a comparação dos factores com as dimensões que emergiram no estudo qualitativo, e posteriormente relaciona-las com e com as variáveis atributo, com a finalidade de responder aos objectivos anteriormente definidos.

A selecção dos itens a partir de análise factorial prende-se com o seu nível de saturação (peso), assim foi definida a seguinte regra:

- Saturação >0,40 em cada item

Na Variável *Importância* forçamos uma estrutura com 3 factores, que explicam 53% da variância com um bom KMO (0,816).

Os factores agregam itens da variável *Importância* que se relacionam com:

- **Relação de Parceria com o doente e família:** relação baseada na Responsabilização e na promoção do poder do doente para que informadamente possa tomar decisões - *Factor 1*
- **Disponibilidade para o doente e família:** promotora de uma relação terapêutica e empática, sendo um dos objectivos o da capacitação-*Factor 2*

- **Dar Informação:** numa relação de Parceria em que se pretende que o doente desenvolva o seu processo de tomada de decisão de forma autónoma e informada - **Factor 3**

Com o objectivo de clarificar esta agregação, no Quadro .... é apresentada uma síntese dos factores, denominação e respectivos itens.

#### Quadro 6 - Factores da variável *Importância*

Factores da variável <i>Importância</i>		Itens
F1-IMPParc	Parceria	9;11;13;14;15;16;17;18;19; 20;21;22
F2-IMPDisp	Disponibilidade	1;3;7;8;23;24;24;25;26;27; 28;29;30
F3-IMPIInf	Dar Informação	2;4;5;6;10;12;

Na Variável *Frequência* forçamos uma estrutura com 4 factores, que explicam 49% da variância com um KMO razoável (0,705) (Tabela nº....) . .

Os factores agregam itens da variável *Frequência* que se relacionam com:

- **Dar Informação:** numa relação de Parceria em que se pretende que o doente desenvolva o seu processo de tomada de decisão de forma autónoma e informada - **Factor 1**
- **Disponibilidade para o doente e família:** numa relação terapêutica baseada na Parceria e na Empatia - **Factor 2**

- **Relação de Confiança:** inerente a uma relação de Parceria - *Factor 3*
- **Relação de Parceria com o doente e família:** relação baseada na Responsabilização e na promoção do poder do doente para que informadamente possa tomar decisões - *Factor 4*

Com o objectivo de clarificar esta agregação, no Quadro .... é apresentada uma síntese dos factores, denominação e respectivos itens.

#### Quadro 7 - Factores da variável *Frequência*

Factores da variável <i>Importância</i>		Itens
F1-FREQInf	Dar Informação	1;3;4;5;6;7;9;10;12;15
F2-FREQDisp	Disponibilidade	8;19;22;23;26;27;28;30
F3- FREQConf	Confiança	2;11;13;24;25;29
F4-FREQParc	Parceria	14;16;17;18;20;21

De salientar, que ao forçarmos ambas as estruturas *Importância* (*variância explicada de 53%*) e *Frequência* (*variância explicada de 49%*) para um número fixo de factores, tivemos em conta a variância explicada. Assim, a escolha do número de factores teve como critério uma maior percentagem de variância explicada, para além da verificação da possibilidade da agregação dos itens.

---

### 5.2.6. *Análise Inferencial*

Resultado da análise factorial surgiram um subconjunto de dimensões pertencentes à estrutura *Importância*. Assim com a análise inferencial, iremos a analisar a relação destas com as variáveis atributo, para dar resposta aos seguintes objectivos:

- Analisar a relação entre o sexo e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros
- Analisar a relação entre a idade e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros
- Analisar a relação entre o tempo de experiência profissional e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros
- Analisar a relação entre a categoria profissional e o reconhecimento da importância do *empowerment* pelos enfermeiros

#### **-Testes Estatísticos**

Para Fortin (2003,p.289), “existem duas grandes categorias de análise estatística: os testes paramétricos e os testes não paramétricos”. A mesma autora considera que a análise inferencial permite dar resposta objectivos delineados, certificando-se da relação existente entre as variáveis. (Fortin 2003).

Segundo Pereira (2004, p.128) para utilizarmos os testes paramétricos temos que ter em conta os seguintes critérios:

- As variáveis devem se naturalmente numéricas;
- Os resultados devem distribuir-se normalmente, mas dada a elevada robustez deste tipo de testes, estes podem ser utilizados mesmo que este critério não esteja presente;

- Deve haver homogeneidade da variância, ou seja, a variabilidade dos resultados em cada situação deve ser sensivelmente a mesma, mas se o número de sujeitos for o mesmo em cada situação este critério deixa de ser importante;

Os testes paramétricos utilizados, para analisar inferencialmente a relação entre as variáveis, são os seguintes:

- ❖ **Correlação  $r$  de Pearson** – para analisar a relação entre as variáveis:
  - MEDIAIMP (média da variável *Importância*) e FREQIMP ( média da variável *Frequência*)
  - IMPParc, IMPDisp e IMPInf (dimensões da variável *Importância*: Parceria, Disponibilidade e Dar Informação)
- ❖ **Coefficiente de Regressão Linear** - para analisar a relação entre:
  - As variáveis IMPParc, IMPDisp, IMPInf e as variáveis idade e tempo de experiência profissional
- ❖  **$t$  de Student para amostras independentes** - para analisar a relação entre:
  - As variáveis IMPParc, IMPDisp, IMPInf e as variáveis género e categoria profissional

#### - Análise da relação entre a variável *Importância* e *Frequência*

Para analisarmos a relação entre a variável *Importância* e a variável *Frequência* criámos duas novas variáveis:

- ❖ Média dos 30 itens da variável *Importância* - MEDIAIMP
- ❖ Média dos 30 itens da variável *Frequência* - MEDIAFREQ

Com estas duas novas variáveis foi possível calcular a correlação de Pearson entre ambas, tendo verificado que existe uma correlação significativa positiva (Tabela nº1).

**Tabela nº 1- Correlação  $r$  de Pearson entre as variáveis MEDIAIMP e MEDIAFREQ**

Dimensões	Estatística	MEDIAIMP	MEDIAFREQ
MEDIAIMP	r	1	,398**
	p		,000
MEDIAFREQ	r	,398**	1
	p	,000	,000

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$

A análise factorial permitiu-nos isolar 3 factores da estrutura *Importância* e 4 factores da estrutura *Frequência*. No entanto, para efectuarmos a restante análise inferencial, eliminámos a estrutura *Frequência*, uma vez que a estrutura *Importância* explica melhor os dados resultantes do estudo qualitativo, a sua variância explicada é superior à da outra estrutura, está mais próxima dos modelos teóricos estruturantes deste estudo, nomeadamente o de Gibbson e permitindo simultaneamente dar resposta aos objectivos do estudo.

Assim, considerámos apenas, para a Análise Inferencial as 3 variáveis relativas à estrutura *Importância*, que emergiram da análise factorial. Estas variáveis correspondem às dimensões que emergiram da análise factorial e são as seguintes:

- IMPParc- **Parceria**
- IMPDisp- **Disponibilidade**
- IMPInf- **Dar Informação**

A literatura considera o *empowerment* como um constructo multidimensional, constituído por diversas dimensões ou factores, o que vem no mesmo sentido da estrutura multifactorial encontrada neste estudo.

Assim para percebermos se estes três factores se encontram correlacionados, elaborámos a Matriz de correlação de Pearson. Através da análise da correlação de Pearson entre todas as 3 variáveis, verificámos que existe relação linear significativa positiva, o que reforça a importância destas dimensões para o constructo *Empowerment* (Tabela nº2). No entanto, apesar de estas variáveis fazerem parte do mesmo constructo é esperado, uma vez que se realizou a análise factorial com rotação varimax, que estas tenham uma capacidade unidimensional de produzir variância.

**Tabela nº 2 - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson das Variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf**

Dimensões	Estatística	IMPParc	IMPDisp	IMPInf
IMPParc	r	1	,728**	,523**
	p		,000	,000
IMPDisp	r	,728**	1	,615**
	p	,000		,000
IMPInf	r	,523**	,615**	1
	p	,000	,000	

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$

\* Correlação significativa para  $p < .05$

**- Análise da relação entre as variáveis *Parceria, Disponibilidade e Dar Informação e as variáveis de atributo***

❖ **Género**

Verifica-se que não existem diferenças estatísticas. Mas a ligeira diferença entre os dois géneros, pode sugerir que com um maior número de  $n$ , se poderia validar esta tendência. A diferença de  $n$  entre as duas sub-amostras pode também influenciar os resultados.

No entanto, os enfermeiros do género feminino apresentam uma modesta tendência de atribuir uma maior importância a estas dimensões do que os do género masculino, mas este facto não é estatisticamente significativo, para  $p < 0.1$  (Tabela nº3).

Por outro lado também pode significar que o grupo profissional na sua globalidade está na actualidade igualmente atento a estas questões apesar de historicamente a enfermagem ser considerada uma profissão feminina é crescente o número de enfermeiros do género masculino.

**Tabela nº3 - Valores médios das variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf segundo o género e Teste- *t* de student**

	Género	N	Média	Desvio Padrão	<i>P</i>
<b>IMPParc</b>	Feminino	98	5,3308	,53372	,215
	Masculino	48	5,2049	,59000	
<b>IMPDisp</b>	Feminino	103	5,7201	,34731	,280
	Masculino	48	5,5399	,50529	
<b>IMPInf</b>	Feminino	104	5,6603	,38995	,17
	Masculino	49	5,4388	,57201	

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$

\* Correlação significativa para  $p < .05$

### ❖ Idade e Tempo de Experiência Profissional

Na tabela nº 4 é possível constatar-se que também não existem diferenças estatísticas. E de igual modo, a ligeira diferença entre as duas sub-amostras pode sugerir que com um maior número de *n*, se poderia validar esta tendência.

A diferença de *n* entre as duas sub-amostras pode também influenciar os resultados.

Ainda assim, verifica-se que os *scores* das médias dos enfermeiros com idade superior ou igual a 35 anos, são ligeiramente mais elevados, indicando uma maior atribuição de importância às dimensões **Parceria** e **Dar Informação**. Enquanto que os enfermeiros com idade inferior a 35 anos, apresentam médias com *scores* também ligeiramente mais elevados na dimensão **Disponibilidade**.

Estes valores mostram que em termos gerais ambos os grupos valorizam de igual modo as dimensões em análise. Se por um lado era legítimo supor que os enfermeiros mais velhos valorizam mais determinada dimensão também os mais novos estão têm eventualmente menos desgaste profissional e portanto acabam por assim colmatar a menor experiência, manifestando-se assim de igual modo, na sua abordagem profissional.

**Tabela nº 4- Valores médios das variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf segundo a idade – Teste - t de student**

	Idade	N	Média	Desvio Padrão	p
IMPParc	>= 35	24	5,3750	,53388	,855
	< 35	122	5,2725	,55846	
IMPDisp	>= 35	27	5,6080	,49507	,239
	< 35	124	5,6747	,39194	
IMPInf	>= 35	29	5,6724	,37396	,862
	< 35	124	5,5699	,48421	

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$

\* Correlação significativa para  $p < .05$

Na tabela nº5 é possível verificar-se que também não existem diferenças estatísticas. E da mesma forma, a ligeira diferença entre as duas sub-amostras pode indicar que com um maior número de  $n$ , se conseguiria validar esta tendência.

A diferença de  $n$  entre as duas sub-amostras pode também influenciar os resultados.

Os scores das médias dos enfermeiros com idade superior ou igual a 35 anos, são ligeiramente mais elevados indicando uma maior atribuição de importância às dimensões **Parceria** e **Dar Informação**. Enquanto que os enfermeiros com idade inferior a 35 anos, apresentam um discreto aumento nos scores das médias da dimensão **Disponibilidade**.

**Tabela nº 5 - Valores médios das variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf segundo os anos de Experiência Profissional - Teste *t* Student**

Tempo de Experiência Profissional		N	Média	Desvio Padrão	P
IMPParc	>= 15,00	18	5,2593	,49745	,964
	< 15,00	128	5,2936	,56316	
IMPDisp	>= 15,00	21	5,5476	,53070	,152
	< 15,00	130	5,6814	,38789	
IMPInf	>= 15,00	23	5,6739	,31972	,862
	< 15,00	130	5,5744	,48671	

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$

\* Correlação significativa para  $p < .05$

Através da análise da tabela referente à análise de Regressão e tal como era esperado, pela análise das tabelas anteriores vimos confirmar que as variáveis independentes (idade e tempo de experiência profissional) não influenciam as variáveis dependentes (Parceria, Disponibilidade e Dar Informação).

**Tabela nº6- Coeficiente de Regressão entre as variáveis IMPParc, IMPDisp e IMPInf a Idade e o Tempo de Experiência Profissional**

Estatística		$\beta$	$p$
IMPParc	Idade	,057	,855
	Tempo de Experiência Profissional	-,014	,964
IMPDisp	Idade	,365	,239
	Tempo de Experiência Profissional	-,444	,152
IMPInf	Idade	,057	,862
	Tempo de Experiência Profissional	,022	,946

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$

\* Correlação significativa para  $p < .05$

Na tabela nº 7 foram retiradas as categorias de Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Especialista, porque apresentavam um  $n$  muito reduzido (entre 1 e 3). Também nesta tabela é possível verificar-se que não existem diferenças estatísticas. Sendo que, a ligeira diferença entre as duas sub-amostras pode indicar que com um maior número de  $n$ , conseguir-se-á consolidar esta tendência.

Os Enfermeiros Graduados apresentam uma discreta tendência, na atribuição de maior reconhecimento de importância das dimensões **Parceria** e **Dar Informação**. Enquanto que os restantes reconhecem uma maior importância à dimensão **Disponibilidade**.

**Tabela nº7- Valores médios das IMPParc, IMPDisp e IMPInf variáveis segundo a Categoria Profissional –Teste  $t$  Student**

Categoria Profissional		N	Média	Desvio Padrão	$p$
IMPParc	Enfermeiro	99	5,2542	,58265	,356
	Enfermeiro	43	5,3430	,49742	
	Graduado				
IMPDisp	Enfermeiro	101	5,6658	,41841	,572
	Enfermeiro	45	5,6241	,40810	
	Graduado				
IMPInf	Enfermeiro	101	5,5561	,49513	,311
	Enfermeiro	47	5,6348	,40771	
	Graduado				

\*\* Correlação significativa para  $p < .01$

\* Correlação significativa para  $p < .05$

### **5.3. Limitações do Estudo**

As limitações deste estudo prendem-se com a proximidade do investigador ao contexto da investigação e com a necessidade de desenvolver um instrumento adequado à população em estudo, que ainda não foi aferido nem validado, o que se tentou fazer parcialmente neste estudo. Existe ainda outra limitação, relativa à dimensão da amostra que não permite a realização da análise factorial mais aprofundada para a selecção dos

itens de ambas as escalas (*Importância* e *Frequência*) presentes no instrumento de colheita de dados.

Salienta-se ainda, que é possível que a maioria dos participantes desconheça o conceito de *empowerment*, pelo que se torna necessário fazer formação e sensibilização na lógica da centralidade da decisão e do poder no cliente .

## 6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo permitiu-nos através do processo analítico dos dados, em confronto com os pressupostos teóricos, dar resposta aos objectivos da investigação.

Relativamente às características da nossa amostra, esta tem um total de 153 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (68%), com uma média de idades nos 30 anos e uma média de tempo de experiência profissional de 8 anos. Quanto à experiência profissional, a maioria são Enfermeiros e Enfermeiros Graduados.

O estudo qualitativo permitiu identificar um conjunto de dimensões do empowerment, percebidas como importantes para os enfermeiros, que são as seguintes: *Confiança, Parceria, Tomada de Decisão, Responsabilização, Envolvimento da Família, Autonomia, Poder, Negociação, Relação Terapêutica, Empatia, Disponibilidade, Capacitação, Dar Informação, Maturidade, Segurança e Capacidade de ouvir*. Estas serviram de base para a construção do instrumento de colheita de dados.

De realçar, que destas existe um conjunto que estão presentes de forma implícita no modelo de Gibson (1991), que serviu de modelo âncora deste estudo : *Confiança, Empatia, Tomada de Decisão e Negociação*.

No entanto existem outras que não estão, mas emergiram do estudo qualitativo, nomeadamente *Parceria, Responsabilização, Envolvimento da Família, Autonomia, Poder, Relação Terapêutica, Disponibilidade, Capacitação, Maturidade, Segurança e Capacidade de ouvir*.

Do total de dimensões emergentes do estudo qualitativo temos que salientar as principais dimensões, uma vez que estas tiveram maior número de unidades de enumeração: *Parceria, Tomada de Decisão, Autonomia, Poder, Disponibilidade e Dar Informação*.

Apesar de ter sido questionado nas entrevistas a possibilidade de existirem outro tipo de dimensões, para além das comportamentais, estas não surgiram.

Decorrente da análise descritiva, verificámos que os enfermeiros atribuem em média, um elevado nível de *importância* às dimensões do empowerment, sendo que estes resultados podem estar relacionados com o desejável socialmente e nos pressupostos da

boa prática profissional. A percepção dos enfermeiros, no que diz respeito à *frequência*, da utilização das dimensões do *empowerment* apresenta igualmente médias elevadas, mas inferiores às da *importância*. Havendo assim uma diferenciação entre aquilo que se considera importante e desejável socialmente e a percepção da frequência do respectivo comportamento na prática.

A atribuição e o reconhecimento da importância pode ainda reflectir aquilo que os enfermeiros consideram o ideal na abordagem profissional e do seu próprio desenvolvimento relativamente a esta problemática.

Como o objectivo de isolarmos as dimensões subjacentes às escalas de *Importância* e *Frequência*, realizámos a Análise Factorial Exploratória, de Componentes Principais. Este procedimento estatístico permitiu-nos identificar quais as dimensões, que emergiram do estudo quantitativo, são percebidas pelos enfermeiros como importantes para o empowerment. Assim, foi possível identificarmos as dimensões que explicam maior nível de variância, que são as seguintes: a *Parceria*, a *Disponibilidade* e o *Dar Informação*. Estas dimensões, constituem um sub-grupo de dimensões também emergiram do estudo qualitativo, e obtiveram um elevado número de unidades de enumeração, nomeadamente a Parceria com 14 EU, a Disponibilidade com 5UE e o Dar Informação com 13UE.

O modelo de Gibson, não apresenta implicitamente as dimensões *Parceria e o Dar Informação*, no entanto podemos considerar que o seu âmbito está representado respectivamente nas dimensões *Estabelecimento de objectivos mútuos* (Domínio da Interação doente-enfermeiro) e *Educador* (Domínio do Enfermeiro), presentes neste modelo.

No que diz respeito à dimensão *Disponibilidade*, Swanson (1991) considera que a “disponibilidade” apresenta um elevado significado para a relação terapêutica, no sentido que traduz que estamos ali para o doente e pode ser transmitido ao nível verbal e não verbal. Mesmo quando o enfermeiro não tem tempo deverá manifestar o seu interesse pela necessidade do doente, dizendo-lhe que voltará logo que possa.

Relativamente à relação destas três variáveis (Parceria, a Disponibilidade e o Dar Informação), com as variáveis atributo (género, idade, tempo de experiência

profissional e categoria profissional) verifica-se que não existem diferenças estatísticas. Sendo que, provavelmente seria necessário um maior número de  $n$ , para conseguirmos concluir algo mais consistente.

No entanto, tendencialmente os enfermeiros do género feminino, atribuem maior importância a estas dimensões do que os do género masculino. Os mais jovens, em idade e tempo de experiência profissional, atribuem maior importância à **Disponibilidade** para o doente e família. Este aspecto deve-se talvez, ao facto de que este grupo ter sido, mais recentemente, desperto para esta questão, no momento da sua formação básica ou porque se encontra, naturalmente, menos exausto, pois são mais jovens que têm menos tempo de profissão. Enquanto que os mais experientes valorizam mais a dimensão **Dar Informação**, que exige Maturidade e Segurança, quer no conteúdo (rigor técnico-científico) como na forma (metodologia e estratégias utilizadas) de desenvolver um processo de ensino e capacitação do doente e família, conscientes das inúmeras dúvidas e solicitações inesperadas que estes podem colocar.

Os Enfermeiros Graduados apresentam um maior reconhecimento da importância das dimensões **Parceria** e **Dar Informação**. Enquanto que os restantes reconhecem maior importância à dimensão **Disponibilidade**. Estes factos apoiam-se ainda, nos dados relativos à idade e tempo de experiência profissional, porque são os mais jovens que têm tendencialmente uma categoria de Enfermeiros são também aqueles que dão maior importância à dimensão **Disponibilidade**.

Com base nos dados deste estudo pode-se eventualmente concluir que os enfermeiros reconhecem no empowerment um elevado nível de importância, provavelmente devido ao que é socialmente aceite, uma vez que a frequência percebida da sua utilização é inferior, Sendo que a dinâmica do empowerment apoia-se na díade entre a relação e a informação. Uma relação terapêutica enfermeiro/doente, com a utilização dimensões relacionais/cognitivas/afectivas (Benner, 2001; Ersser, 1991; Orlando, 1961, Peplau, 2001) mas também o apelo às dimensões relativas à transmissão de informação, (Benner, 2001, McMahon e Pearson, 1991 ;Vaughan, 1991). Tal como enuncia Lopes (2005) no seu estudo de investigação, em que no Processo de intervenção terapêutica de enfermagem interagem diversos instrumentos, mas destacou dois pilares essenciais:

- **Gestão de sentimentos:** espaço-tempo para a expressão de sentimentos e promoção de confiança/segurança
- **Gestão de informação:** estreita ligação com a gestão de sentimentos e de acordo com as necessidades do doente e família.

Com a análise deste modelo observamos mais uma vez a dicotomia entre a **Relação** ( carácter afectivo ) e a **Informação**.(carácter de educação terapêutica)

Com as especializações e depois com a formação avançada, verificou-se um maior investimento na area relacional e conseqüentemente um incremento na intervenção relacional terapêutica, quer como uma necessária competência na formação inicial, mas também como um indicador da qualidade dos cuidados (Lopes, 2006).

No entanto parece-nos que ainda há um caminho a percorrer na consolidação da vertente terapêutica nas intervenções de âmbito relacional, através de uma relação enfermeiro/doente, baseada no empowerment, na parceria, na confiança, na disponibilidade, na proximidade única que caracteriza a prática de enfermagem e no desenvolvimento da competência educacional. Este processo terá que ser desenvolvido ao nível da formação de novos enfermeiros, na formação continua e ao nível de outros estudos de investigação. Através da promoção da reflexão critica relativa à intencionalidade da prática e à forma como a descrevemos, o que condiciona o processo de visibilidade interna e externa das intervenções de Enfermagem e a monitorização do seu impacto na saúde da população.

Apesar de considerarmos que a construção de um modelo factorial consistente e validado, implicaria o desenvolvimento de uma análise factorial confirmatória. O facto de possuirmos valores de KMO ( Teste de Kolmogorov-Smirnov) e alfa de cronbach que são aceitáveis leva-nos a aceitar a estrutura factorial emergente. Desta forma é possível considerarmos, a importância das dimensões a **Parceria**, a **Disponibilidade** e o **Dar Informação**, para a utilização do empowerment na relação terapêutica enfermeiro/doente, o que se verifica coerente com os pressupostos teóricos apresentados.

## **BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA**

Aujoulat, I.; Hoore, W.; Deccache, A. – **Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony?** *Patient Education and Counseling*. 66:1 (Novembro 2006) 1-8.

American Nurses' Foundation, (1989) **On Specialization in Nursing: Toward a New Empowerment**. American Nurses' Foundation, Kansas City, Missouri.

Anderson R. Funnell M.; Butler P.; Arnold M.; Fitzgerald J. e Feste C. (1995) **Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial**. "Diabetes Care".

Barcia, D. (1988) **Los derechos de los enfermos**, *Boletín de Psicología*, 19, p.7-31

Bardin, L. (2004) **Análise de conteúdo**. Edições 70. Lisboa

Benner, P. (2001) **De Iniciado a Perito**. Quarteto Editora

Bottorff, J. e Varcoe, C. (1995) **Transitions in nurse-patient interactions: a qualitative ethology**, *Qualitative Health Research*

Butterfield, P. (1990) **Thinking upstream: nurturing a conceptual understanding of the societal context of health behaviour**, *Advances in Nursing Science*.

Carapinheiro G (1993) **Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares**. Edições Afrontamento

Carmo, H.; Ferreira, M. (1998) **Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-Aprendizagem**. Universidade Aberta. Lisboa

Carpenito, L.J. (1991) **The NANDA definition of nursing diagnoses**, Philadelphia

Chinitiz, D. – **Citizen empowerment: opportunities or threats for health management?** Eurohealth. 11:3 (2005) 2.

Colliére, M F (1989) **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa

Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde, 4, Jacarta, Indonésia, 1997 = Fourth International Conference on Health Promotion, Jacarta, Indonesia, 21-25 July 1997 – The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century. Copenhaga: WHO, 1997.

Craveiro, A. C. P. – **Comissões de acompanhamento externo dos Serviços de Saúde: que contributo para o *empowerment* dos cidadãos?** Dissertação de Pós-Graduação em Administração Hospitalar, no âmbito do XXVIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 1998/2000. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2000.

Cyrułnik, M. B (2002) **Os benefícios da mentira na relação de ajuda**, Lisboa

Davis A. (1988) **Radical perspectives on the *empowerment* of Afro-American women: lessons for the 1980s.** Harvard Educational Review.

Declaração Ministerial Do México Para A Promoção Da Saúde. In: Conferência Global Sobre Promoção Da Saúde, 5, Cidade Do México, 5-9 De Junho De 2000 – Promoção Da Saúde: Rumo A Uma Maior Equidade. Copenhaga: Who, 2000.

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**

Descartes, R. (1976) **Discurso do Método: As paixões da Alma**, Ed. Livraria Sá da Costa, Lisboa

Durá, E.; Dias, M. (1997) **Relação médico doente em psicologia oncológica: aspectos éticos, sociais e legais**, Psicologia: Teoria e Prática

Epp, J. (1987) **Jake Epp on achieving health for all**. *Health Promotion*.

Ersser, S (1988) **Nursing beds and nursing therapy**, London

Fagan, W. (1989) **Empowered students; empowered teachers**. *The Reading teacher*.

Fotaki, M. – **The impact of the market oriented reforms on information and choice: case study of cataract surgery in outer London and County Council of Stockholm**. *Social Science and Medicine*. 48:10 (1999) 1415-1432.

Fortin, M. (2000) **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 2ªed. Lusociência, Loures

Friedmann, J. (1996), **Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo**. Celta Editora.

Gândara, M. M. (1994), **O poder na relação enfermeiro/doente** –Tese de Dissertação, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1992) **O inquirito: teoria e prática**. Celta Editoras, Oeiras

Gibson, C. (1991) **A concept analysis of patient empowerment**. *Journal of Advanced Nursing*, 16.

Global Conference On Health Promotion, 6, Bangkok, Thailand, 7-11 August 2005 – [Em

Linha] Policy And Partnership For Health Promotion: Addressing The Determinants Of Health. Thailand: WHO, 2005. [Consult. 08.03.2007]. Disponível Em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>

Global Initiative For Chronic Obstrutive Lung Disease (GOLD) – [Em Linha] Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Geneva: WHO, 2005. [Consult. 08.03.2007]. Disponível Em <http://www.goldcopd.org/Guidelineitem.Asp?L1=2&L2=1&Intid=989>

Gomes I. (2002) **O erro de narciso**. Universidade Aberta, Dissertação de Mestrado.

Haber, J et all.(1997) **Comprehensive Psychiatric Nursing**, Mosby

Haney P. (1988) **Providing empowerment to the person with AIDS**. *Social Work*.

Hogan, R (1969) **Development of an Empathy Scale**, Journal Consult Clinical

Hartigan E (1990) **Discharge planning and continuity of care**. The nursing profession: turning points.

Hegar R. & Hunzeker J. (1988) **Moving toward empowerment-based practice in public child welfare**. *Social Work*.

Hewison, A (1995) **Nurses power interactions with patients**, Journal of Advanced Nursing, 21.

Hess, R. (1984) **Thoughts on empowerment**. *Prevention in Human Services*.

Honoré, B (2002) **A saúde em projecto**, Lusociência, Edições técnicas e científicas, Loures

Howorka, K., *et al.* – **Empowering diabetes out patients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment or perceived control over diabetes.** *Journal of Psychosomatic Research.* 48:1 (Janeiro 2000) 37-44.

International Conference On Health Promotion, 2, Adelaide, South Australia, 5-9 April 1998 – Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Copenhaga: WHO, 1998 (WHO/HPR/HEP/95.2).

International Conference On Health Promotion, 3, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991 – Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Copenhaga: WHO, 1991 (WHO/HPR/HEP/95.3).

Katz, R. (1984) **Empowerment and synergy: expanding the community's healing resources.** *Prevention in Human Services.*

Kendall S. (1998) **Health and empowerment.** *Arnold Publishers.*

Kerouác, S (1994) **La pensée infirmière.** Editions Malouine

Kieffer, C. (1984) **Citizen empowerment: a developmental perspective.** *Prevention in Human Services.*

Kirp, D. & Epstein, S. (1989) **AIDS in America's schoolhouses: learning the hard lessons.** *Phi Delta Kappan.*

Kurty, K. (1984) **Power in a new key: the hidden resources of empowerment.** *Philippine Journal of Nursing.*

Labonte, R. (1989) **Community and professional empowerment.** *The Canadian Nurse.*

Lego, S (1999) **The one-to-one nurse-patient relationship**, Perspective in Psychiatric Care

Levine, M.J. (1973) **Introduction to clinical nursing**, Philadelphia

Lopes, M (2006) **A relação enfermeiro/doente: como intervenção terapêutica**, Formasau, Coimbra

Maglacas, A. (1988) **Health for all: nursing's role**. *Nursing Outlook*.

Mason, G & Attree,M (1997) **The relationship between research and the nursing process in clinical practice**, Journal Advance Nursing, 26

McMahon, R & Pearson, A (1991) **Nursing as Therapy**. Chapman & Hall

Meleis, A. I. (1997) **Theoretical nursing: Development and progress**, Philadelphia

Mesquita, C. (2003) **Empowerment na doença crónica: um estudo de caso**. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Minkler, M. & Cox, K. (1980) **Creating critical consciousness in health: applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting**. *International Journal of Health Services*.

Mok, E (2001) **Empowerment of cancer patients: from a Chinese perspective**. *Nursing Ethics*, 8.

Morse, J (1992) **Beyond empathy:expanding expressions of caring**, Journal Advance Nursing 17

Neuhauser, D. – **The coming third health care revolution: personal empowerment**.

**Quality Management Health Care.** 12:3 (Julho-Setembro 2003) 171-184.

Neuman, B (1982) **The Neuman systems model: application to nursing education and practice**, Norwalk

Nightingale, F. (1946) **Notes on Nursing: What is, and what it not**, Facsmile of the First Edition, Philadelphia

Observatório Português Dos Sistemas De Saúde – *O estado da Saúde e a saúde do Estado*. Relatório da Primavera 2001. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. OPPS, 2001.

Ordem dos Enfermeiros (2003) **Do caminho Percorrido e das Propostas-Conselho de Enfermagem**, Lisboa

Orem, D (1995) **Nursing concepts of practice**, New York

Orlando, I. (1961) **The dynamics nurse-patient relationship**, New York

Ornelas, J. (1997) **Psicologia Comunitária: Origem, fundamentos e áreas de intervenção**. Análise Psicológica

Ouschan, R. & Sweeney, J. & Johnson, L. (2000) **Dimensions of Patient Empowerment: Implications for Professional Services Marketing**. *Health Marketing Quarterly*.

Palsson, M & Norberg, A.(1995)- **Breast cancer patient's experiences of nursing care with the focus on emotional support**, *Journal Advanced Nursing*, 21

Peplau, H.(2003) **Interpersonal Relations in Nursing**, Palgrave Macmillan, New York

Pereira, A. (1999) **SPSS- Guia Prático de Utilização**, Ed. Sílabo

Pinderhughes, E. (1983) *Empowerment for our clients and ourselves. Social Casework.*

Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995) **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. Artes Médicas, Porto Alegre

Portugal. Ministério Da Saúde. Direcção-Geral Da Saúde – *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação*. Relatório do Director e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

Portugal. Ministério Da Saúde – *Saúde um compromisso, a estratégia de saúde para o virar do século (1998- 2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Saúde, que rupturas?* Relatório da Primavera 2003. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Price, K. (1988) **Empowering preadolescent and adolescent leukaemia patients**. *Social Work.*

Quivy, R; R.; Campenhoudt, L.(1998) **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva, Lisboa

Rappaport, J. (1984) **Studies in empowerment: Introduction to the issue**. *Prevention in Human Services.*

Rebelo, T. (1996) **Os discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem: contributo para a análise de representações sociais de enfermagem**, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação- Área da Pedagogia da Saúde, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa

Reis, Joaquim da Cruz (1998), **O sorriso de Hipócrates- A integração biopsicossocial dos processos de doença**, 1ªEd.,Veja, Lisboa

Reynolds, P. (1971) **A Primer in Theory Construction**. Bobbs-Merrill, Indianapolis.

Ribeiro (1995) **Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral**, Educa Lisboa

Roy, Callista (1976) **Introduction to nursing: an adaptation model**, New Jersey

Sakellarides, C. – *O sistema de saúde e a sua evolução: da protecção social à governação em saúde: apontamentos*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

Saltman, R. – «Patient choice and patient empowerment in Northern European Health Systems: a conceptual framework». **International Journal of Health Services**. 24:2 (1994) 201-229.

Schulz, A. & Israel, B. & Zimmerman, M. & Checkoway, B. (1995) **Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels**, Health Education Research.

Silva, C. & Martínez, M. L. **Empoderamiento: proceso, nivel y contexto**. *Psykhé*, Santiago/Chile, v. 13, n. 1, 2004.

Simmons, C. & Parsons, R. (1983) **Empowerment for role alternatives in adolescence**. Adolescence.

Smith, M & Liehr, P (2003) **Middle Range Theory of Nursing**. Springer Publishing Company

Speer, P & Hughey, J (1995) **Community Organizing: An ecological route to empowerment and power**. American Journal of Community Psychology

Swanson, K. (1991) **Empirical Development of Middle Range Theory of Caring**, Nursing research, 40

Vasconcellos, E. M. (2003) **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias**. São Paulo

Vala, J. (1989) **A análise de conteúdo** In: Silva, A. S. E Pinto, J. M., Metodologia das Ciências Sociais, Afrontamento. Porto

Vaughan, B (1991) **Patient education in therapeutic nursing**, London

Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988) **Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education**. *Health Education Quarterly*.

Wallerstein, N. (2006) **Promoción de salud y empowerment**. In: FORO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS AMÉRICAS, 2, 20 Agosto de 2006, Universidade de Nuevo México. Rio de Janeiro, Brasil: OPS/OMS,

Watson, J. (1985) **Nursing: the philosophy and science of caring**, Boulder

Wattz, R. (1990) **Democratization of health care: challenge for nursing**. *Advances in Nursing Science*.

Wheeler, C. & Chinn, P. (1989) **Peace and Power: A Handbook of Feminist Process** 2<sup>nd</sup> ed. National League for Nursing, New York.

WHO (2006) *What is the evidence on effectiveness of Empowerment to improve Health?*

Williams, D. (1989) **Political theory and individualistic health promotion**. *Advances in Nursing Science*.

Young, A. (2001) **Patient as Partners, Patient as Problem – Solvers.** *Health Communication, Lawrence Erlbaum Associates.*

Zimmerman, A (1995) **Psychological empowerment: Issues and Illustrations.** *America Journal of Community Psycholog.*

**ANEXOS**

**ANEXO I- Pedido de autorização ao Conselho de Administração**

Mónica Alexandra  
Miranda Pereira  
Enf<sup>a</sup> Chefe  
Comissão de Qualidade  
e Segurança do Doente- Pólo Hospital de Santa Marta

Exma. Sra.  
Enf<sup>a</sup> Directora Ana Soares  
do Centro Hospitalar Lisboa Central

**Assunto:** Dissertação de Mestrado

No âmbito do meu projecto de Mestrado em Comunicação em saúde da Universidade Aberta, pretendo desenvolver a dissertação sob a orientação da Prof. Doutora M<sup>a</sup> Filomena Gaspar. Nesta investigação pretendo estudar a *importância que os enfermeiros atribuem ao empowerment do doente na relação que estabelecem com este.*,

Neste sentido, solicito autorização para realizar entrevistas semi-dirigidas a informantes qualificados (enfermeiros), com o objectivo de construir o instrumento de colheita de dados .

Com os meus cumprimentos pessoais,

\_\_\_\_\_  
Mónica Alexandra Miranda Pereira

**ANEXO II- Guião de entrevista**

---

## **GUIÃO DE ENTREVISTA**

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_ **Categoria Profissional:**\_\_\_\_\_

- **Introdução**

1. **Agradecimentos**
2. **Pedido de autorização para gravar**
3. **Descrever o objectivo da entrevista, clarificando se necessário, o conceito de “empowerment”**

*O Empowerment pode ser definido como um conjunto de “mecanismos através dos quais as pessoas, as organizações e as comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas” (Rappaport citado por KENDALL, 1998, p.2), podendo assim ser analisado numa vertente individual, organizacional e comunitária.*

*O empowerment pode ser desenvolvido num contexto individual, familiar e comunitário, sendo assim um conceito dialéctico, quer seja considerado como processo ou como resultado (Rappaport, 1984).*

*O Empowerment individual caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objectivos (Schultz, 1995).*

- **Corpo da Entrevista – Questões**

1. **A partir do conceito de “empowerment”, que dimensões comportamentais os Enfermeiros utilizam ou deveriam utilizar na relação com o doente, com o objectivo de lhe conferir empowerment.**
2. **Existirão outro tipo de dimensões envolvidas neste processo? Em caso afirmativo pode especificar?**

- **Conclusão**

**Dar oportunidade para que o entrevistado possa fazer um comentário final. Agradecer e concluir a entrevista.**

**ANEXO III- Instrumento de colheita de dados**

**Caro(a) Colega**

No âmbito do meu projecto de Mestrado em Comunicação em Saúde, da Universidade Aberta, pretendo estudar a *importância do empowerment na relação terapêutica enfermeiro /doente - na perspectiva dos enfermeiros*. Neste sentido, solicito a sua colaboração através do preenchimento deste questionário de resposta **individual, anónima e confidencial**.

O questionário é composto por 32 afirmações, sendo-lhe solicitado que se posicione relativamente à **importância** e à **frequência** que cada uma é executada, na sua perspectiva, relativamente ao processo de Empowerment na relação terapêutica com o doente.

*O Empowerment pode ser definido como um conjunto de “mecanismos através dos quais as pessoas, as organizações e as comunidades adquirem domínio sobre as suas vidas” (Rappaport citado por KENDALL), podendo assim ser analisado numa vertente individual, organizacional e comunitária.*

*O Empowerment individual caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objectivos (Schultz, 1995).*

A resposta a este questionário levará 5 a 10 minutos e após terminar o seu preenchimento deverá colocá-lo no envelope que se encontra no Gabinete de Enfermagem e que está devidamente identificado.

Recordo mais uma vez que todas as informações são **confidenciais** e apenas serão utilizadas de acordo com a finalidade deste questionário.

**Muito Obrigado!**

Mónica Pereira



	Freq-1	2	3	4	5	6
10. No momento de realização de qualquer procedimento de Enfermagem promove a possibilidade do doente decidir	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
11. Para o planeamento de cuidados ao doente as necessidades verbalizadas por ele são prioritárias e relevantes	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
12. Informa o doente preparando-o para a sua tomada de decisão	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
13. Promove espaços para que o doente possa colocar questões	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
14. Considera que o doente tem direito a gerir a informação relativa à sua vida	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
15. Promove a interferência do doente em qualquer fase do planeamento de cuidados	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
16. Cria oportunidades para que de forma informada a família participe nos cuidados	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
17. Dá informação ao doente e se necessário ajuda-o na gestão dessa informação	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
18. O planeamento de cuidados é orientado pelas necessidades do doente em detrimento das normas relativas à organização do trabalho	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
19. O planeamento de cuidados é orientado pelas necessidades da família em detrimento das normas relativas à organização do trabalho	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
20. O planeamento de cuidados é orientado pelas necessidades do doente em detrimento das necessidades dos profissionais	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
21. Considera que a informação que o doente possui é tão importante como a do Enf <sup>o</sup>	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
22. Dá o poder à família de tomar as suas decisões	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
23. No contacto directo com o doente estabelece uma relação terapêutica	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6
24. Informa o doente evitando recorrer a termos técnicos que possam reduzir o nível de compreensão relativamente a	Imp -1 Freq-1	2	3	4	5	6

determinada situação						
25. Incentiva o doente a ser autónomo ainda que este demore mais tempo a realizar aquela actividade	Imp -1	2	3	4	5	6
	Freq-1	2	3	4	5	6
26. Está disponível para ajudar o doente	Imp -1	2	3	4	5	6
	Freq-1	2	3	4	5	6
27. Está disponível para ouvir o doente	Imp -1	2	3	4	5	6
	Freq-1	2	3	4	5	6
28. Está disponível para a família	Imp -1	2	3	4	5	6
	Freq-1	2	3	4	5	6
29. Incentiva o doente a colocar as suas questões	Imp -1	2	3	4	5	6
	Freq-1	2	3	4	5	6
30. Incentiva a família a colocar as suas questões	Imp -1	2	3	4	5	6
	Freq-1	2	3	4	5	6

### Caracterização da Amostra

#### 1. Sexo

1-Feminino

2-Masculino

#### 2. Idade: Anos \_\_\_\_\_

#### 3. Tempo de Experiência Profissional: Anos \_\_\_\_\_

#### 4. Categoria Profissional

1. Enfermeiro.....

2. Enfermeiro Graduado.....

3. Enfermeiro Especialista....

4. Enfermeiro Chefe.....

5. Outra.....

**Muito Obrigado pela sua colaboração!**

**ANEXO IV- Análise de conteúdo - Indicadores**

Subcategorias	Indicadores
<b>DOMINIO DA INTERACÇÃO ENFº/DTE.</b>	
Respeito	-Respeitar as decisões pelo doente -Respeitar o projecto de saúde -Respeitar por crenças e valores
Confiança	-Estabelecer uma relação de confiança
Parceria	-Reconhecer o doente como parceiro activo no processo de cuidados -Envolver o doente no momento de realização de qq procedimento -Promover espaço para o dte. colocar questões
Tomada de decisão	-Dar possibilidade ao doente de decidir sobre a sua vida Considerar que o Enf tem que decidir pelo dte pq este não consegue
Responsabilização	Dar possibilidade do doente decidir no momento de realização de um procedimento
Envolvimento da Família	Dar espaço para que a família se adapte à doença Informar a família para ela participe nos cuidados
-Autonomia	O doente não é capaz de decidir e eu substituo
-Poder	O doente deve poder interferir em todo o processo planeamento de cuidados
Negociação	Desenvolver processos de negociação
-Empatia	Para dar poder há que estabelecer uma relação de empatia
<b>DOMINIO DO ENFERMEIRO</b>	
Disponibilidade	Disponibilidade para o doente e família
-Capacitação	Para dar poder há que promover a adaptação e capacitação
-Dar Informação	-Explicação de qualquer procedimento  Se lhe der informação que ele precisa ele consegue decidir  A informação é fundamental para tornar o doente parceiro  A informação é fundamental para tornar o doente decidir  O doente tem a mm capacidade que eu para decidir mas tem menos informação  Os Enfermeiros não se devem limitar a debitar informação mas devem analisar a capacidade do doente para gerir essa informação
-Maturidade	Os enfermeiros não dão poder aos doente por imaturidade profissional È necessário experiência profissional para estabelecer um relação com empowerment
-Segurança	Os enfermeiros não dão poder aos doente por insegurança
-Capacidade de Ouvir	Para dar poder aos doente é necessário ter capacidade de ouvir o outro

**ANEXO V- Análise Descritiva da variável *Importância***

Tabela de Análise Descritiva da Variável *Importância*- 30 itens

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
V1IMP	153	4	6	5,69	,506
V2IMP	153	3	6	5,59	,673
V3IMP	153	4	6	5,64	,581
V4IMP	153	4	6	5,71	,496
V5IMP	153	2	6	5,54	,778
V6IMP	153	3	6	5,69	,621
V7IMP	153	3	6	5,62	,618
V8IMP	153	3	6	5,66	,575
V9IMP	153	3	6	5,29	,697
V10 IMP	153	2	6	5,39	,859
V11IMP	151	3	6	5,25	,776
V12I IMP	153	4	6	5,61	,552
V13IMP	153	3	6	5,52	,708
V14IMP	153	4	6	5,74	,470
V15IMP	152	3	6	5,43	,696
V16IMP	153	3	6	5,32	,758
V17IMP	153	3	6	5,50	,630
V18IMP	151	3	6	5,30	,781
V19IMP	153	2	6	4,90	1,131
V20 IMP	153	1	6	5,22	,959
V21IMP	153	2	6	4,95	1,025
V22 IMP	151	2	6	5,01	,997
V23IMP	153	3	6	5,56	,583
V24IMP	153	2	6	5,71	,646
V25IMP	152	3	6	5,67	,638
V26 IMP	153	4	6	5,76	,483
V27IMP	153	3	6	5,75	,517
V28IMP	151	3	6	5,62	,630
V29IMP	153	3	6	5,71	,558
V30IMP	153	3	6	5,55	,697

**ANEXO VI- Análise Descritiva da variável *Frequência***

Tabela de Análise Descritiva da Variável *Frequência*- 30 itens

	N	Míni	Máximo	Média	Desvio Padrão
V1FREQ	153	3	6	5,05	,869
V2 FREQ	153	4	6	4,99	,716
V3 FREQ	153	3	6	5,02	,739
V4 FREQ	153	2	6	4,85	1,031
V5 FREQ	153	1	6	4,42	1,068
V6 FREQ	153	2	6	5,09	,962
V7 FREQ	153	2	6	4,44	1,069
V8 FREQ	153	3	6	5,12	,734
V9 FREQ	153	3	6	4,54	,843
V10 FREQ	153	2	6	4,31	,912
V11 FREQ	151	2	6	4,56	,830
V12 FREQ	153	3	6	4,82	,779
V13 FREQ	153	2	6	4,89	,922
V14 FREQ	149	3	6	4,93	,909
V15 FREQ	152	1	6	4,31	1,044
V16 FREQ	153	1	6	4,05	1,205
V17 FREQ	153	2	6	4,69	,948
V18 FREQ	151	1	6	3,91	1,119
V19 FREQ	153	1	6	3,50	1,119
V20 FREQ	153	1	6	4,39	,994
V21 FREQ	153	1	6	4,25	1,173
V22 FREQ	151	1	6	3,85	1,094
V23 FREQ	153	3	6	4,98	,721
V24 FREQ	153	2	6	5,39	,821
V25 FREQ	152	2	6	5,07	,811
V26 FREQ	153	2	6	5,47	,708
V27 FREQ	153	2	6	5,12	,794
V28 FREQ	151	3	6	4,81	,852
V29 FREQ	153	2	6	5,15	,759
V30 FREQ	153	2	6	4,84	,983

**ANEXO VII-Análise Factorial da variável *Importância***

Tabela da Análise Factorial dos 30 itens da Variável *Importância*

Variáveis <i>Importância</i>	Factores		
	1	2	3
V1IMP	,122	,345	,254
V2IMP	-,108	,161	,370
V3IMP	,244	,327	,294
V4IMP	,114	,244	,638
V5IMP	,127	,052	,755
V6IMP	,180	,401	,701
V7IMP	,360	,592	,311
V8IMP	,323	,531	,407
V9IMP	,454	,319	,308
V10 IMP	,266	,243	,625
V11IMP	,654	,254	,147
V12IMP	,398	,016	,615
V13IMP	,682	,190	,220
V14IMP	,548	,047	,387
V15IMP	,665	,163	,439
V16IMP	,689	,280	,452
V17IMP	,667	,262	,378
V18IMP	,656	,400	-,010
V19IMP	,647	,373	,001
V20 IMP	,640	,454	,045
V21IMP	,503	,095	,134
V22 IMP	,685	,205	-,144
V23IMP	,442	,517	,251
V24IMP	,081	,515	,066
V25IMP	,250	,693	,121
V26 IMP	,204	,737	,156
V27IMP	,267	,846	,197
V28IMP	,315	,796	,212
V29IMP	,172	,581	,552

---

V30IMP	,331	,605	,313
--------	------	------	------

**ANEXO VII-Análise factorial da variável *Frequência***

Tabela de Análise Factorial dos 30 itens da Variável *Frequência*

Variáveis <i>Frequência</i>	Componentes			
	1	2	3	4
V1FREQ	,593	,350	-,007	,133
V2 FREQ	,140	,135	,715	,223
V3 FREQ	,525	,227	,050	,255
V4 FREQ	,740	,101	,108	,202
V5 FREQ	,705	,118	-,148	,048
V6 FREQ	,524	,223	,405	,145
V7 FREQ	,464	,254	,212	,245
V8 FREQ	,411	,443	,356	-,263
V9 FREQ	,702	,079	,077	-,013
V10 FREQ	,452	,038	,449	-,069
V11 FREQ	-,082	,037	,530	,132
V12 FREQ	,540	-,067	,135	,082
V13 FREQ	,021	-,048	,432	,408
V14 FREQ	,194	-,017	,170	,587
V15 FREQ	,582	-,044	,081	,526
V16 FREQ	,319	,256	-,049	,611
V17 FREQ	,290	-,043	,452	,620
V18 FREQ	,055	,210	,082	,506
V19 FREQ	,207	,550	-,023	,541
V20 FREQ	-,190	,332	,205	,578
V21 FREQ	,084	,005	,175	,517
V22 FREQ	,157	,637	-,158	,416
V23 FREQ	,121	,504	,411	-,103
V24 FREQ	,016	,297	,684	,109
V25 FREQ	,286	,250	,414	,139
V26 FREQ	,155	,521	,210	,068
V27 FREQ	,098	,737	,224	,073
V28 FREQ	,049	,792	,120	,107

---

V29 FREQ	,155	,231	,652	,159
V30 FREQ	,160	,517	,400	,159