

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Filomena Conceição Paulo Nogueira

Empoderamento dos Enfermeiros: estudo de alguns intervenientes



Visu, Novembro de 2015

Filomena Conceição Paulo Nogueira

Empoderamento dos Enfermeiros: estudo de alguns intervenientes

Relatório Final

Mestrado de Enfermagem Saúde materna, Obstétrica e
Ginecológica

Orientação: Professora Doutora Manuela Ferreira e

Professor Doutor João Duarte



Viseu, Novembro de 2015



Dedico este trabalho a todos profissionais de Enfermagem que exercem a profissão com responsabilidade, ética e dedicação. Deixo esta frase que muito sentido tem para mim,

“É com o coração que vemos claramente; o que é essencial é invisível aos olhos”. Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

A Deus, à Energia Mãe Divina, pela proteção, coragem e amparo em toda a minha vida.

À minha família, em especial aos meus filhos, pelo tempo que não lhes dediquei, por me aceitarem como sou e acreditarem em mim, pelo valor que me dão; aos meus pais que sempre me ampararam, acarinharam, aceitaram e apoiaram as decisões que tive de tomar e também aos meus irmãos que sempre me deram confiança e motivação.

Neste percurso de enriquecimento curricular que agora concluo, eles foram peças fundamentais num caminho que sinto como uma mais-valia para o meu bem-estar mental, emocional, pessoal e profissional. Por tudo isto, os primeiros e maiores agradecimentos vão para eles, com muito amor, carinho e eterna gratidão.

À Professora Doutora Manuela Ferreira, pela sua afetividade, reconhecimento, força e empenho, na colaboração e orientação deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Duarte, pelos seus conhecimentos e sabedoria para a realização deste trabalho, pelo carinho e paciência dedicados, pelo bom humor, que tornaram a fase da investigação empírica agradável de ser acolhida.

A todos os colegas que participaram no estudo, dispensaram o seu tempo ao responder ao questionário, para que fosse possível a concretização deste trabalho.

A todos os enfermeiros que ao ler esta tese possam ser capazes de lutar por uma profissão de enfermagem, mais empoderada, onde a motivação, a satisfação e a tomada de decisão, em conjunto com as várias competências nos seus mais variados contextos do cuidar, sejam uma presença constante.

Com gratidão a todos.

Resumo

Enquadramento: O empoderamento é um processo que resulta em fortalecimento pessoal e profissional, na forma de aquisição de competências, motivação, satisfação e tomada de decisão. Está vinculado á autonomia profissional e é percebida como a capacidade de assumir iniciativas e á investigação e produção de conhecimento, como forma de desenvolver a base de um poder que se concretiza na tomada de decisão autónoma do enfermeiro

Objetivos: Quantificar o nível de Empoderamento dos Enfermeiros; Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que influenciam o Empoderamento dos enfermeiros; Determinar a influência das variáveis de contexto formativo e de motivação para o exercício profissional, no Empoderamento dos enfermeiros.

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, descritiva-analítico e correlacional com amostra não probabilística constituída por 240 enfermeiros. Colheita de dados realizada de Junho de 2014 a Dezembro de 2014, com aplicação de um instrumento composto pelo questionário sociodemográfica e profissional, pela escala “ Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale” (Mathews, Scott e Gallagher) e pela escala da motivação para o exercício profissional.

Resultados: Os enfermeiros questionados tinham idades compreendidas entre os 26 e os 66 anos, e maioritariamente com vinculo por tempo indeterminado á instituição onde trabalham. Revelam uma boa perceção sobre o Empoderamento oscilando entre os 50,0% no reconhecimento organizacional e os 100% no reconhecimento por pares. Os Enfermeiros mais jovens possuem melhor perceção sobre o Empoderamento no reconhecimento por pares, organizacional e global, e os Enfermeiros com mais idade melhor Empoderamento na dimensão pessoal. São os Enfermeiros com mestrado e doutoramento que possuem uma menor perceção na dimensão multidimensional, reconhecimento por pares e reconhecimento organizacional. 40,0% dos participantes do estudo encontram-se muito motivados, e 70,0% dos inquiridos continua a investir na sua formação.

Conclusão: Pelos Resultados obtidos podemos concluir que são os enfermeiros com maior motivação e com mais formação que revelam melhor perceção sobre o Empoderamento. Cabe ao Enfermeiro a sua evolução na conceção da sua autonomia e responsabilidade de suas ações e comportamentos que promovam o aumento dos níveis do Empoderamento nas diferentes dimensões a ele associado, melhorando a capacidade de decisão

Palavras-chave: empoderamento, motivação, formação

Abstract

Background: Empowerment is a process that results in personal and professional empowerment provided by an addition of acquisition of skills, motivation, satisfaction and decision making. It is linked to a professional autonomy, being perceived as the ability to take initiatives and to a process researching and producing knowledge, in order to develop the basis of a power that manifests itself in making autonomous nursing decision.

Objectives: To quantify the level of nursing empowerment; identify the socio-demographic and socioeconomic variables that influence the empowerment of nurses; determine the influence of variables formative context and of motivation for professional practice in the empowerment of nurses.

Methods: A quantitative study, descriptive analytical and correlational with non-probabilistic sample of 240 nurses. Data sample from June 2014 to December 2014, with implementation of an instrument composed of a professional and socio-demographic questionnaire, through the "Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale" (Mathews, Scott and Gallagher) and the scale of motivation to professional exercise.

Results: nurses involved in this survey were between 26 and 66 years old. Most of them had a bond, for an indefinite period of time, with the institution to which they were working. They show good perception on the Empowerment ranging between 50% in the organizational recognition and 100% in recognition by peers. Younger nurses have a better perception of Empowerment in organizational and global recognition by peers, whereas older Nurses have a better perception of Empowerment in the personal dimension. Nurses with master's degree and doctoral studies have a lower perception on multidimensional scale in recognition by peers and organizational recognition. 40% of nurses participating in this study, are very motivated and 70% continue to invest in their training.

Conclusion: From the results obtained we can conclude that nurses who reveal better perception of Empowerment are those who are more motivated and having a better training. It was shown that nurses have power to decide about their evolution, in the design of their autonomy and responsibility for their actions and behaviours that promote increasing Empowerment levels in different dimensions associated to them, improving their decision-making capacity.

Keywords: empowerment, motivation, training

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 10 |
| PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 13 |
| 1. Cuidar em Enfermagem | 14 |
| 1.1. Motivação, tomada de decisão, satisfação | 15 |
| 2. Empoderamento | 20 |
| 3. Empoderamento do enfermeiro e processo de formação | 26 |
| PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA | 30 |
| 1. Metodologia | 31 |
| 1.1. Métodos..... | 31 |
| 1.2. Participantes | 34 |
| 1.2.1. Caracterização sociodemográfica | 34 |
| 1.3. Instrumentos..... | 36 |
| 1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e de contexto formativo | 39 |
| 1.3.2. Escala de motivação profissional..... | 40 |
| 1.3.3. Escala de percepção sobre empoderamento em enfermeiros – (Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale)..... | 42 |
| 1.4. Procedimentos éticos de recolhas de dados | 48 |
| 1.5. Análise de dados | 49 |
| 2. Resultados | 51 |
| 2.1. Análise descritiva..... | 51 |
| 2.2. Análise inferencial | 56 |
| 3. Discussão | 63 |
| 3.1. Discussão metodológica..... | 63 |
| 3.2. Discussão dos resultados..... | 65 |
| 3.2.1. Empoderamento e variáveis sociodemográficas | 66 |
| 3.2.2. Empoderamento e variáveis profissionais | 68 |
| 3.2.3. Empoderamento e motivação para a profissão | 71 |
| Conclusões | 72 |
| Referências Bibliográficas | 76 |
| Anexo I – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO | 80 |
| Anexo II – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS | 82 |
| Anexo III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS | 89 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Grupos etários dos participantes no estudo..... | 35 |
| Tabela 2 – Estado civil dos participantes..... | 35 |
| Tabela 3 – Estado civil (recodificação) em função da idade | 36 |
| Tabela 4 - Estatísticas e consistência interna da escala de motivação para a prática profissional..... | 40 |
| Tabela 5 - Estimativas e rácios críticos das trajetórias entre variáveis manifestas e latente ... | 41 |
| Tabela 6 - Estatísticas e correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de sobre saúde e relacionamento | 43 |
| Tabela 7 - Itens por fator e Comunalidades após rotação Varimax | 44 |
| Tabela 8 - Total Variância explicada | 45 |
| Tabela 9 - Trajetórias e rácios críticos das variáveis manifestas e latentes | 46 |
| Tabela 10 - Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante..... | 47 |
| Tabela 11 - Índices de ajustamento global da escala de empoderamento..... | 48 |
| Tabela 12 – Índices de referencia do coeficiente de variação | 49 |
| Tabela 13 - Formação académica em função da idade | 51 |
| Tabela 14 - Formação académica (variável recodificada) | 51 |
| Tabela 15 – Frequência do curso de Pós-graduação..... | 52 |
| Tabela 16 – Categoria profissional dos participantes | 52 |
| Tabela 17 – Tipo de contrato/vinculo com a instituição..... | 52 |
| Tabela 18 – estatísticas relativas aos anos de exercício profissional..... | 53 |
| Tabela 19 – Anos de exercício profissional como especialista em função da idade | 53 |
| Tabela 20 – Formação realizada após término da enfermagem | 54 |
| Tabela 21 – Estatísticas relacionadas com a motivação profissional | 54 |
| Tabela 22 - Classificação da motivação profissional e variáveis sociodemográficas e profissionais | 55 |
| Tabela 23 – Estatísticas relativas à percepção sobre empoderamento dos enfermeiros | 55 |
| Tabela 24 – Relação entre idade e percepção sobre Empoderamento dos enfermeiros | 56 |
| Tabela 25 – Teste de U Mann-Whitney entre estado civil e empoderamento dos enfermeiros | 57 |
| Tabela 26 – Teste de U Mann-Whitney entre formação académica e empoderamento dos enfermeiros | 57 |
| Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis tipo de contrato de trabalho e percepção sobre empoderamento..... | 58 |
| Tabela 28 – Teste de Kruskal-Wallis entre tempo exercício profissional como especialista e a percepção do empoderamento em enfermeiros..... | 58 |
| Tabela 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre categoria profissional e percepção sobre empoderamento dos enfermeiros | 59 |
| Tabela 30 – Teste de U Mann-Whitney entre realização de formação/curso após licenciatura e percepção sobre o empoderamento dos enfermeiros | 59 |
| Tabela 31 – Análise de variância entre motivação para a profissão e Percepção sobre Empoderamento dos enfermeiros | 60 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Esquema conceptual da investigação. | 33 |
| Figura 2 – Output gráfico do modelo de motivação para o trabalho | 42 |
| Figura 3 - Gráfico de variâncias de Scree plot..... | 45 |
| Figura 4 – (A) Modelo inicial. (B) Modelo refinado da escala de empoderamento | 47 |
| Figura 5 - Modelo 2 ^a ordem da escala de empoderamento | 48 |
| Figura 6 – Output gráfico da regressão linear simples entre motivação e empoderamento. 61 | |
| Figura 7 – Output gráfico da regressão linear múltipla entre variáveis independentes e empoderamento..... | 62 |

Acrónimos e Siglas

CHTV - Centro Hospitalar Tondela Viseu

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem Enfermeiros

EESMO - Enfermeiros Especialistas Saúde Materno Obstétrica

Introdução

O cuidar em Enfermagem tem surgido como tema central desde a década de 70, com o propósito de o conceptualizar. O cuidar define a atividade de Enfermagem e daí a necessidade de clarificar o conceito e o seu campo de intervenção. Compreender a evolução exige um reconhecimento das alterações ocorridas à volta da prática de Enfermagem, quer do conhecimento de ordem científica, quer das competências técnicas e relacionais, quer das atitudes e valores inerentes à profissão.

Na ciência de Enfermagem, as conceções da disciplina sofreram influências paradigmáticas ao longo dos tempos. Várias correntes de pensamento, formas de ver e compreender o mundo influenciaram as crenças, os valores, os princípios, as metodologias e respetivas formas de aplicação da disciplina de Enfermagem.

Nestes dezanove anos de exercício de funções na área de prestação de cuidados, conseguimos perceber que o bem-estar pessoal e profissional passa em grande medida por fazer o que gostamos, pela forma como sentimos e como decidimos. Ninguém dá o que não tem. Com o tempo tomamos consciência que para o poder profissional ser coeso, coerente e aceite temos de sentirmo-nos bem e realizados com nosso próprio poder pessoal, interior, que quer queiramos ou não influencia o poder profissional. Acreditar, enriquecer e validar os conhecimentos quer no domínio da técnica, quer do conhecimento propriamente dito, são de extrema importância para garantir o que chamamos de poder, de estar empoderado.

À medida que vamos crescendo e desenvolvendo diferentes atividades, vamo-nos enriquecendo com experiências e percebendo o quanto nós, seres humanos, somos seres complexos. A singularidade e características que cada um de nós possui e envolve no seu universo é um centro único de alternativas, o que nos transforma em seres ímpares, com uma visão singular construída com base nas suas próprias vivências, princípios, valores e crenças, o que pode ser e é determinante na forma como cada um de nós é (ser) e age (agir) no coletivo.

Vivemos tempos menos bons, convivendo com o sentimento assustador de que ninguém tem emprego seguro, em que as nossas perspetivas para o futuro dependem cada vez mais de nos gerirmos a nós próprios e lidarmos com as nossas relações com mais engenho e arte.

A nossa vida muda quando realmente sabemos o que, no fundo, é mais importante para nós e mantemos isso sempre em mente conseguindo fazer e ser diariamente aquilo que importa (Covey,2014).

Vemos diariamente profissionais de Enfermagem muito empenhados, atenciosos e disponíveis que desenvolvem a sua atividade com satisfação, autonomia, motivação, preocupando-se em escutar, solucionar ou encaminhar as diferentes situações, usando o seu poder interior, intuitivo no campo de ação das suas funções que lhes estão atribuídas. Mas, por outro lado, também vemos enfermeiros com perda de interesse, sem vontade, com mau humor e até indelicados, onde o foco interior não existe, o que, de alguma forma, interfere e prejudica o foco do seu cuidar.

O novo paradigma incita-nos a harmonizar a cabeça e o coração (Goleman,2014). Para melhor o fazer temos de primeiramente compreender mais exatamente o que significa usar inteligentemente a emoção (Goleman,2014).

Para Damásio (cit.por Goleman 2014) os sentimentos são indispensáveis para a tomada de decisão. Goleman (2014) fala-nos da inteligência emocional que define como capacidade de a pessoa se motivar a si mesma, de pensar, de sentir empatia e de ter esperança. O mesmo autor propõe que todas as emoções são impulsos para agir, planos de instância para enfrentar a vida que a evolução instilou em nós. A forma como nos focamos é a chave para a força de vontade na determinação do decurso da vida.

Sendo o Empoderamento o foco deste trabalho, é pertinente refletir sobre o seu processo, sobre os seus conhecimentos que moldam as suas atitudes, no cuidado, adquirindo o reconhecimento profissional no ser, fazer e saber da Enfermagem.

À medida que o enfermeiro constrói o seu Empoderamento, ele conquista autonomia e satisfação, fortalecendo a sua tomada de decisão, para dar continuidade ao processo de emancipação da Enfermagem. É, por isso, necessário estar conscientes sobre o cuidar como foco do trabalho da Enfermagem, sermos seres pensantes, discursistas e ativos na produção de saúde, pois entendemos o cuidado como um objeto epistemológico e profissional da Enfermagem. Trata-se de um mundo complexo que necessita da interdependência do saber de Enfermagem e da sua prática profissional para a mobilizar, rumo a um maior Empoderamento.

O fluxo leva as pessoas a dar o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem (Goleman,2012). Ele floresce quando os nossos talentos estão totalmente empenhados e recebem um impulso adicional, que nos mobiliza de uma forma apaixonante, o fluxo é o motivador máximo (Goleman,2012).

Ainda para este autor, as motivações mais poderosas, são as motivações internas, pois sentimo-nos muito melhor a fazer aquilo por que temos paixão.

Neste contexto, surge o interesse em estudar a temática- Empoderamento, e levantámos as seguintes questões de investigação: (i) *Qual o nível de empoderamento dos profissionais de enfermagem?*” (ii) *Que variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o empoderamento dos enfermeiros;* (iii) *Qual a influência das variáveis de contexto formativo e da motivação para o trabalho no empoderamento dos enfermeiros*

Para dar resposta a estas questões formulamos os seguintes **objetivos**:

- Quantificar o nível de Empoderamento dos Enfermeiros;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que influenciam o Empoderamento dos Enfermeiros;
- Determinar a influência das variáveis de contexto formativo e de motivação para o exercício profissional, no Empoderamento dos Enfermeiros.

No que se refere à estrutura da presente dissertação, esta está dividida em 2 partes. Na parte 1, que respeita ao enquadramento teórico, procede-se à revisão da literatura, onde fazemos a delimitação conceptual da problemática, dividida em três capítulos. No primeiro capítulo são analisados os principais desenvolvimentos teóricos relacionados com o conceito cuidar, onde a motivação, tomada de decisão e satisfação, são aspetos de suma importância que de alguma forma vão de encontro à qualidade e personificação do cuidar. Falamos num segundo capítulo do Empoderamento, o seu conceito e o modo como a autonomia e a competência traduzem esse Empoderamento no cuidar para comigo e para com o outro. Para estar Empoderado é, para além do mais, estar cuidado, e para que tal premissa seja válida pensamos que o processo de formação é fundamental para o decurso do cuidar Empoderado, direcionado para a promoção da Saúde.

Na parte 2 do trabalho, expomos o processo metodológico adotado; a apresentação de resultados; a discussão de resultados à luz das questões de investigação, terminando com as conclusões, salientando os aspetos que nos pareçam ser mais significativos.

No final é apresentada a lista de bibliografia utilizada.

Em anexo, são apresentados o instrumento de colheita de dados e a autorização para a sua utilização.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Cuidar em Enfermagem

As melhores qualidades que podemos ter ao iniciarmos a nossa missão profissional são a paixão, valores e dedicação, para que possamos orientar, ensinar, comandar, inspirar e ou planejar o cuidar.

Cuidar como toda e qualquer prática, é algo que começamos a aprender desde cedo e continuamos por toda a vida. A cada dia, a cada momento novas experiências acontecem, novas formas e situações surgem na arte de cuidar. É importante estarmos atualizados e em constante aprendizagem. A arte de cuidar envolve o sentir, o perceber, a atuação, o caminho, o acolhimento, a receptividade, o aconchego, o receber, o estar empoderado. E “desde que surge a vida, os cuidados existem, já que é necessário «cuidar da» vida para que esta permaneça” Collière (cit. por Rabiais 2014).

O processo de cuidar, de forma efetiva e com qualidade, pressupõe a existência de conhecimentos científicos, de valores humanísticos, da capacidade de intervir em contextos de grande diversidade e complexidade, de gerir (recursos, tempo, emoções e sentimentos) (Rabiais,2013).

Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, arte esta que lhe permite dar assistência aos sentimentos na mesma amplitude com que cuida das necessidades humanas básicas (Hesbeen,2000).

É arte “quando o enfermeiro, tendo experimentado ou percebido os sentimentos do outro é capaz de os detetar, de os sentir e que por sua vez de os expressar e de libertar ” (Diogo, 2012 cit. por Rabiais, 2013). Logo é importante que para cuidar seja necessário fazê-lo de forma intencional, promover uma combinação de conhecimentos com diversas dimensões ao nível de saber fazer, saber ser, saber estar e claramente saber sentir. (Isabel,2014).

A enfermagem assume-se como uma disciplina de conhecimento, com consolidação progressiva e com investigação própria, que cria, representa e aplica o conhecimento essencial à prática dos cuidados, por isso concordando com esta opinião, para que melhor possamos cuidar, é importante que estejamos conscientes da importância da formação, da aquisição de conhecimentos que visam melhorar a nossa postura enquanto cuidadores. (Amendoeira,2006 cit. por Rabiais 2013). Pois a “forma como agimos traduz arte de cuidar e os fundamentos que justificam o agir constituem a ciência do cuidar em enfermagem” (Pereira, 2006 cit. Rabiais,2013), baseada em cinco pressupostos de cuidar; o conhecer, o estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença (Swanson,cit. por Pereira, 2010).

Cuidar envolve as dimensões de aprender a ser, a fazer, a saber e a viver, no sentido de autonomia, espírito reflexivo e de uma forma efetiva e afetiva, com sensibilidade para lidar com os focos de atenção atuais na nossa sociedade.

O cuidado é o foco da enfermagem. Para que este foco seja orientado de forma humanizada, individualizada e holística, precisamos aprender a aprender (Leininger, Watson e Melis cit. por Rabiais 2013).

Para abordar o foco, Goleman (2013) fala-nos de três tipos de focos: foco interno, foco nos outros e foco externo. O foco interno harmoniza-nos com as nossas intuições, valores orientados e melhores decisões. O foco nos outros facilita as nossas ligações com as pessoas nas nossas vidas e o foco externo permite-nos navegar ao largo do mundo. Yoda (cit por Goleman 2013) diz “ O vosso foco é a vossa realidade”.

Partilhando desta opinião surge segundo Goleman uma questão:” quando se levanta de manhã, sente-se feliz por ir para o trabalho?”. Segundo uma pesquisa conjunta de Howard Gardner “ os investigadores centraram-se naquilo a que chamaram «bom trabalho», uma potente mistura daquilo em que as pessoas são excelentes, em que se empenham, e de sua ética- aquilo que acreditam ser importante” (Goleman,2013).

Ainda segundo este autor “a absorção total naquilo que fazemos sabe bem e o prazer é o indicador emocional do fluxo (...) uma das chaves para um maior fluxo na nossa vida surge quando juntamos aquilo que fazemos àquilo de que gostamos”.

1.1. Motivação, tomada de decisão, satisfação

É a motivação que nos conduz ao fluxo (...) a reflexão de si próprio (...) a incubação de ideias criativas, a flexibilidade do foco, a reflexão sobre aquilo que está a aprender (...) proporcionar (...) uma focagem mais intensa (Goleman, 2013). Se nos sabemos motivar, veremos o trabalho de forma mais agradável, e isto permitir-nos-á ser mais eficazes em tudo o que empreendamos (Pérsico,2011).

A motivação na opinião de Pinder (1998 cit.por Dias 2012) é o “conjunto de forças que têm origem quer no indivíduo quer fora dele, e que dão origem ao comportamento de trabalho, determinando a sua forma, direção, intensidade e duração”, e por Georges e Jones (1999 cit. por Dias 2012) a motivação envolve “as forças psicológicas internas de um individuo que determinam a direção do seu comportamento, o seu nível de esforço e a sua persistência face aos obstáculos”.

A motivação define-se como ensaio mental preparatório de uma ação para incentivar ou incentivar-se a executá-la com interesse e diligência, não é algo externa, e a sensação de interesse ou de vontade de fazer algo surge do nosso interior (Pérsico,2011). Para que possamos motivarmo-nos é necessário contar com alguns requisitos: objetivo claro, disposição, confiança, pensamentos positivos, atitudes, revisão de hábitos, escolha consciente, sentido de responsabilidade e perseverança (Pérsico,2011).

Motivação é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma ou que dá origem a uma propensão, a um comportamento específico. Estar motivado é ter ânimo por executar as atividades necessárias para conseguir alcançar os objetivos propostos, e que por sua vez levará à satisfação do próprio indivíduo (Piva,2011).

A satisfação no trabalho é uma atitude positiva ou negativa que o trabalhador apresenta perante determinados aspetos do seu trabalho e corresponde a um estado de espírito individual (Suzuki,cit por Dinis,2012). Ainda de acordo com Melnyk (cit por Dinis,2012) a satisfação no trabalho é um sentimento (...) que inclui o trabalho em si, mas também a supervisão, o trabalho em grupo, a organização e a vida, e segundo Judge e Bono (cit por Dinis,2012) a satisfação é o nível de gosto do trabalhador pelo seu trabalho. Concordando com Best e Thurston (cit por Dinis,2012) a satisfação no trabalho é o sentimento (...) a atitude, e Graça (cit por Dinis,2012) diz-nos também que a satisfação é uma emoção ou um sentimento.

O indivíduo satisfeito encontra-se com maior capacidade de resposta face às solicitações do meio envolvente (Lima e Mesquita cit por Dinis,2012), logo para nós isto implica que para estarmos empoderados a satisfação é um dado importante a reter, e Wikin et al (cit por Dinis,2012) consideram a satisfação um indicador de qualidade dos cuidados de saúde.

Compartilhando da opinião de Lima e Mesquita a satisfação está associada à esfera individual, ao seu bem-estar físico e emocional, à qualidade de vida e ao conteúdo organizacional, e estes fatores influenciam direta, positiva ou negativamente, a qualidade de cuidados de Enfermagem.

A satisfação resulta do exercício de atividades estimulantes e desafiadoras, que levam ao crescimento e reconhecimento profissional e que para nós este reconhecimento vai de alguma forma influenciar essa mesma qualidade dos cuidados (Herzberg cit por Piva,2011).

Cada pessoa é um ser único e, como tal, possui impulsos motivacionais diferentes (Chiavenato, 2000 cit.por Dias 2012). Os pensamentos, que geramos em relação a nós

mesmos ou relativamente àquilo que podemos fazer, serão decisivos no momento de encontrar motivação para o emprendermos (Pérsico,2011).

De entre várias definições sobre motivação, concordamos com a definição de Higgins (1994 cit. por Dias 2012) que diz que motivação corresponde a uma pulsão interna para satisfazer uma necessidade, e com opinião de Delf (1999 cit.por Dias 2012) que afirma que a motivação surge das forças internas e externas de uma pessoa e também com a opinião de Huentas (cit.por Dias 2012) que diz que a motivação corresponde ao processo psicológico proporcionada por meio dos componentes afetivos e emocionais, constituindo a energia psíquica do ser humano.

Concordando com opinião de Dias (2012) pessoas competentes, motivadas, empenhadas na realização da sua função e no concretizar dos objetivos e missões, serão pessoas com maior produtividade e qualidade nos cuidados, maior satisfação.

O autor Maslow (cit.por Pérsico 2011) fala-nos do conceito de hierarquia das necessidades, que está incluído na sua teoria das personalidades. O mesmo autor define necessidades em áreas de destaque por ordem de importância que são: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança (que engloba entre outras a necessidade de estabilidade), necessidades sociais (onde aparece a motivação, a procura de comunicação, sentir-se aceite e valorizado), necessidade de reconhecimento (em que a pessoa procura sentir-se apreciada, com autoestima e o respeito por si próprio) e por último a necessidade de autorregulação (em que o individuo procura desenvolver as suas capacidades e talentos, tendo motivação para aprender coisas novas e superar-se a si próprio) (Pérsico,2011).

Um dos focos do enfermeiro é o cuidar. Cuidar que vem de dentro. Marc Benioff (cit. por Goleman 2013) afirma que as novas ideias não surgem se não tivermos autorização do nosso próprio interior.

Um foco aberto deixa-nos recetivos a todo e qualquer pensamento, sentimento ou percepção (Goleman,2013). A consciência de si mesmo detém a solução, relevante para a decisão, que requer uma confiança nos valores que nos guiam. Esta consciência de si mesmo representa um foco essencial, que ajuda a orientar o nosso caminho na vida (Goleman,2013).

Mas como ouvir a «voz interior», aquilo que o coração e a intuição de algum modo já sabem? É necessário depender dos sinais do corpo (Goleman,2013). Damásio chama de «marcadores somáticos», às sensações no nosso corpo que nos dizem que uma escolha é certa ou errada, e que estão localizadas na área pré-frontal ventromedial, que orienta a nossa tomada de decisão.

Qualquer decisão tem implícito o risco de erro, mas decidir é algo inevitável porque até o facto de não tomar qualquer decisão é decidir. As sensações que temos a nível corporal, no momento de decidir algo, são sinais do cérebro emocional. Na maioria das vezes não estamos conscientes do papel que a emoção e os sentimentos têm em cada decisão que tomamos. (Pérsico,2011).

O primeiro passo para uma inteligência emocional é o conhecimento dos próprios sentimentos, das próprias ações. Para reconhecer as emoções no momento em que se apresentam é necessário ter uma clara consciência de si próprio (Pérsico,2011).

A satisfação no trabalho é considerada um estado emocional agradável resultante da avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho e resulta da percepção que ele faz de como este o satisfaz ou permite satisfação de seus valores importantes no trabalho (Locke, cit.por Dias 2012).

Vivemos num tempo em que as nossas perspetivas para o futuro dependem cada vez mais de nos gerirmos a nós próprios e lidarmos com as nossas relações com mais engenho e arte (Goleman, 2012).

Quando o nosso comportamento corresponde às nossas intenções, quando as nossas ações são iguais aos nossos pensamentos, quando a nossa mente e o nosso corpo trabalham em conjunto, quando as nossas palavras e as nossas ações estão alinhadas há um poder imenso por detrás de cada individuo (Goleman,2012).

No que respeita à motivação dos enfermeiros, Steffen (2008, cit.por Dias 2012) no seu estudo sobre os fatores que influenciam a mesma conclui que os fatores motivacionais são intrínsecos e criam satisfação. Tavares (2010, cit.por Dias 2012) estudou os fatores de motivação nos enfermeiros e conclui que apesar da remuneração ser um fator de motivação, outros fatores, tais como gostar do que faz, o relacionamento com a equipa multiprofissional e possibilidade de obter crescimento profissional são também motivos válidos.

A satisfação dos enfermeiros especialistas é na verdade muito importante uma vez que estes possuem responsabilidades muito específicas e próprias no seio da equipa multidisciplinar (Freitas,2011).

O trabalho é uma das formas de o indivíduo se afirmar e de dar sentido à vida. A felicidade no trabalho é uma componente de felicidade humana que resulta de satisfação das necessidades profissionais, do sentimento de prazer e do sentido de contribuição no desempenho de atividade profissional (Freitas,2011).

O conceito satisfação é de difícil operacionalização, porque se trata de um conceito de natureza multidimensional, aparecendo em contexto de trabalho como sinónimo de motivação, produtividade, como atitude ou estado positivo.

De acordo com dicionário Língua Portuguesa Contemporânea cit.por Freitas (2011) vários autores concordam com a definição de satisfação como sendo um “sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja ou do bom êxito de qualquer atividade”.

Outras conceptualizações sobre satisfação no trabalho apresentam-na como sendo uma emoção, em que a mesma deriva da avaliação que o indivíduo faz do seu trabalho e a forma como este lhe permite a satisfação de valores considerados importantes para ele (Freitas,2011).

No contexto em que desenvolvemos o nosso estudo, estamos convictos que o cuidar empoderado pode ser mais facilmente compreendido, ensinado e praticado através de uma reflexão sobre o mesmo, para melhor cuidar de forma intra e interpessoal.

2. Empoderamento

Definir Empoderamento constitui um desafio para refletirmos os motivos para a consolidação das práticas de enfermagem, aliadas ao seu poder profissional, tendo sempre como referência o amor por si mesmo.

Podemos ver o empoderamento como a possibilidade de uma pessoa assumir um maior controle sobre a própria vida, devendo nós, profissionais de saúde, utilizar estratégias que procurem fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação, desenvolvendo mecanismos de autoajuda e solidariedade.

O poder é a faculdade e a capacidade de agir, a força e a potência para conquistar algo. É a energia vital para se fazerem escolhas e tomadas de decisão (Covey,2014).

O caminho para o poder inicia-se com o reconhecimento das qualidades pessoais e com o desenvolvimento das mesmas. O nosso poder é validado por aquilo que podemos materializar, logo o Empoderamento é fruto de uma ação bem-sucedida (Goleman,2012).

O conceito de Empoderamento surgiu com os movimentos de direitos civis nos Estados Unidos, nos anos 70. O conceito de empoderamento refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controlo sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas, para agir na direção da melhoria da sua situação de vida (Bernardino, 2013).Craveiro (2000, cit. por Bernardino,2013) refere que o Empoderamento é ainda incipiente no sistema de saúde.

O Empoderamento é o mecanismo pelo qual as pessoas tomam controlo de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino, tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir (Quitete et al, 2009). Segundo estes autores a definição de Empoderamento deve incluir várias componentes: a componente cognitiva que se refere à compreensão de ser e a necessidade de fazer escolhas; a componente psicológica que acarreta o desenvolvimento de sentimentos de autoconfiança e autoestima; o componente político que supõe habilidade para analisar, organizar e promover mudanças...; e a componente económica que supõe independência económica.

Assim sendo, concordando com os autores acima citados, “ o Empoderamento também deve ser analisado do ponto de vista do desenvolvimento do poder de existir, que se liga à capacidade de ser, de existir daqueles que cuidam, (...), falar sobre poder em relação a cuidar obriga-nos a questionar o nosso próprio poder, (...), de que podemos vir a ser capazes, e como utilizamos essas capacidades”.

Pelo senso comum, poder é a capacidade de exercer influência para que se aceite pensamentos diferentes, mesmo contra vontade, (...), poder carrega traços fortemente autoritários e individualizados de relacionamentos (Salvador,2013). Mas de acordo com compreensões mais recentes e abrangentes o poder é descrito como um fenómeno transformacional, que promove o crescimento individual e grupal pelo encorajamento da reciprocidade, do estímulo ao pensamento, expansão do conhecimento e do favorecimento da conscientização (Salvador,2013).

A partir das concepções de Shutz (cit. por Salvador,2013), é impar entender as motivações de enfermagem para afirmar o empoderamento de suas práticas, o que possibilitará pôr em relevo os desafios enfrentados na atualidade, aprendendo, de forma abrangente, as possibilidades do poder que se vislumbra nas práticas de enfermagem, ele desenvolveu ainda os conceitos de *motivo para* e *motivos porque*, que ele define como contextos motivacionais.

Os motivos para referem-se ao estado de coisas a ser estabelecido, ao fim a atingir, ao projeto a realizar e à vontade de fazê-lo, motivos cujo fim é a solidificação do empoderamento da enfermagem.

É necessário reafirmar-se o poder clínico de enfermagem, compreendido como a percepção do enfermeiro de ser intelectual físico e emocionalmente capaz e preparado para interpretar respostas humanas, planejar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de forma eficaz, proporcionando mais consciência de seu papel clínico, mais intencionalidade e envolvimento para decidir o que fazer (Salvador, 2013).

De acordo com vários autores, a literatura destaca o papel do conhecimento científico na afirmação da enfermagem como sendo uma profissão de bases sólidas, que fundamenta o empoderamento de suas práticas.

O conhecimento como forma de obter competência no agir e assegurar o poder, proporcionando segurança na tomada de decisão, leva a uma valorização das práticas de enfermagem.

O poder da parteira assenta numa relação que se baseia numa parceria entre a parteira, a mulher e sua família, sendo o empoderamento um processo intencional do profissional de saúde de partilha de conhecimento e poder (...), permitindo simultaneamente ao profissional de saúde realizar com segurança e autonomia as ações que decorrem das suas escolhas” (Lafrance e Maihot, 2005, cit por Henriques 2012).

Relativamente ao Empoderamento dos Enfermeiros Especialistas Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) /Parteiras, aspeto crucial na construção de nossa identidade profissional,

este deverá ser um cariz a nutrir e desenvolver diariamente. Concordando com a OE, este empoderamento deverá ser desenvolvido e fortificado com modelos de cuidados, atribuindo louvores, criando redes de apoio, cuidando umas das outras.

Para que possamos cuidar com qualidade em todas as demais dimensões da vida, devemos estar também cuidados. Como poderemos querer cuidar dos outros, neste caso das mulheres que são o foco do nosso Empower, se não cuidamos do Enfermeiro, enquanto gente que cuida de gente.

O paradigma de prestação de cuidados de Saúde Materna diferem, mas de uma forma em geral, os EESMO deparam-se com incertezas e medos que provêm do modelo biomédico. Concordando com OE, para que possamos mudar, alterar estas práticas (baseadas no modelo biomédico), temos de dar evidência e empoderamento à profissão.

As questões centrais no Empoderamento têm como aspetos basilares: a continuidade dos cuidados, o nutrir e preservar os relacionamentos entre pares, o sentido de lealdade, a análise de situações e o privilegiar relações de atenção e carinho com as mães, utente, quer entre EESMO (Barradas et al,2015). Para que possamos cuidar na integra, sentimos e validamos pela experiencia profissional, que temos de estar cuidados, empoderados conosco mesmos, fisicamente, emocionalmente, psicologicamente e espiritualmente, pois “a filosofia de cuidados em Saúde Materna Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EESMO/Parteira trabalha em parceria com a Mulher (...)” Esta filosofia enfatiza o desenvolvimento de competência dos EESMO/ Parteiras como também o sentido de liderança e o seu próprio Empoderamento, enquanto profissão detentora de uma identidade profissional.

Para que haja um verdadeiro empoderamento profissional, o Enfermeiro tem de ter o poder de perito (Benner, 2001,cit por Henriques, 2012). A Enfermeira perita tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva, “*porque o senti*”, cada situação e problema sem se perder num largo leque de solução e de diagnósticos estéreis (Benner,2001). Um certo nível de envolvimento é necessário para atingir o nível de perícia (Benner,2001). Logo concordando com Henriques (2012) o Empoderamento diz respeito a um movimento individual, de âmbito profissional, que ocorre de dentro para fora. Segundo as Enfermeiras especialistas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar, novas perspetivas ao foco do seu cuidar, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de Enfermagem (Benner, 2001).

Num estudo feito pela investigadora australiana Leap (cit por Henriques, 2012) que investigou o empoderamento das parteiras, ela concluiu que o nível de Empoderamento

destas é alto e são as parteiras com mais idade e com maior número de anos de exercício profissional que revelam maiores níveis de Empoderamento. O estudo de Guililland cit por Henriques (2012) também conclui que o grau de autonomia e Empoderamento das parteiras é elevado, tendo as mesmas uma elevada representação social. Kirkman (cit por Henriques, 2012) em seu estudo verificou que o nível de empoderamento é elevado, e Matthews et al em seu estudo revelou que as parteiras identificaram quatro grandes áreas fundamentais facilitadoras do seu Empoderamento, sendo elas. Habilidades (domínio do saber e saber fazer), reconhecimento (especialmente classe medica), apoio dos superiores e órgãos de gestão e controlo (supervisão). Este mesmo autor num outro estudo concluiu que o nível de Empoderamento é satisfatório constituindo-se fatores para um maior nível de Empoderamento a idade, a formação académica e o número de anos de exercício profissional.

O conceito de Empoderamento tem duas dimensões distintas, uma interna ao próprio indivíduo, ao seu potencial interno e à sua valorização interna, e uma dimensão observável através dos resultados visíveis na resolução de situações problemáticas (Silva,2013).

O conceito de competência associa-se a uma das três formas de saberes. O saber fazer, saber-saber e o saber estar (Gillet, cit.por Silva,2013). Logo, competência implica a mobilização de saberes de forma mais adequada em cada situação, no seu contexto (Correia, 2012). O mesmo autor refere que a competência está também associada a novas conceções de trabalho, baseadas na responsabilidade, flexibilidade e na reconversão permanente em que a polivalência é a mais-valia requerida e implica desenvolver autonomia.

A autonomia é percebida como a capacidade da pessoa assumir iniciativas, ser capaz de compreender e dominar novas situações no trabalho e ser reconhecida por isso. Está vinculada à investigação e produção de conhecimento, como forma de desenvolver a base de um poder que se concretiza na tomada de decisão autónoma.

A autonomia do profissional deve sustentar-se no rigoroso cumprimento de “boas práticas” profissionais, geradas pelo bom senso de peritos transformando a saber em regime de verdade (Silva,2012). O perito está próximo da prática, ele é constituído a partir de experiência refletida e validada pela evidência científica construída a partir de uma comunidade de prática (Silva,2012).

A perícia em matéria de tomada de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de Enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos imbuídos na prática clínica são a chave do progresso da prática da Enfermagem e do desenvolvimento da ciência de Enfermagem (Benner,2001).

Autonomia profissional de enfermagem trata-se da disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável e séria, e deve-se ser vista, cada vez mais, como um veículo para melhorar a qualidade e para tornar-se centro das tomadas de decisão em equipa (Porto,2011).

A autonomia / empoderamento do profissional de enfermagem no processo de cuidado é cada vez mais importante, uma vez que proporciona a possibilidade de rever a enfermagem enquanto profissão um exercício interdisciplinar. Acredita-se que os enfermeiros consideram a autonomia no seu contexto de trabalho, como um requisito para o desenvolvimento das atividades profissionais (Ribeiro).

À competência é referida uma orquestração de diversos recursos cognitivos e afetivos, que permitem estar capacitado para enfrentar um conjunto de situações, articulando os saberes em contexto e com um agir eficaz (Perrenoud, 1999,2004 cit por Correia 2012).

O desenvolvimento de competências põe em campo uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, correspondentes a capacidades criativas relacionais e transformativas que implicam a globalidade do indivíduo, desde o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua afetividade (Correia, 2012).

Depois de um estudo relativo às competências entre enfermeiros, confirma-se que a competência profissional desenvolve-se através de um processo iterativo constante e complexo, que ocorre entre o enfermeiro e o meio circundante onde se podem identificar cinco fatores: experiência, meio, oportunidades, motivação, conhecimento teórico e características pessoais (Correia, 2012).

A competência pode ser vista em diversas dimensões, não só como um atributo de personalidade ou estado, mas um processo que se desenvolve e constrói (Correia,2012). Cabe ao enfermeiro compreender que a competência específica do seu processo é o cuidado terapêutico, o qual está assente na interação entre o profissional e o ser que necessita de cuidado e é sustentado na competência técnica-legal, no compromisso ético e estético da equipa de enfermagem ao desenvolvê-lo, sob uma conceção transformadora, emancipadora, remetendo a perceção de um cuidado integral ao ser humano (Leopardi,2006 cit.por Porto,2011).

Podemos ainda falar de uma outra perspetiva do poder,o poder simbólico, como sendo instrumento de conhecimentos e de construção do mundo objetivos, que se manifestam através dos mais diversos níveis de comunicação (língua, cultura, discurso, conduta), garantindo àqueles que o possuem a manutenção e o exercício do poder (Bourdieu, 2001 cit.por Martins. 2013).

Uma outra referência do poder é dada pela O.M.S. em 1998 (cit. por Martins 2013) que refere o Empoderamento individual como sendo as habilidades para decidir e controlar a sua própria vida.

3. Empoderamento do enfermeiro e processo de formação

O conceito de Empoderamento tem sido examinado em diversas disciplinas e campos profissionais, no seu sentido mais geral, e refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais.

O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam. O conhecimento também pode ser visto como um estímulo ao crescimento. O conhecimento estimula, porque mobiliza, traz inquietações, questões, faz com que tenhamos senso crítico da realidade que vivenciamos, frente às várias situações.

O conhecimento é o paradigma teórico, o que fazer e o porquê. A capacidade é o como fazer. E o desejo é a motivação, o querer fazer. Segundo Covey (2014) para tornar algo um hábito nas nossas vidas, devemos reunir o que fazer, o como fazer e o querer fazer. Se aprimorarmos o conhecimento, a capacidade e o desejo, conseguimos novos níveis de eficácia pessoal e interpessoal.

A valorização do conhecimento é importante, os saberes como instrumento de trabalho, podem também referir-se ao “saber-fazer” no processo de trabalho como à dimensão do material, do racional no qual as coisas são percebidas a partir do visível, do concreto, daquilo que ocupa um determinado espaço, cujo foco encontra-se nas particularidades, nas especialidades altamente desenvolvidas, ocasionado e direcionando a compreensão e consciência crítica do todo (Piva,2011).

Torna-se importante que os profissionais de enfermagem compreendam a finalidade da sua prática do cuidar, para que possam atuar de forma a conquistar o poder. A coesão entre uma valorização do pensar, do ser e a do perceber, do sentir, do tocar, do estar com, é o maior compromisso que a educação em enfermagem, enquanto formação profissional deve assumir (Pereira, 2010).

A formação exerce efeitos sobre o indivíduo, é o resultado da ação educativa, que exige mutação na forma de pensar e ou agir (Dias 2004, cit. Ramos 2011).

A formação acontece quando se integra tanto na nossa consciência, como nas nossas atividades, as aprendizagens, as descobertas e os significados atribuídos na reflexão conosco próprios ou com a natureza (Josso,1988 cit Ramos, 2011).Dias (cit Ramos, 2011) diz que temos de analisar a formação não só com base exclusiva nos quadros teóricos, mas também nas tensões produzidas pelos contextos de trabalho, nos quais estão implícitos a personalidade e a identidade profissional.

A formação não é construir um momento isolado na vida das pessoas, ela abarca o seu passado, o seu presente, com particular ênfase no seu futuro e no seu projeto pessoal (Carvalho, 2013 cit Ramos, 2011).

É crucial esclarecer que a influência entre a formação e a profissão é recíproca, onde se revela fundamental a compreensão da função essencial da enfermagem- o cuidar (Ramos,2011).

A formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades) e do saber ser (atitudes) (Nóvoas cit Ramos, 2011).

Logo é importante o fortalecer de uma educação de futuro em enfermagem que ajude a analisar, a generalizar e a transferir conhecimentos, considerados imprescindíveis no desempenho do seu papel autónomo, manifestado na tomada de decisão.

Neste momento de evolução da profissão, aprendizagem e partilha de saber, o modelo adotado é o modelo humanista. Modelo existencialista, holístico, subjetivo, interativo, fenomenológico e orientado para a experiência humana. Modelo com interdependência, com a dimensão tecnológica, valorizando a transversalidade dos saberes de diferentes áreas do conhecimento, com enfoque sobre a reflexividade na ação e com peculiar relevo à investigação (Amendoeira, 2006 cit Ramos, 2011).

Dada a crescente complexidade dos sistemas de saúde, que acolhem os contributos das diversas áreas do saber para a melhoria de saúde, é importante formar para atender à multidimensionalidade do ser humano nas várias etapas de vida e nas variáveis que afetam a sua homeostasia.

O processo de formação incide na “produção de saber e não no consumo” (Nóvoa cit por Ramos,2011). A formação dos enfermeiros é um conhecimento que está por desenvolver necessitando de ser aprofundado nas suas particularidades sob ponto de vista da análise de políticas do ensino superior e na integração nas dinâmicas do poder, que só a teorização do discurso pode oferecer (Silva,2012) Ainda para este autor, é importante que haja um corpo profissional de Enfermeiros com capacidade de argumentar com a autoridade e a confiança que deriva de uma alta competência académica (...). Jesus (2005, cit por Silva,2012) afirma que “uma profissão é uma disciplina científica, a consolidação e a manutenção da mesma requerem uma permanente atualização daquilo que se passa na realidade clínica quotidiana”.

Colocando em questão: “ para onde caminha a formação de Enfermeiros?” (Silva, 2012). Nós perguntamos, será que para um melhor Empoderamento, autónomo, competente, decisivo e satisfatório?

Na opinião da Ordem dos Enfermeiros (OE,2007), “ a formação deve habilitar para o exercício autónomo da profissão de Enfermagem” e “a manutenção das competências (...) são objeto do Ensino de Enfermagem.

Concordando com a opinião de Silva (2012) a educação dos profissionais de saúde é hoje em dia um desafio que se deve orientar por visão integrada e holística dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, e ainda concordando com Carvalho (cit por Silva, 2012) hoje em dia o processo de formação é perspetivado como uma forma de atingir os resultados organizacionais e menos como um meio para o desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros, que a nosso ver poderá por em causa o poder profissional e a visibilidade dos cuidados, sentimento este também aceite por Silva (2012) quando no seu trabalho afirma que a corrida aos certificados de formação para fins de carreira representa um risco acrescido de tornar a formação num fim em si mesmo, anulando o seu objetivo de melhorar as práticas, provocando o desinteresse dos profissionais, cujas competências são desenvolvidas através dos percursos e processos de formação do “aprender fazendo” (Bártolo, 2008).

A procura de formação contínua é para nós um reflexo individual de cada um de nós enquanto Enfermeiros para aprender, para a construção da autonomia profissional ligada ao conhecimento produzido com o intuito de obter ganhos em saúde, que vai dar suporte à intervenção qualificada do Enfermeiro.

O desenvolvimento do saber, nas várias dimensões científicas, técnicas, de relação pessoal e interpessoal, contribui para autonomia, empoderamento, tomada de consciência de si e da situação onde age (Esteves et al cit por Ramos, 2011).

A Enfermagem enquanto arte e ciência em simultâneo exige uma permanente atualização de conhecimentos impulsionada pela motivação pessoal e profissional, de forma a dar resposta às necessidade básicas da pessoa humana no seu todo como ser holístico (Oliveira, 2008). Torna-se importante estimular a curiosidade intelectual, que alimenta um saber estimulado, pelo que é crucial que a formação seja indiscutível no desenvolvimento da Enfermagem, para que seja reconhecida e valorizada enquanto profissão.

Entendemos desta forma que a formação deve ser um contínuo que começa na formação base e que se prolonga ao longo da vida, adquirindo novas competências e saberes, contribuindo para a motivação e satisfação.

A formação está diretamente relacionada com a qualidade de cuidados de Enfermagem, tornando-se necessário consolidar a prática profissional com ciências

formativas que permitam a reflexão, a avaliação dos cuidados, o crescimento do enfermeiro, para que o bem-estar do foco do nosso cuidar seja o melhor.

A formação contribui para o reconhecimento das competências, promovendo autenticação e valorização associados a um sentimento de confiança e mais realização profissional.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1. Metodologia

Neste capítulo apresentamos a metodologia utilizada. Baseados no enquadramento teórico apresentado, definimos os procedimentos que nos ajudaram a dar resposta às questões que inicialmente formulámos. Descrevemos e explicamos o tipo de investigação que realizámos, as variáveis em estudo, a amostragem efetuada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos realizados.

1.1. Métodos

O poder é a capacidade de fazer e agir. Vivemos um tempo em que não queremos apenas saber, mas sim saber como. Esta atitude permite-nos avançar rumo a um grau superior de poder pessoal (Dispenza, 2013).

Assimilar conhecimento (saber), ganhar depois experiência aplicando o que aprendeu, até interiorizar uma determinada aptidão (saber como), terá sido a forma como adquirimos a maior parte das aptidões que sentimos fazerem parte (sabedoria) (Dispenza, 2013).

Nas inúmeras mestrias a serem aprendidas pelo enfermeiro, incluem-se as expectativas frente à liderança, competência, motivação, satisfação e desenvolvimento de relações terapêuticas.

Esta situação leva-nos a questionar o nível de empoderamento dos enfermeiros. Como construir o poder de cada um de nós na área de cuidados, e em que medida a motivação, a competência e a tomada de decisão dão voz a esse mesmo empoderamento.

Estar motivados na partilha de cuidados, na nossa perspectiva implica sermos competentes e ter capacidade de decisão, que fará de nós mestres na área de cuidados.

Prestar cuidados com qualidade requer que estejamos conscientes do ser, do fazer e do aprender. Se esta premissa for saudável, o grau de empoderamento de cada um de nós será positivo, que por sua vez enaltecerá a mestria do poder interior.

Cuidar dos outros requer que cada um de nós cuide de si mesmo. Da sua motivação, de sua capacidade de reflexão e tomada de decisão, que traduzirá a sua satisfação. Quem não está cuidado não poderá de forma saudável, competente cuidar. Isto exige uma preparação emocional, a que podemos chamar de competência emocional.

Sendo a tarefa de cuidar um dever humano, nós cuidamos porque queremos ser mais felizes, plenos e para alcançarmos a felicidade é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros. “Cuidar e ser cuidado são existenciais (estruturas permanentes) e indissociáveis” Boff (2012).

Cada vez mais sentimos que a responsabilidade atribuída ao enfermeiro, e os inúmeros aspetos que dele dependem para uma boa prática de cuidados, ajudam-nos a entender a valorização e a preocupação da precisão técnica e seu apoio em conhecimentos científicos.

O perfil profissional do enfermeiro requer não só conhecimentos técnico-científicos, mas que saiba, com mestria, lidar equilibradamente com a razão e a emoção (ninguém vive sem emoções), que tenha conhecimentos, habilidades e atitudes mais relacionais, que ajudem a desenvolver a competência interpessoal, capacidade de decisão, capazes de promover a satisfação profissional.

Concordando com a opinião de Costa et al (2009), o desenvolvimento da inteligência emocional, no âmbito de enfermagem, pode ser um importante recurso para vários processos de empoderamento.

O Empoderamento é fruto de uma ação bem-sucedida, onde o fazer e o poder se acompanham mutuamente. Empoderamento / poder significa ser capaz de, estar apto, ter capacidade de, com competência emocional no exercício das atividades em que as variáveis, nomeadamente a satisfação profissional, a motivação e o investimento na formação contínua, podem dar voz à competência saudável, e por sua vez, vida ao empoderamento.

Esta investigação centrou-se no estudo sobre Empoderamento dos Enfermeiros. Procuramos neste capítulo descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatísticos que irão realizar-se.

O Empoderamento é um processo construído socialmente, por meio das inter-relações que o individuo estabelece com o meio e pessoas com as quais se relaciona (Albini,2013). Resulta em força/poder pessoal e profissional, na forma de competência, motivação, autonomia e satisfação. E neste contexto questionamos:

“Qual o nível de empoderamento dos profissionais de enfermagem? (ii) Que variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o empoderamento dos enfermeiros; (iii) Qual a influência das variáveis de contexto formativo e da motivação para o trabalho no empoderamento dos enfermeiros”

Nesta perspetiva e para dar resposta às questões de investigação formuladas definiram-se os seguintes objetivos:

- Quantificar o nível de Empoderamento dos Enfermeiros;

- Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que influenciam o Empoderamento dos enfermeiros;
- Determinar a influência das variáveis de contexto formativo e de motivação para o exercício profissional, no Empoderamento dos enfermeiros.

Para melhor se perspetivar o propósito do estudo que se pretende realizar, foi esboçado o desenho de investigação que “é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas” (Fortin, 2009) (*vide* Figura 1).

A representação gráfica do modelo permite-nos perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática.

O presente modelo conceptual compreende três domínios: sociodemográfico, socioprofissional e de contexto formativo



Figura 1 - Esquema conceptual da investigação.

Consideramos como variável dependente para este estudo o Empoderamento dos enfermeiros, e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, formação académica), as variáveis socioprofissionais (categoria profissional, tipo de

contrato, anos de serviço profissional) e variáveis contexto formativo (formação e tipo de formação).

Tendo em conta que este estudo procura uma explicação das relações entre variáveis, optámos por recorrer a uma metodologia quantitativa, que segundo Fortin (2009) se “caracteriza pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações”.

Para a mesma autora, este tipo de metodologia, cujas características distintivas são a objetividade, a predição, o controlo e a generalização, é baseada na observação de factos, de eventos e de fenómenos objetivos e constituída por um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis. Foi nosso propósito realizar um estudo descritivo analítico e correlacional, que para Fortin (2009) “tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las”, ou seja, examinar relações entre as variáveis.

Ainda segundo a mesma autora “o principal objetivo do estudo descritivo correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno”.

1.2. Participantes

A amostra utilizada neste estudo é do tipo não probabilística por conveniência constituída por 240 enfermeiros de hospitais da Região Centro, o que fica muito aquém da amostra teórica necessária (1068), para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de amostragem (intervalo de confiança) de 3%, dado que desconhecemos o efetivo da população. Nesse sentido, tendo em consideração o tamanho amostral, com o mesmo nível de confiança o erro cometido situa-se nos 6.3%.

1.2.1. Caracterização sociodemográfica

As estatísticas relacionadas com a idade revelam uma idade mínima de 26 anos e máxima de 66 a que corresponde uma idade média de 40.6 anos (± 7.7 anos). Os valores de assimetria e curtose, apresentam curvas normocurticas (-1.193) e enviesadas à esquerda (3.280) e o coeficiente de variação indicia uma dispersão moderada em torno do valor médio ($cv = 18.9\%$)

Uma vez que a amplitude de variação da idade se situa nos 40 anos, para uma melhor interpretação dos resultados recodificamos esta variável considerando três grupos etários, conforme se apresenta na Tabela 1. O grupo mais representativo (35.8%) é o que consigna os

participantes com idades superiores ou iguais a 44 anos e o que se apresenta com menor expressão (31.7%) é o grupo entre os 36 e 43 anos.

Tabela 1 – Grupos etários dos participantes no estudo

| Idade | Nº | % |
|--------------|-----|-------|
| <= 35 anos | 78 | 32.5 |
| 36 – 43 anos | 76 | 31.7 |
| >= 44 anos | 86 | 35.8 |
| Total | 240 | 100.0 |

- **Estado civil**

A Tabela 2 mostra a relação entre o estado civil dos participantes com os diversos grupos etários. Verificamos que os enfermeiros com o estado civil de casados prevalecem em cerca de três quartos da amostra (72.1%), aproximando-se os percentuais para os solteiros (15.0%) e divorciados/separados (12.5%). Visualiza-se que o número de solteiros vai diminuindo com a idade e em oposição vai aumentando o número de casados e divorciados/separados. Entre os grupos são encontradas diferenças significativas que se localizam, de acordo com os resíduos ajustados, nos participantes solteiros com idade <=35anos e divorciados/separados e idade >=44anos.

Tabela 2 – Estado civil dos participantes

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|----------------|------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------|-------|---------------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| Solteiro | 21 | 26.9 | 7 | 9.2 | 8 | 9.3 | 36 | 15.0 | 3.6 | -1.7 | -1.8 |
| Casado | 55 | 70.5 | 61 | 80.3 | 57 | 66.3 | 173 | 72.1 | -0.4 | 1.9 | -1.5 |
| Divorciado/sep | 2 | 2.6 | 8 | 10.5 | 20 | 23.3 | 30 | 12.5 | -3.2 | -0.6 | 3.8 |
| Viúvo | - | 0.0 | - | 0.0 | 1 | 1.2 | 1 | 0.4 | Não aplicável | | |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

Para melhor entendermos os dados relativos a esta variável, agrupamos os participantes consoante vivam sem companheiro (27.9%), que engloba solteiros, divorciados/separados e viúvos, ou com companheiro (72.1%), casados. O primeiro grupo tem percentagens semelhantes nos grupos etários extremos da amostra, enquanto o segundo grupo apresenta uma incidência idêntica nos três grupos etários considerados. Não se registam significâncias estatísticas entre os grupos em estudo ($X^2=4.062$; $p=0.131$) (cf Tabela 3).

Tabela 3 – Estado civil (recodificação) em função da idade

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|----------------|------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| S/ companheiro | 23 | 29.5 | 15 | 19.7 | 29 | 33.7 | 67 | 27.9 | 0.4 | -1.9 | 1.5 |
| c/ companheiro | 55 | 70.5 | 61 | 80.3 | 57 | 66.3 | 173 | 72.1 | -0.4 | 1.9 | -1.5 |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

1.3. Instrumentos

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi um questionário, constituído por questões de caracterização sociodemográfica e profissional e questões sobre contexto formativo e as escalas de motivação profissional e escala de perceção sobre o empoderamento dos enfermeiros (Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale - PEMS).

As referidas escalas foram objeto do estudo de confiabilidade e validade, por dois aspetos fundamentais. O primeiro prende-se com o facto de uma das escalas não ter sido validada e da outra escala no estudo original suscitar dúvidas quanto ao processo de validação efetuado, porquanto apresenta cinco fatores sendo que dois são constituídos por um item o que contraria, o descrito por diferentes autores (Marôco, 2014; Pestana e Gageiro, 2014; Field (2009) que apontam pelo menos três itens fator. Para além disso dois fatores apresentados com seis itens cada apresentam alfa de Cronbach inadmissíveis. O segundo aspeto reporta-se tal como alude Campo-Arias & Oviedo, (2008) que as escalas bem como todos os instrumentos de medição devem ser válidos e confiáveis. O autor citado acrescenta que a validade se refere à capacidade do instrumento medir o constructo que pretende quantificar e a confiabilidade ou fiabilidade, à propriedade de apresentar resultados similares, quando repetidos em outros estudos. A confiabilidade é uma condição necessária, mas não suficiente para garantir a validade do instrumento

Ainda a este propósito, a fiabilidade permite avaliar a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens que se realiza através da determinação do coeficiente alfa de Cronbach. Trata-se de uma medida de correlação existente entre os itens que compõem qualquer instrumento de medição tipo escala. Este coeficiente deve calcular-se sempre que se aplique o instrumento numa população com características diferentes mesmo que se tenham observado em estudos precedentes valores desejados porquanto a consistência interna varia segundo as características dos participantes (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Os valores do coeficiente de Cronbach podem oscilar entre 0 e 1 e são tanto melhor quanto mais elevado o seu valor. Uma boa consistência interna deve exceder um alpha de .80 (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro 2014). Os autores citados adotam a seguinte classificação de valores superiores a .90 muito boa; entre .80 – .90 boa; entre .70 – .80 média; entre .60 – .70 razoável; entre .50 – .60 medíocre; e inferior a .50 inaceitável.

Nesta pesquisa a estrutura fatorial das escalas foi avaliada pela análise fatorial exploratória (AFE) e pela análise fatorial confirmatória (AFC).

A (AFE) é um conjunto de técnicas multivariadas que tem como objetivo encontrar a estrutura subjacente numa matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas (Brown, 2006). Por outras palavras o objetivo AFE é reduzir um determinado número de itens a um menor número de variáveis. Para a determinação dos fatores foram efetuados os seguintes procedimentos:

- **Verificar a adequabilidade da base de dados**

Para este pressuposto, consideramos o nível de mensuração das variáveis em escala ordinal tipo Likert, o tamanho da amostra que é suficientemente elevada (> a 100) para assegurar resultados robustos, a razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis que excede a proporção de cinco para um, o padrão de correlação entre as variáveis superiores a 0.20 e ainda o teste de Kaiser Mayer Oklim (KMO) e o Teste de esfericidade de Bartlett (BTS)

O teste de KMO, também conhecido como índice de adequação da amostra, é um teste estatístico que se calcula através do quadrado das correlações totais dividido pelo quadrado das correlações parciais, das variáveis analisadas O resultado varia de zero (0) a um (1) sendo que índices de KMO menores que 0,5 são considerados inaceitáveis, entre 0,5 e 0,7 medíocres; entre 0,7 e 0,8 bons e valores maiores que 0,8 e 0,9 (Lorenzo-Seva, Timmerman & Kiers, 2011).

O teste de esfericidade de Bartlett avalia por sua vez, a significância geral de todas as correlações numa matriz de dados. Valores com níveis de significância inferiores a 0,05 indicam que a matriz é favorável (Tabachnick & Fidell, 2007).

- **Determinar a técnica de extração de fatores e o número de fatores a serem extraídos.**

Utilizamos o método dos componentes principais, mais comumente usado para a extração de fatores e para a determinação do número de fatores a reter optamos pelo critério de Kaiser que sugere que devem ser extraídos apenas os fatores próprios

(eigenvalues) superiores a um. Como método auxiliar foi também usado o Scree test que analisa graficamente a dispersão do número de fatores até que a curva da variância individual de cada fator se torne horizontal ou sofra uma queda abrupta.

- **Decidir o tipo de rotação dos fatores**

Optamos pela rotação ortogonal do tipo Varimax, dado que este método procura minimizar o número de variáveis que apresentam altas cargas em cada fator.

Testamos as soluções fatoriais que emergiram das escalas, realizando análises fatoriais confirmatórias (AFC), com o *software* AMOS 23 (*Analysis of Moment Structures*). Tal como o nome indica A (AFC) é um método confirmatório utilizado quando há confirmação prévia sobre a estrutura fatorial que se pretende confirmar. Isto é, serve para confirmar se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de variáveis manifestas específicas de acordo com uma teoria, padrão pré-estabelecido noutra estudo, etc. (Marôco, 2014).

Nesta análise considerou-se a matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros.

- Como indicadores de qualidade de ajustamento global consideramos (Marôco, 2014):
 - χ^2/gl (razão entre qui quadrado e graus de liberdade). Avalia se existem discrepâncias entre a matriz de covariâncias dos dados e a matriz de covariância do modelo. Se a razão (χ^2/gl) for inferior a 2, o ajustamento considera-se *bom*, inferior a 5 *aceitável* e superior a 5 *inaceitável*.
 - Índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo (Comparative Fit Index - CFI) e índice de qualidade de ajuste (Goodness of Fit Index - GFI); os valores do CFI e do GFI. São recomendados valores acima de .90 para se considerar um ajustamento *bom*
 - Root Mean Square Error of Approximation (**RMSEA**), sendo que valores inferiores a 0.06 são indicativos de um bom ajustamento, enquanto um ajustamento aceitável é indicado para um valor entre .08 . 10,
 - *Root mean square* residual (**RMR**), quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR= 0 a indicar um ajustamento perfeito
 - *Standardized root mean square* residual (**SRMR**) - é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0.08 é, geralmente, considerado

como um bom ajuste (Marôco, 2014).

- Para a qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada:
 - Validade compósita determinada através da fidelidade individual dos itens (λ), (considera-se fiabilidade individual adequada quando o valor do peso fatorial é superior a .50)
 - Fiabilidade individual dos indicadores (δ), com coeficientes iguais ou superiores a .25
 - Fidelidade compósita (FC) estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Valores acima de 0.70 indicam boa consistência interna (Maroco, 2014).
 - Validade convergente avaliada através da variância extraída média (VEM) permite-nos determinar o modo como os itens que são reflexo de um fator, saturam fortemente nesse fator. Valores superiores a .50 são considerados indicativos de boa validade convergente (Maroco, 2014).
 - Validade discriminante é considerada quando o valor de VEM para cada constructo é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer.
- A sensibilidade dos itens foi avaliada com recurso aos coeficientes de assimetria (Sk) e achatamento (Ku). Considerou-se que coeficientes de assimetria superiores a 3 e coeficiente de achatamento superior a 7, em valores absolutos, apresentavam problemas de desvio significativo da normalidade (Marôco).

1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e de contexto formativo

O questionário de caracterização sociodemográfica consta de três questões que visam obter informações sobre a idade; o estado civil onde constam as opções de solteiro, união de facto/casado(a), divorciado(a) /separado(a) e viúvo(a) e a formação académica, que pretende saber o grau de ensino que frequentou nomeadamente licenciatura (por equivalência à especialidade), pós-graduação/ pós-licenciatura de especialização, mestrado, doutoramento e outra.

No que respeita às variáveis socioprofissionais que comporta três questões procura-se informação relativa à categoria profissional, constando as opções de resposta enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe; tipo de contrato profissional/ vínculo, dividido em contrato de trabalho por tempo indeterminado, contrato de

trabalho por tempo determinado/ a tempo, recibos verdes e outra, e ainda anos de exercício profissional, que especifica os anos como enfermeiro e como enfermeiro especialista.

Quanto às variáveis de contexto formativo a primeira questão procura saber se fez formação/curso depois de ter terminado enfermagem/especialização com resposta sim ou não e em caso afirmativo é dada a possibilidade de indicar as formações/cursos que considerou mais importantes e qual (ais) a(s) área (s) de formação que considerou mais necessárias para o seu desenvolvimento profissional.

1.3.2. Escala de motivação profissional

A escala de motivação profissional foi construída propositadamente para este estudo e é constituída por cinco itens, que procuram avaliar a motivação para o exercício profissional.

O instrumento é autoaplicável, está organizado em escala ordinal tipo Likert e os participantes registam as suas respostas num score que oscila entre 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). Os resultados são apurados somando-se a pontuação obtida em cada item que pode variar entre 5 e 20 pontos. Obtido o score global, procede-se seguidamente à transformação matemática da pontuação para uma escala de 0 a 100% através da seguinte fórmula: $(\text{score bruto} - \text{valor mínimo esperado}) / \text{amplitude} * 100$. Pontuações elevadas indicam baixa motivação para a prática do exercício profissional.

- **Estudo psicométrico**

Foi efetuado o estudo psicométrico dos cinco itens que compõem a escala e que evidenciam índices médios homogêneos ao oscilarem entre 1.42 no item 1 “Estou motivado(a) para aprender novas técnicas e métodos de trabalho” e 1,67 no item 5 “Estou motivado(a) para sugerir melhorias na organização do meu local de trabalho” sendo também este item o que apresenta valor correlacional mais baixo ($r = 0.685$) e menor variabilidade 50.1%. A maior percentagem de variância explicada ocorre no item 3 com 74.4% de variabilidade. Os coeficientes de alfa de Cronbach por item bem como o alfa global ($\alpha = 0.908$) podem classificar-se de bons (cf Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas e consistência interna da escala de motivação para a prática profissional

| | | média | dp | r/item | R ² | α /sem item | h ² |
|----------|--|-------|------|--------|----------------|-----------------------|----------------|
| 1 | Estou motivado(a) para aprender novas técnicas e métodos de trabalho | 1,42 | ,641 | ,780 | ,660 | ,887 | ,754 |

| | | média | dp | r/item | R ² | α /sem item | h ² |
|---|---|-------|------|--------|----------------|-----------------------|----------------|
| 2 | Estou motivado(a) para desenvolver trabalho em equipa | 1,48 | ,659 | ,724 | ,538 | ,897 | ,678 |
| 3 | Estou motivado(a) para participar em ações de formação continua | 1,64 | ,821 | ,857 | ,747 | ,868 | ,842 |
| 4 | Estou motivado(a) para participar em projetos de mudança na prestação de cuidados | 1,53 | ,702 | ,833 | ,714 | ,874 | ,811 |
| 5 | Estou motivado(a) para sugerir melhorias na organização do meu local de trabalho | 1,67 | ,826 | ,685 | ,501 | ,909 | ,620 |

Entretanto efetuamos a análise fatorial exploratória que revelou uma estrutura unifatorial e que apresenta uma percentagem de variância explicada de 74.09%.

Realizada a análise fatorial confirmatória, denotamos pela Tabela 5 que o rácios críticos das trajetórias entre as variáveis manifestas e a variável latente se revelam altamente significativos pelo que continuamos com os procedimentos da análise

Tabela 5 - Estimativas e rácios críticos das trajetórias entre variáveis manifestas e latente

| Trajelórias | | | Estimativas | S.E. | Rácio crítico | P |
|-------------|------|-----------|-------------|------|---------------|-----|
| e4 | <--- | Motivação | 1,159 | ,067 | 17,286 | *** |
| e3 | <--- | Motivação | 1,400 | ,078 | 18,017 | *** |
| e2 | <--- | Motivação | ,929 | ,068 | 13,623 | *** |
| e1 | <--- | Motivação | 1,000 | | | |
| e5 | <--- | Motivação | 1,110 | ,089 | 12,501 | *** |

O output gráfico (Figura 2) indica a existência de uma boa fidelidade individual dos itens dado que os pesos fatorial são todos superiores a 0.50 bem como uma boa fiabilidade individual dos indicadores (com coeficientes superiores a 0.25).

A fidelidade compósita (FC= 0.913), aponta para boa consistência interna e a validade convergente (VEM= 0.684) indicam que os itens saturam fortemente nesse fator.

Os índices da AFC apresentaram um ajuste muito satisfatório de acordo com os valores de referência acima apresentados ($\chi^2/g.l.$ =2.914; GFI = 0,978; CFI = 0,988; RMSEA = 0,089; RMR= 0.011e SRMR = 0.022.

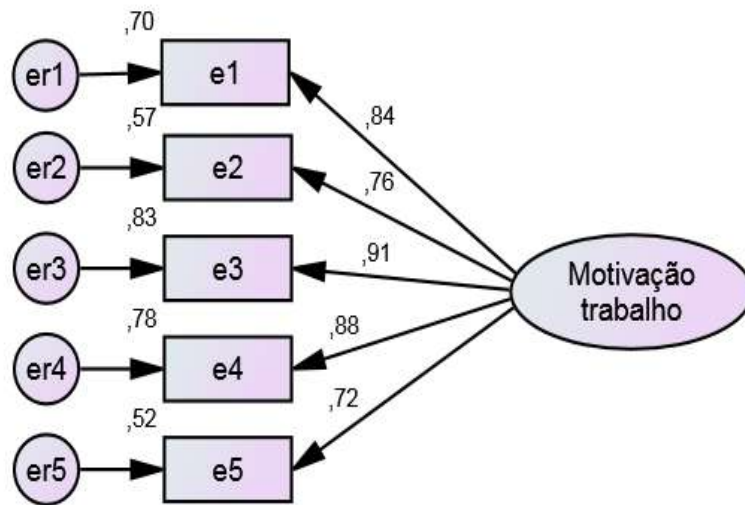


Figura 2 – Output gráfico do modelo de motivação para o trabalho

1.3.3. Escala de percepção sobre empoderamento em enfermeiros – (Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale)

Como forma de obtenção de dados e mensuração das variáveis, foi utilizado o questionário desenvolvido por Henriques et al (2012), que adaptou a escala “ Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale” (Mathews, Scott e Gallagher 2009), que foi elaborada por estes autores em 2006, investigadoras da Universidade de Dublin, na Irlanda.

A versão portuguesa da Escala da Percepção do Empoderamento do enfermeiro Henriques et al (2012) é uma tradução e validação da “Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale de Mathews, Scott e Gallagher (2009). É constituída por 17 itens apresentados em formato tipo Likert com cinco pontos desde um (concordo totalmente) a cinco (discordo totalmente) o que indica que quanto mais alto o valor obtido na escala menor é o nível de Empoderamento percebido pelos Enfermeiros.

No estudo de validação para a população portuguesa obteve-se um índice de fiabilidade de 0.832 para a totalidade da escala.

Da análise fatorial exploratória realizada, resultaram cinco fatores que explicaram no seu total 72.9% da variância. O fator 1 foi designado por gestão eficaz e relações interdisciplinares era constituído por nove itens, o fator 2 apelidado por prática sustentada e autónomo comportava 4 itens, o fator 3 intitulado comunicação e assertividade

profissional tinha apenas dois itens, o fator 4 designado reconhecimento da equipa diz respeito a um item e o fator 5 titulado por formação e educação também dispunha de apenas um item. Considerando que tal como refere Marôco (2014) a constituição dum fator deve no mínimo ser constituído por três itens, julgamos que a escala enferma de problemas de validação. Assim, pelas razões apontadas anteriormente procedemos a novo estudo de fiabilidade e de validade da escala tendo por base os 17 itens.

- **Estudo psicométrico da escala para o presente estudo**

A Tabela 6 reporta as médias e desvios padrão bem como os índices correlacionais e de consistência interna dos 17 itens que comportam a escala. Pelos índices médios observamos que os índices no geral se encontram bem centrados, porquanto se apresentam com valores inferiores à média esperada.

Por sua vez pelos valores de correlação ressalta que todos os itens apresentam um valor positivo e superiores a 0.20. O valor mínimo obtido foi de ($r=0.225$) no item 10 “Eu sou capaz de dizer não quando julgo que isso é necessário.” e o máximo ($r=0.621$) no item 5 “Eu não tenho um superior que me apoie” sendo também este item que apresenta maior percentagem de variância explicada (64.6%).

Ao analisarmos o alfa de Cronbach, por item, os mesmos podem ser classificados de bons, pois oscilam entre os 0.814 no item 5 e 0.836 no item 10 com um alfa global de 0.835.

Tabela 6 - Estatísticas e correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de sobre saúde e relacionamento

| | | Média | Desvio Padrão | r/sem item | r ² | α sem item |
|----|---|-------|---------------|------------|----------------|-------------------|
| 1 | Eu sou valorizada pelo meu superior. | 2,51 | 0,951 | 0,576 | ,572 | ,818 |
| 2 | Eu sou uma defensora dos utentes. | 1,52 | 0,640 | 0,256 | ,218 | ,834 |
| 3 | Eu tenho o suporte do meu superior. | 2,52 | 0,989 | 0,498 | ,534 | ,822 |
| 4 | Eu não sou reconhecida pelo meu superior, pela minha contribuição nos cuidados nos cuidados. | 2,48 | 1,139 | 0,533 | ,476 | ,820 |
| 5 | Eu não tenho um superior que me apoie. | 2,41 | 1,087 | 0,621 | ,646 | ,814 |
| 6 | Eu tenho uma comunicação eficaz com os órgãos de gestão. | 2,68 | 0,951 | 0,490 | ,334 | ,823 |
| 7 | Eu não estou informada sobre as alterações na minha organização que irão afectar a minha prática. | 2,87 | 1,049 | 0,417 | ,280 | ,828 |
| 8 | Estou adequadamente preparada para desempenhar o meu papel. | 1,70 | 0,628 | ,281 | ,279 | ,833 |
| 9 | Eu tenho o apoio dos meus colegas. | 2,08 | 0,736 | ,504 | ,354 | ,823 |
| 10 | Eu sou capaz de dizer não quando julgo que isso é necessário. | 1,88 | 0,745 | ,225 | ,255 | ,836 |
| 11 | Eu não sei qual o âmbito da minha prática. | 1,78 | 0,905 | ,370 | ,259 | ,830 |
| 12 | Eu sou responsável pela minha prática. | 1,42 | 0,642 | ,265 | ,186 | ,834 |
| 13 | Eu sou reconhecida como um profissional pela profissão médica. | 2,19 | 0,869 | ,482 | ,551 | ,824 |
| 14 | Eu não tenho acesso adequado aos recursos para a educação e formação pessoal. | 2,82 | 1,082 | ,351 | ,191 | ,832 |
| 15 | Eu tenho autonomia na minha prática. | 2,23 | 0,889 | ,491 | ,393 | ,823 |

| | | Média | Desvio Padrão | r/sem item | r ² | α sem item |
|----|--|-------|---------------|---------------|----------------|-------------------|
| 16 | Eu não sou ouvida pelos membros da equipa multidisciplinar. | 2,38 | 0,934 | ,427 | ,255 | ,827 |
| 17 | Eu sou reconhecido pela minha contribuição nos cuidados aos utentes pela profissão médica. | 2,35 | 0,907 | ,549 | ,573 | ,820 |

Prosseguimos assim para a análise fatorial exploratória. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin ao apresentar um valor de (KMO=0.822) e o Teste de esfericidade de Bartlett ao revelar-se estatisticamente significativo (p= 0.000) são suficientemente credíveis para continuarmos com o processo de validação da escala. Nesse sentido determinamos as comunalidades após a extração dos fatores denotando-se que apenas o item 12 “Eu sou responsável pela minha prática” apresenta um índice inferior a 0.40 pelo que numa análise mais conservadora deveria ser eliminado.

Efetuada a extração dos fatores através de rotação ortogonal pelo método Varimax obtiveram-se quatro fatores com raízes latentes (engenvales) superiores a 1 que no conjunto explicavam 55.18% da variância total. Denota-se que todos os itens apresentam saturações superiores a 0.40 (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Itens por fator e Comunalidades após rotação Varimax

| Itens | Fatores | | | | h ² |
|-------|---|------|-------|-------|----------------|
| | F1 | F2 | F3 | F4 | |
| 1 | Eu sou valorizada pelo meu superior. | | | | ,714 |
| 2 | Eu sou uma defensora dos utentes. | | | 0.660 | ,461 |
| 3 | Eu tenho o suporte do meu superior. | ,828 | | | ,698 |
| 4 | Eu não sou reconhecida pelo meu superior, pela minha contribuição nos cuidados nos cuidados. | ,656 | | | ,575 |
| 5 | Eu não tenho um superior que me apoie. | ,839 | | | ,756 |
| 6 | Eu tenho uma comunicação eficaz com os órgãos de gestão. | ,583 | | | ,429 |
| 7 | Eu não estou informada sobre as alterações na minha organização que irão afectar a minha prática. | | | 0.688 | ,545 |
| 8 | Estou adequadamente preparada para desempenhar o meu papel. | | | 0.763 | ,618 |
| 9 | Eu tenho o apoio dos meus colegas. | ,416 | | | ,413 |
| 10 | Eu sou capaz de dizer não quando julgo que isso é necessário. | | | 0.595 | ,473 |
| 11 | Eu não sei qual o âmbito da minha prática. | | | 0.568 | ,431 |
| 12 | Eu sou responsável pela minha prática. | | | 0.506 | ,363 |
| 13 | Eu sou reconhecida como um profissional pela profissão médica. | | 0.839 | | ,760 |
| 14 | Eu não tenho acesso adequado aos recursos para a educação e formação pessoal. | | | 0.589 | ,406 |
| 15 | Eu tenho autonomia na minha prática. | | 0.669 | | ,545 |
| 16 | Eu não sou ouvida pelos membros da equipa multidisciplinar. | | | 0.602 | ,470 |
| 17 | Eu sou reconhecido pela minha contribuição nos cuidados aos utentes pela profissão médica. | | 0.796 | | ,724 |

O gráfico de variâncias designado por scree plot reforça o número de fatores retidos conforme assinalado pelo ponto de inflexão da curva.

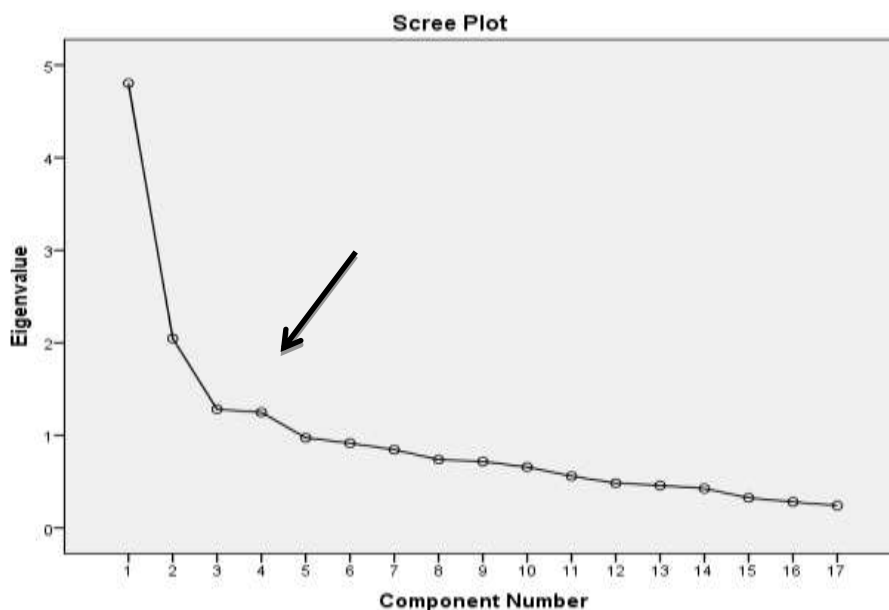


Figura 3 - Gráfico de variâncias de Scree plot.

Na Tabela 8 apresentamos a percentagem de variância explicada por fator. O fator 1 comporta os itens 1, 3, 4, 5, 6, e 9, apresenta uma percentagem de variância explicada de 18.90% e foi designado por dimensão pessoal.

O fator 2 denominado de dimensão multidimensional, explica 13.55% da variância e é constituído pelos itens 13, 15 e 17.

O fator 3 designado por reconhecimento dos pares, apresenta uma percentagem de variância explicada de 11.41% e comporta os itens 7, 11, 14 e 16.

Por último, o fator 4 possui os itens 2, 8, 10 e 12 foi designado por reconhecimento organizacional e explica 11.32% da variância total.

Tabela 8 - Total Variância explicada

| Componentes | Nº itens | Variância explicada | | |
|--------------------------------|----------|---------------------|----------------|---------------------|
| | | Engenvalues | % de variância | Variância acumulada |
| Dimensão pessoal | 6 | 3.213 | 18.900 | 18.900 |
| Dimensão multidimensional | 3 | 2.304 | 13.555 | 32.455 |
| Reconhecimentos dos pares | 4 | 1.940 | 11.411 | 43.856 |
| Reconhecimentos organizacional | 4 | 1.924 | 11.320 | 55.185 |

Tendo como base os resultados da análise fatorial exploratória, submetemos a solução tetrafatorial obtida a uma análise fatorial confirmatória. Analisados os pormenores relativos à multicolinearidade e valores univariados e multivariados que pudessem influenciar a análise

fatorial registamos que todos os itens apresentam índices de enviesamento e achatamento conducentes com uma distribuição normal e com rácios críticos das trajetórias entre as variáveis manifestas e latentes estatisticamente significativas (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Trajetórias e rácios críticos das variáveis manifestas e latentes

| | | | Trajetoórias | Estimativas | S.E. | Rácios críticos | P |
|-----|------|-------------------------------|--------------|-------------|------|-----------------|-----|
| e6 | <--- | Dimensão pessoal | | 1,000 | | | |
| e8 | <--- | Dimensão pessoal | | ,982 | ,086 | 11,482 | *** |
| e9 | <--- | Dimensão pessoal | | 1,053 | ,103 | 10,245 | *** |
| e10 | <--- | Dimensão pessoal | | 1,265 | ,098 | 12,880 | *** |
| e11 | <--- | Dimensão pessoal | | ,688 | ,086 | 8,023 | *** |
| e14 | <--- | Dimensão pessoal | | ,445 | ,067 | 6,612 | *** |
| e18 | <--- | Dimensão multidimensional | | 1,000 | | | |
| e20 | <--- | Dimensão multidimensional | | ,730 | ,087 | 8,349 | *** |
| e22 | <--- | Dimensão multidimensional | | 1,137 | ,098 | 11,626 | *** |
| e12 | <--- | Reconhecimento pares | | 1,000 | | | |
| e16 | <--- | Reconhecimento pares | | ,779 | ,163 | 4,787 | *** |
| e19 | <--- | Reconhecimento pares | | ,871 | ,174 | 5,021 | *** |
| e21 | <--- | Reconhecimento pares | | ,960 | ,180 | 5,337 | *** |
| e7 | <--- | Reconhecimento organizacional | | 1,000 | | | |
| e13 | <--- | Reconhecimento organizacional | | 1,024 | ,205 | 4,988 | *** |
| e15 | <--- | Reconhecimento organizacional | | 1,120 | ,248 | 4,513 | *** |
| E17 | <--- | Reconhecimento organizacional | | ,741 | ,181 | 4,093 | *** |

Os pesos fatoriais e fiabilidade individual considerados adequadas para um estudo confirmatório conforme consta da figura 1 mas os índices da AFC nesta primeira versão patenteavam um ajuste pouco satisfatório em relação ao CFI= 0.882 e GFI= 0.894 embora adequados relativamente ao $\chi^2/g.l. = 2.190$; RMSEA = 0,071; RMR= 0.056 e SRMR = 0.073). Porém, dado que não eram propostos índices de modificação correlacionando alguns erros, para refinar o modelo decidimos eliminar os itens que apresentavam saturações inferiores ou iguais a 0.45. O modelo obtido passou a ser bastante satisfatório com valores de $\chi^2/g.l. = 2.013$; GFI = 0.914; CFI = 0.917; RMSEA = 0,065; RMR= 0.053; SRMR= 0.061. Todos os pesos de regressão são superiores a 0.45 e estaticamente significativos ($p < 0,001$) o que demonstra a relevância do fator para predizer os itens (cf. Figura 4).

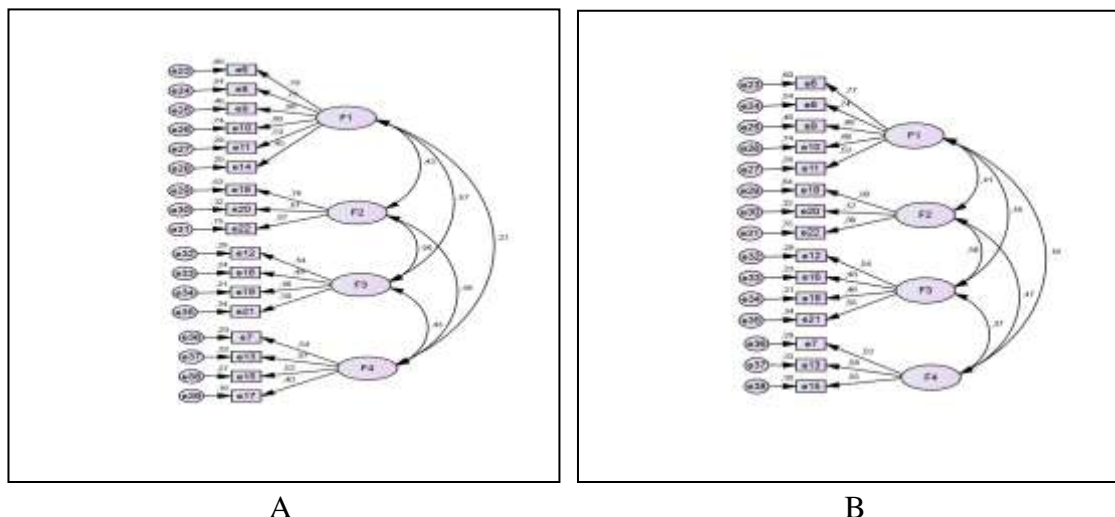


Figura 4 – (A) Modelo inicial. (B) Modelo refinado da escala de empoderamento

Quanto à fiabilidade compósita (FC) e variância extraída média (VEM) os resultados apontam para índices adequadas no fator 1 (dimensão pessoal) e 2 (dimensão multidimensional) e inadequados para os fatores 3 (reconhecimento dos pares) e fator 4 (reconhecimento organizacional) de acordo com os valores de referência supracitados, embora seja patente a existência de validade discriminante (VD) entre quatro fatores (Tabela 10).

Tabela 10 - Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante

| Modelo | FC | VEM | Validade discriminante | | |
|---|-------|-------|------------------------|-------|-------|
| | | | F2 | F3 | F4 |
| F1 - Dimensão pessoal | 0.844 | 0.526 | 0.168 | 0.302 | 0.025 |
| F2 - Dimensão multidimensional | 0.792 | 0.566 | -- | 0.313 | 0.220 |
| F3 - Reconhecimento pares | 0.593 | 0.269 | -- | -- | 0.136 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 0.568 | 0.305 | -- | -- | -- |

Dado que as correlações obtidas entre os fatores sugerem a existência de um fator de 2ª ordem, propôs-se uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que designámos por Empoderamento. A Figura 5 ilustra o modelo com o fator de 2ª ordem.

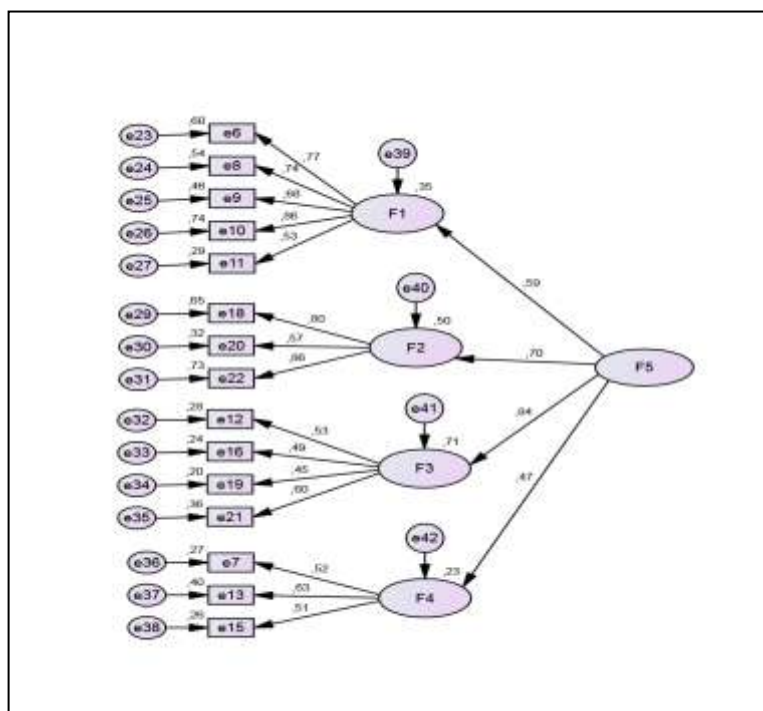


Figura 5 - Modelo 2ª ordem da escala de empoderamento

Neste modelo, os valores de qualidade de ajustamento continuam bons, demonstrando a elevada validade factorial da escala de empoderamento para enfermeiros: $\chi^2/df=2.048$; $CFI=0.912$; $GFI=0.910$; $RMSEA=0.066$; $RMR= 0.058$; $SRMR= 0.066$

A Tabela 11 sintetiza os índices de ajustamento global obtidos nos três momentos.

Tabela 11 - Índices de ajustamento global da escala de empoderamento

| Modelo | χ^2/df | GFI | CFI | RMSEA | RMR | SRMR |
|--------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Modelo inicial | 2.190 | 0.894 | 0.882 | 0.071 | 0.056 | 0.073 |
| Modelo refinado | 2.013 | 0.914 | 0.917 | 0.065 | 0.053 | 0.061 |
| Modelo de 2ª ordem | 2.048 | 0.910 | 0.912 | 0.066 | 0.058 | 0.066 |

1.4. Procedimentos éticos de recolhas de dados

Após delinear a questão de investigação, os objetivos e as variáveis em estudo, seguimos uma determinada conduta, apresentando através de um requerimento um pedido de autorização à Administração dum hospital da zona centro para realizarmos o presente estudo.

Nesse requerimento foram identificadas as responsáveis pela pesquisa, explicados os objetivos e importância do estudo.

A autorização foi deferida pelas entidades acima referidas e no início do mês de Junho, procedemos à entrega em mão do instrumento de colheita de dados, tendo havido um

diálogo prévio com os enfermeiros chefes dos diversos serviços. A recolha foi realizada pessoalmente.

1.5. Análise de dados

Para a análise dos dados, utilizamos a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial. Com a estatística descritiva determinamos as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central como média, medidas dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de forma como a assimetria e curtose e medidas de associação como o coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de variação permitiu-nos comparar a dispersão de dados em torno do índice médio tendo como valores de referencia os apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 – Índices de referencia do coeficiente de variação

| Coeficiente de variação | Classificação do Grau de dispersão |
|-------------------------|------------------------------------|
| 0% - 15% | Dispersão baixa |
| 16% - 30% | Dispersão moderada |
| > 30% | Dispersão alta |

O coeficiente de correlação de Pearson, é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores de correlação oscilam entre $-1 < r < +1$ no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por convenção, os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana e Gageiro, 2005):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Com a estatística inferencial usamos testes paramétricos e não paramétricos nomeadamente:

- Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney para amostras independentes – permite a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Análise de variância a um fator (ANOVA) ou Teste de Kruskal Wallis – permite a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes,. Para saber quais as médias que se diferenciam entre si, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc,

- Teste de qui quadrado (X^2) – permite o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub-amostras não permitia o uso do referido teste, recorre-se muitas vezes à percentagem residual (resíduos ajustados), O uso destes índices em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado (Pestana & Gajreiro (2005), Os referidos autores consideram os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- <1.96 diferença estatística não significativa.

Para se interpretar os resíduos ajustados é necessário um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

- Regressões múltiplas - modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena) a partir de uma ou mais variáveis quantitativas (variáveis independentes ou exógenas).

Na análise estatística utilizar-se-ão os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efectuou-se através de tabelas e gráficos, onde se apresentaram os dados mais relevantes.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 (2014) para Windows.

No capítulo seguinte iremos apresentar os resultados obtidos.

2. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da nossa investigação. Fazemos a análise dos resultados das escalas utilizadas conforme a ordem estas que aparecem no questionário.

2.1. Análise descritiva

- **Formação Académica**

Iniciamos a análise descritiva pela formação académica e pela Tabela 13, denota-se que a maior percentagem dos inquiridos mantém a formação académica básica, a licenciatura (75.6%), sendo no entanto já significativo o percentual que possui nível superior de formação, nomeadamente mestrado (24.4%), com distribuição semelhante nos três grupos etários considerados. Não encontramos significâncias estatísticas entre os grupos.

Tabela 13 - Formação académica em função da idade

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|---------------|------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| Licenciatura | 57 | 73.1 | 59 | 77.6 | 65 | 75.6 | 181 | 75.4 | -0.6 | 0.5 | 0.0 |
| Mestrado | 20 | 25.6 | 17 | 22.4 | 21 | 24.4 | 58 | 24.2 | 0,4 | -0.4 | 0.1 |
| Doutoramento | 1 | 1.3 | - | 0.0 | - | 0.0 | 1 | 0.4 | Não aplicável | | |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

Recodificamos esta variável considerando apenas os que possuem licenciatura e mestrado/doutoramento (Tabela 14). Continuamos a não observar significância estatística ($X^2=0.433$; $p=0.805$) entre os grupos mas tal como já havíamos observado anteriormente os que possuem a licenciatura distribuem-se com percentagens similares entre os três grupos etários.

Tabela 14 - Formação académica (variável recodificada)

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|-----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------|------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| Licenciatura | 57 | 73.1 | 59 | 77.6 | 65 | 75.6 | 181 | 75.4 | -0.6 | 0.5 | 0.0 |
| Mestrado/doutoramento | 21 | 26.9 | 17 | 22.4 | 21 | 24.4 | 59 | 24.6 | 0.6 | -0.5 | 0.0 |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

- **Frequência de curso de pós graduação**

Apesar dos resultados da tabela anterior que revelou que a maioria possui a licenciatura, verificamos através da Tabela 15 que uma grande percentagem (53.8%) dos participantes completou uma pós graduação, com incidência nos grupos etários mais novos,

<=35 anos com 66.7% e 36 e 44 anos com 61.8%. Entre os grupos encontramos significância estatística ($X^2=19.550$; $p=0.000$) confirmados pelos resíduos ajustados que mostram incidência nos grupos etários <=35 anos e >=44anos.

Tabela 15 – Frequência do curso de Pós-graduação

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|-----------|------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| Sim | 52 | 66.7 | 47 | 61.8 | 30 | 34.9 | 129 | 53.8 | 2.8 | 1.7 | -4.4 |
| Não | 26 | 33.3 | 29 | 38.2 | 56 | 65.1 | 111 | 46.3 | -2.8 | -1.7 | 4.4 |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

- **Categoria profissional**

A Tabela 16 mostra-nos a distribuição dos participantes relativamente á sua categoria profissional. Constata-se que nos enfermeiros com idade inferior ou igual a 35 anos o maior percentual recai nos que possuem a categoria de enfermeiro. As categorias intermédias, nomeadamente Enfermeiro Graduado (31.7%) e Enfermeiro Especialista (39.6%), observam-se sobretudo nos grupos etários mais velhos sendo que esta ultima categoria registam uma percentagem de 57.0% nos enfermeiros com mais de 44 anos. Verificam-se, diferenças significativas, demonstradas pelos resíduos ajustados dos referidos grupos etários.

Tabela 16 – Categoria profissional dos participantes

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|-------------------------|------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------|---------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| Enfermeiro | 41 | 52.6 | 15 | 19.7 | 6 | 7.0 | 62 | 25.8 | 6.6 | -1.5 | -5.0 |
| Enfermeiro Graduado | 17 | 21.8 | 35 | 46.1 | 24 | 27.9 | 76 | 31.7 | -2.3 | 3.3 | -0.9 |
| Enfermeiro especialista | 20 | 25.6 | 26 | 34.2 | 49 | 57.0 | 95 | 39.6 | -3.1 | -1.2 | 4.1 |
| Enfermeiro chefe | - | 0.0 | - | 0.0 | 6 | 7.0 | 6 | 2.5 | | | Não aplicável |
| Enfermeiro supervisor | - | 0.0 | - | 0.0 | 1 | 1.2 | 1 | 0.4 | | | Não aplicável |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

- **Tipo de contrato de trabalho/vínculo que detêm para com a instituição**

A maior percentagem dos participantes (89.6%) detêm com a instituição um vínculo a tempo indeterminado, como posso inferir da Tabela 17, com distribuição análoga pelos diferentes grupos etários. Existem diferenças significativas entre os grupos em estudo ($X^2=16.343$; $p=0.003$), localizados apenas nos que possuem contrato de trabalho a tempo determinado e idade inferior ou igual a 35 anos.

Tabela 17 – Tipo de contrato/vinculo com a instituição

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|-----------|------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| CTTI | 68 | 87.2 | 69 | 90.8 | 78 | 90.7 | 215 | 89.6 | -0.8 | 0.4 | 0.4 |
| CTTD | 8 | 10.3 | 1 | 1.3 | - | 0.0 | 9 | 3.8 | 3.7 | -1.4 | -2.3 |
| Outro | 2 | 2.6 | 6 | 7.9 | 8 | 9.3 | 16 | 6.7 | -1.8 | 0.5 | 1.2 |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

- **Anos de exercício profissional**

Da análise da Tabela 18 observamos que os participantes possuem uma média de 18,5 anos (± 4.9 anos), de exercício com um tempo mínimo de um ano e máximo de 37 anos. Os índices de assimetria e curtos e indiciam curvas gaussianas e o coeficiente de variação revela uma dispersão elevada.

Tabela 18 – estatísticas relativas aos anos de exercício profissional

| | N | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | KS |
|--------------|-----|-----|------|-------|------|--------|---------|--------|-------|
| Total | 240 | 1.0 | 37.0 | 18.5 | 7.7 | 41.6 | 1.419 | -0.456 | 0.200 |

Tendo por base a amplitude encontrada que se situa nos 36 anos, recodificamos esta variável constituindo quatro grupos: os que possuem um tempo inferior ou igual a dois anos, de 3 a 5 anos, de 6 a 10 anos e superior ou igual a 11 anos. Aferimos pela Tabela 19 que a grande percentagem dos participantes exercem a sua atividade profissional há mais de 2 anos, com especial ênfase de 3 a 5 anos (32.8%) e superior ou igual a 11 anos (31.6%). Analisando os resultados em função dos grupos etários denota-se que os maiores percentuais recaem nos enfermeiros com idade até aos 35 anos nos que possuem 3 a 5 anos (47.4%) de exercício profissional, e também nos de 36 a 43 anos (47.1%). Como seria previsível os enfermeiros mais velhos 74,2% exercem a sua atividade há mais de 11 anos.

Tabela 19 – Anos de exercício profissional como especialista em função da idade

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|--------------|------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| <=2 anos | 16 | 28.1 | 6 | 11.8 | 3 | 4.5 | 25 | 14.4 | 3.6 | -0.6 | -2.9 |
| 3-5 anos | 27 | 47.4 | 24 | 47.1 | 6 | 9.1 | 57 | 32.8 | 2.9 | 2.6 | -5.2 |
| 6-10 anos | 11 | 19.3 | 18 | 35.3 | 8 | 12.1 | 37 | 21.3 | -0.4 | 2.9 | -2.3 |
| >=11 anos | 3 | 5.3 | 3 | 5.9 | 49 | 74.2 | 55 | 31.6 | -5.2 | -4.7 | 9.5 |
| Total | 57 | 100.0 | 51 | 100.0 | 66 | 100.0 | 174 | 100.0 | | | |

$X^2=98.871$; $p=0.000$

- **Formação após o término do curso de enfermagem**

A Tabela 20 responde à questão do questionário “fez formação/ curso depois de ter terminado enfermagem/especialização”. Os resultados mostram-nos que 70.0% dos inquiridos continua (ou) a investir na sua formação após a conclusão da sua licenciatura ou especialização, não se verificando incidência especial em nenhum dos grupos etários, facto que é comprovado pelo teste de qui quadrado ($X^2=1.259$; $p=0.533$) e valores residuais.

Tabela 20 – Formação realizada após término da enfermagem

| Variáveis | <= 35 anos | | 36 – 43 anos | | >= 44 anos | | Total | | Residuais | | |
|--------------|------------|-------|--------------|-------|------------|-------|-------|-------|-----------|------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| Sim | 53 | 67.9 | 51 | 67.1 | 64 | 74.4 | 168 | 70.0 | -0.5 | -0.7 | 1.1 |
| Não | 25 | 32.1 | 25 | 32.9 | 22 | 25.6 | 72 | 30.0 | 0.5 | 0.7 | -1.1 |
| Total | 78 | 100.0 | 76 | 100.0 | 86 | 100.0 | 240 | 100.0 | | | |

- **Motivação profissional**

As estatísticas sobre a motivação profissional revelam um índice mínimo de 0% e um máximo de 90.0%, com uma média de 13.66% consentânea com boa motivação profissional. O coeficiente de variação apresenta uma dispersão elevada (114,8%) e os valores de assimetria e curtose curva leptocurtica e enviesada à esquerda (Tabela 21).

Tabela 21 – Estatísticas relacionadas com a motivação profissional

| | Min | Max | Média | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | KS |
|------------------|------------|-----------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Motivação | 0.0 | 90 | 13.66 | 15.69 | 114.80 | 10.70 | 15.30 | 0.000 |

Procuramos classificar a motivação profissional tendo-se para o efeito constituído grupos de corte com base nos percentis 25 e 75. Nesta conformidade consideramos que os enfermeiros estariam muito motivados os que apresentassem um score inferior ou igual a 5 motivados entre 6 e 9 e pouco motivados superior ou igual a 10.

Expressa a Tabela 22 os resultados obtidos inferindo-se que 40.0% dos participantes no estudo se encontram muito motivados e cerca de 30.0% pouco motivados.

No que aporta aos muito motivados a maior percentagem recai nos de idade intermédia (34.4%) nos que vivem com companheiro (70.8%), com licenciatura 70.8%) com a categoria profissional de enfermeiros (52.1%), com vinculo institucional por tempo indeterminado 84.4%) e que efetuaram formação após o curso (79.2%). Este perfil é em todo semelhante aos que se percecionam como pouco motivados porquanto encontramos maioritariamente um grupo com idade entre 36 – 43 anos (37.8%), a viverem com companheiro (a) (75.7%), licenciados (77.0%), com a categoria de enfermeiro (86.2%), com vínculo à instituição por tempo indeterminado (91.9%) e que fizeram formação após o curso (56.8%).

Tabela 22 - Classificação da motivação profissional e variáveis sociodemográficas e profissionais

| Variáveis | Muito motivado | | Motivado | | Pouco motivado | | Total | | Residuais | | |
|-------------------------------|----------------|----------|----------|----------|----------------|----------|-------|------|-----------|------|------|
| | Nº (96) | % (40.0) | Nº (70) | % (29.2) | Nº (74) | % (30.8) | Nº | % | 1 | 2 | 3 |
| Idade | | | | | | | | | | | |
| <= 35 anos | 31 | 32.3 | 25 | 35.7 | 22 | 29.7 | 78 | 32.5 | -0.1 | 0.7 | -0.6 |
| 36 - 43 anos | 33 | 34.4 | 15 | 21.4 | 28 | 37.8 | 76 | 31.7 | 0.7 | -2.2 | 1.4 |
| >= 44 anos | 32 | 33.3 | 30 | 42.9 | 24 | 32.4 | 86 | 35.8 | -0.7 | 1.5 | -0.7 |
| Estado Civil | | | | | | | | | | | |
| Sem companheiro | 28 | 29.2 | 21 | 30.0 | 18 | 24.3 | 67 | 27.9 | 0.4 | 0.5 | -0.8 |
| Com companheiro | 68 | 70.8 | 49 | 70.0 | 56 | 75.7 | 173 | 72.1 | -0.4 | -0.5 | 0.8 |
| Formação académica | | | | | | | | | | | |
| Licenciatura | 70 | 72.9 | 54 | 77.1 | 57 | 77.0 | 181 | 75.4 | -0.7 | 0.4 | 0.4 |
| Mest/doutoram. | 26 | 27.1 | 16 | 22.9 | 17 | 23.0 | 59 | 24.6 | 0.7 | -0.4 | -0.4 |
| Categoria profissional | | | | | | | | | | | |
| Enfermeiro | 50 | 52.1 | 39 | 55.7 | 49 | 66.2 | 138 | 57.5 | -1.4 | -0.4 | 1.8 |
| Enf. especialista | 46 | 47.9 | 31 | 44.3 | 25 | 33.8 | 102 | 42.5 | 1.4 | 0.4 | -1.8 |
| Vínculo instituição | | | | | | | | | | | |
| Temp indeterminado | 81 | 84.4 | 66 | 94.3 | 68 | 91.9 | 215 | 89.6 | -2.2 | 1.5 | 0.8 |
| Temp determinado | 4 | 4.2 | 2 | 2.9 | 3 | 4.1 | 9 | 3.8 | 0.3 | -0.5 | 0.2 |
| Outro | 11 | 11.5 | 2 | 2.9 | 3 | 4.1 | 16 | 6.7 | 2.4 | -1.5 | -1.1 |
| Formação após curso | | | | | | | | | | | |
| Sim | 76 | 79.2 | 50 | 71.4 | 42 | 56.8 | 168 | 70.0 | 2.5 | 0.3 | -3.0 |
| Não | 20 | 20.8 | 20 | 28.6 | 32 | 43.2 | 72 | 30.0 | -2.5 | -0.3 | 3.0 |

- **Perceção sobre empoderamento dos enfermeiros**

Na Tabela 23 são apresentadas as estatísticas dos fatores resultantes da validação da escala sobre a perceção sobre empoderamento dos enfermeiros. Para a perceção global o índice mínimo é de 3.3% e o máximo de 50.0% com uma média de 32.3% ($\pm 12.4\%$) o que revela uma boa perceção sobre o empoderamento dos enfermeiros. Numa análise aos resultados das dimensões denota-se que o índice mínimo é de 0.0% em todas as subescalas e o máximo oscila entre 50.0% no reconhecimento organizacional e os 100.0% no reconhecimento por pares, com índices médios a revelarem boa perceção sobre empoderamento dos enfermeiros ao situarem-se entre os 17.5% ($\pm 12.2\%$) no reconhecimento organizacional e os 38.0% ($\pm 19.9\%$) na dimensão pessoal. Os valores de curtose e assimetria indiciam curvas normocurticas e apenas enviesadas à esquerda na dimensão pessoal e dimensão multidimensional, mas com dispersões elevadas.

Estes resultados permitiram dar resposta à primeira questão de investigação formulada que pretendia quantificar a perceção sobre empoderamento dos enfermeiros.

Tabela 23 – Estatísticas relativas à perceção sobre empoderamento dos enfermeiros

| Variáveis | N | Min | Max | M | D.P. | CV (%) | Sk/erro | K/erro | K/S |
|------------------------------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| F1 - Dimensão pessoal | 240 | 0.0 | 95.0 | 38.0 | 19.9 | 52.3 | 3.866 | 1.444 | 0.000 |
| F2 - Dimensão multidimensional | 240 | 0.0 | 91.6 | 31.4 | 18.4 | 58.5 | 4.382 | 2.281 | 0.000 |
| F3 - Reconhecimento pares | 240 | 0.0 | 100.0 | 36.5 | 16.6 | 45.4 | 1.834 | 1.338 | 0.001 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 240 | 0.0 | 50.0 | 17.5 | 12.2 | 69.7 | 1.923 | -1.188 | 0.000 |
| Perceção empoderamento | 240 | 3.3 | 63.3 | 32.3 | 12.4 | 38.5 | 0.197 | -1.383 | 0.193 |

2.2. Análise inferencial

Efetuada a análise descritiva, iremos neste subcapítulo proceder à análise inferencial procurando deste modo resposta às restantes questões de investigação previamente formuladas. Nesse sentido a segunda questão tinha em vista identificar “Que variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o Empoderamento dos enfermeiros do CHTV

- **Relação entre idade e Perceção sobre Empoderamento dos enfermeiros**

Analisamos a relação entre idade e perceção sobre empoderamento dos enfermeiros. Os resultados da Tabela 24 evidenciam que os enfermeiros mais jovens possuem melhor perceção sobre empoderamento no reconhecimento por pares, organizacional e empoderamento global e os enfermeiros com idade entre os 36 a 43 anos melhor empoderamento na dimensão pessoal. O grupo dos enfermeiros mais velhos, isto é com idade superior ou igual a 44 anos é o que melhor empoderamento apresentam relativamente á dimensão multidimensional, mas como se pode observar pelos valores da probabilidade as diferenças não são estatisticamente significativas, inferindo-se assim que a idade não tem influência sobre a perceção sobre o empoderamento dos enfermeiros.

Tabela 24 – Relação entre idade e perceção sobre Empoderamento dos enfermeiros

| Variáveis | Grupos etários | | <= 35 anos | | 36 - 43 | | >= 44 anos | | f | p | V.E. % |
|------------------------------------|----------------|-------|------------|-------|---------|-------|------------|-------|------|---|-----------|
| | Med | dp | Med | dp | Med | dp | | | | | |
| F1 - Dimensão pessoal | 38.07 | 21.86 | 37.43 | 18.82 | 38.48 | 19.29 | | | | | |
| F2 - Dimensão multidimensional | 31.73 | 17.76 | 31.90 | 17.21 | 30.71 | 20.34 | 0.099 | 0.906 | 0.08 | | |
| F3 - Reconhecimento pares | 33.57 | 15.80 | 37.58 | 14.98 | 38.22 | 18.50 | 1.843 | 0.161 | 1.53 | | |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 18.91 | 11.91 | 17.32 | 11.52 | 16.47 | 13.22 | 0.822 | 0.441 | 0.68 | | |
| Empoderamento (global) | 31.77 | 12.67 | 32.34 | 10.94 | 32.46 | 13.57 | 0.069 | 0.933 | 0.00 | | |

- **Relação entre estado civil e Perceção sobre Empoderamento dos enfermeiros**

Foi através do teste de UMW que procuramos verificar a relação entre a perceção sobre o empoderamento dos enfermeiros e o estado civil. Dos resultados da Tabela 25 constata-se que os enfermeiros solteiros/divorciados/separados/viúvos revelam pior perceção sobre o empoderamento em todos os fatores da escala e fator global que os congéneres casados ou a coabitarem em união de facto, exceto para a dimensão multidimensional que recai neste último grupo. Anota-se porém que as diferenças encontradas não são significativas o que revela a independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 25 – Teste de U Mann-Whitney entre estado civil e empoderamento dos enfermeiros

| Variáveis | Estado civil | Solteiros | Casados | Z | p |
|------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|--------|-------|
| | | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| F1 - Dimensão pessoal | | 122.55 | 119.71 | -0.286 | 0.775 |
| F2 - Dimensão multidimensional | | 117.54 | 121.64 | -0.418 | 0.676 |
| F3 - Reconhecimento pares | | 123.58 | 119.31 | -0.431 | 0.667 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | | 123.76 | 119.83 | -0.463 | 0.644 |
| Empoderamento (global) | | 122.22 | 119.83 | -0.240 | 0.811 |

- **Relação entre formação académica e empoderamento dos enfermeiros**

De igual modo não encontramos significância estatística entre as habilitações literárias e a percepção sobre o empoderamento, como revela o teste de UMW utilizado para o efeito. Ressalta contudo pelas ordenações médias que os enfermeiros licenciados possuem uma melhor percepção sobre empoderamento em relação à dimensão pessoal e empoderamento global e os que possuem o mestrado /doutoramento uma menor percepção na dimensão multidimensional, reconhecimento por pares e reconhecimento organizacional (cf Tabela 26).

Tabela 26 – Teste de U Mann-Whitney entre formação académica e empoderamento dos enfermeiros

| Variáveis | Formação Académica | Licenciatura | Mestrado/Doutoramento | Z | p |
|------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|--------|-------|
| | | Ordenação Média | Ordenação Média | | |
| F1 - Dimensão pessoal | | 119.96 | 122.17 | -0.214 | 0.831 |
| F2 - Dimensão multidimensional | | 120.73 | 119.78 | -0.093 | 0.926 |
| F3 - Reconhecimento pares | | 120.97 | 119.05 | -0.186 | 0.853 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | | 123.73 | 110.59 | -1.289 | 0.197 |
| Empoderamento (global) | | 120.28 | 121.18 | -0.086 | 0.931 |

- **Relação entre contrato de trabalho e percepção sobre empoderamento dos enfermeiros**

Estudamos a relação entre o tipo de contrato de trabalho e percepção sobre o empoderamento dos enfermeiros através do teste de Kruskal Wallis. Observamos que os enfermeiros com contrato por trabalho indeterminado manifestam uma menor percepção na dimensão pessoal, enquanto os contratados por tempo determinado exteriorizam melhor percepção no reconhecimento por pares e empoderamento global Os enfermeiros com outra forma de contrato revelam melhor empoderamento na dimensão pessoal e dimensão multidimensional. Entre os grupos não se verificam significâncias estatísticas (Tabela 27).

Tabela 27 – Teste de Kruskal-Wallis tipo de contrato de trabalho e percepção sobre empoderamento

| Variáveis | Contrato de trabalho | Indeterminado | Determinado | Outros | X ² | p |
|------------------------------------|----------------------|---------------|-------------|--------|----------------|-------|
| | O M | O M | O M | O M | | |
| F1 - Dimensão pessoal | 121.33 | 113.89 | 113.09 | 113.09 | 0.297 | 0.862 |
| F2 - Dimensão multidimensional | 121.10 | 132.28 | 105.78 | 105.78 | 1.031 | 0.597 |
| F3 - Reconhecimento pares | 120.69 | 106.11 | 126.06 | 126.06 | 0.498 | 0.780 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 120.55 | 134.17 | 112.16 | 112.16 | 0.605 | 0.739 |
| Empoderamento (global) | 120.98 | 116.50 | 116.34 | 116.34 | 0.098 | 0.952 |

- **Relação entre tempo de exercício profissional como especialista e percepção sobre empoderamento dos enfermeiros**

A Tabela 28 estabelece a relação entre o tempo de exercício profissional como enfermeiro especialista e a percepção sobre o empoderamento. Numa análise aos resultados obtidos, apuramos que os enfermeiros com menor tempo de serviço como especialista revelam melhor percepção de empoderamento no reconhecimento por pares, os que possuem entre 6 a 10 anos de tempo de serviço melhor empoderamento em relação à dimensão pessoal, dimensão multidimensional e empoderamento fator global e os com mais de 1º ano de serviço melhor empoderamento relativo ao reconhecimento organizacional. Por outro lado, os enfermeiros com 3 a 5 anos de exercício profissional como especialistas são na generalidade os que manifestam menor percepção de empoderamento em todas as subescalas exceto na dimensão pessoal que se observa nos enfermeiros com mais de 10 anos de serviço como especialista. Anota-se porém que entre os grupos não se evidenciam significâncias estatísticas.

Tabela 28 – Teste de Kruskal-Wallis entre tempo exercício profissional como especialista e a percepção do empoderamento em enfermeiros

| Variáveis | Anos como especialista | <2 anos | 3 - 5 anos | 6 - 10 anos | >=11 anos | X ² | p |
|------------------------------------|------------------------|---------|------------|-------------|-----------|----------------|-------|
| | O M | O M | O M | O M | O M | | |
| F1 - Dimensão pessoal | 83.62 | 89.89 | 80.20 | 91.70 | 91.70 | 1.444 | 0.695 |
| F2 - Dimensão multidimensional | 92.12 | 99.02 | 77.54 | 80.16 | 80.16 | 5.967 | 0.113 |
| F3 - Reconhecimento pares | 79.24 | 91.81 | 84.82 | 88.59 | 88.59 | 1.235 | 0.745 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 106.38 | 92.31 | 82.96 | 76.99 | 76.99 | 7.014 | 0.071 |
| Empoderamento (global) | 88.06 | 93.87 | 79.65 | 85.93 | 85.93 | 1.870 | 0.600 |

- **Relação entre categoria profissional e percepção sobre empoderamento dos enfermeiros**

No referente à categoria profissional os enfermeiros chefes são os que melhor percepção de empoderamento apresentam na dimensão pessoal, dimensão multidimensional reconhecimento organizacional e empoderamento e fator global. Por sua vez os enfermeiros especialistas pontuam mais na percepção do empoderamento relativo ao reconhecimento por pares. Em sentido oposto encontramos os enfermeiros graduados que ostentam menores

níveis de empoderamento, salvo no reconhecimento organizacional mais manifesto na categoria de enfermeiro. O teste de Kruskal Wallis registra apenas significância marginal no reconhecimento organizacional (cf Tabela 29).

Tabela 29 – Teste de Kruskal-Wallis entre categoria profissional e percepção sobre empoderamento dos enfermeiros

| Variáveis | Categoria profissional | | | | X ² | p |
|------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|-------|
| | Enf. OM | Enf. grad OM | Enf. espe OM | Enf. chef OM | | |
| F1 - Dimensão pessoal | 120.81 | 128.80 | 113.89 | 96.83 | 2.680 | 0.444 |
| F2 - Dimensão multidimensional | 123.18 | 130.74 | 111.12 | 91.75 | 4.700 | 0.195 |
| F3 - Reconhecimento pares | 117.22 | 130.35 | 111.66 | 149.75 | 4.357 | 0.225 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 134.63 | 129.47 | 105.62 | 76.58 | 11.142 | 0.011 |
| Empoderamento (global) | 121.77 | 133.47 | 109.08 | 104.00 | 5.626 | 0.131 |

A terceira questão procurava investigar a influência da variável de contexto formativo e da motivação para o exercício profissional no Empoderamento dos enfermeiros de um hospital da zona centro.

Analisados os resultados obtidos e apresentados na Tabela 30 denota-se que os enfermeiros que realizaram formação revelam uma melhor percepção sobre empoderamento que os congêneres que não efetivaram formação em todas as subescalas e fator global, com significância estatística exceto para o reconhecimento organizacional. Nesse sentido afere-se que a realização de formação teve influência na percepção do empoderamento dos enfermeiros.

Tabela 30 – Teste de U Mann-Whitney entre realização de formação/curso após licenciatura e percepção sobre o empoderamento dos enfermeiros

| Variáveis | Realização de formação | | Z | p |
|------------------------------------|------------------------|--------|--------|-------|
| | Sim OM | Não OM | | |
| F1 - Dimensão pessoal | 112.85 | 138.35 | -2.618 | 0.009 |
| F2 - Dimensão multidimensional | 117.05 | 134.93 | -2.146 | 0.032 |
| F3 - Reconhecimento pares | 113.13 | 137.71 | -2.531 | 0.011 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 117.05 | 128.54 | -1.200 | 0.230 |
| Empoderamento (global) | 111.43 | 141.65 | -3.093 | 0.002 |

Fazemos agora referência à relação entre a motivação para o exercício da profissão e a percepção sobre o empoderamento dos enfermeiros. Compulsando a Tabela 31 os resultados obtidos evidenciam que os enfermeiros muito motivados para o exercício da profissão são os que manifestam maior percepção para o empoderamento em todas as subescalas e fator global. Em oposição encontramos os enfermeiros pouco motivados para o exercício da profissão que apresentam menor percepção de empoderamento. O valor de f é explicativo, exceto para a dimensão pessoal. Pelos testes post hoc denotam-se diferenças na dimensão multidimensional entre os enfermeiros muito vs pouco motivados (p=0.001) e motivados vs pouco motivados (p= 0.039). Na dimensão reconhecimentos dos pares denotam-se significâncias estatísticas

apenas nos muito vs pouco motivados ($p= 0.008$), enquanto que na dimensão reconhecimento organizacional as diferenças situam-se entre os enfermeiros muito vs motivados ($p= 0.016$), muito motivados vs pouco motivados ($p= 0.000$) e motivados vs pouco motivados ($p= 0.023$). Para o fator global apenas se observam diferenças para os muito vs pouco motivados ($p= 0.000$) e pouco motivados vs motivados ($p= 0.011$). a percentagem de variância explicada oscila entre o fraco (2.66%) na dimensão pessoal e o razoável (12.01%) na dimensão reconhecimento organizacional.

Tabela 31 – Análise de variância ente motivação para a profissão e Percepção sobre Empoderamento dos enfermeiros

| Variáveis | Muito motivado | | Motivado | | Pouco motivado | | f | p | V.E. % |
|---|----------------|-------|----------|-------|----------------|-------|--------|-------|-----------|
| | Med | dp | Med | dp | Med | dp | | | |
| F1 - Dimensão pessoal | 35.93 | 2.33 | 36.14 | 15.53 | 42.50 | 19.03 | 2.739 | 0.067 | 2.26 |
| F2 - Dimensão multidimensional | 27.34 | 19.44 | 30.35 | 14.60 | 37.72 | 18.94 | 7.110 | 0.001 | 5.66 |
| F3 - Reconhecimento pares | 33.26 | 18.10 | 36.33 | 13.59 | 40.87 | 16.49 | 4.504 | 0.012 | 3.66 |
| F4 - Reconhecimento organizacional | 12.93 | 11.65 | 17.97 | 11.04 | 23.08 | 11.90 | 16.184 | 0.000 | 12.01 |
| Empoderamento (global) | 28.90 | 13.48 | 31.40 | 9.52 | 37.22 | 12.00 | 10.286 | 0.000 | 7.98 |

Como complemento aos resultados acima apresentados e no intuito de determinar se a motivação para o exercício profissional é variável preditora da percepção para o empoderamento dos enfermeiros, efetuamos uma regressão linear simples, por ser o método mais adequado quando se pretende comparar duas variáveis de natureza quantitativa. O output gráfico revela que as trajetórias (coeficientes Beta) entre a variável manifesta (motivação) e as variáveis latentes (empoderamento) são positivas e altamente significativas ($p < 0.001$), o que nos permite afirmar que os enfermeiros com maior motivação para o trabalho são os que revelam melhor empoderamento na dimensão pessoal, na dimensão multidimensional, no reconhecimento por pares e no reconhecimento organizacional. Todavia a percentagem de variância explicada da motivação sobre as diferentes dimensões é ínfima oscilando entre os 5% na dimensão interpessoal e os 10% no reconhecimento por pares. As correlações que as dimensões da percepção sobre o empoderamento são positivas e apenas não é significativa a relações entre a dimensão pessoal vs reconhecimento organizacional, aferindo-se que quanto melhor a percepção do empoderamento numa das variáveis melhor na outra com a qual se correlaciona.

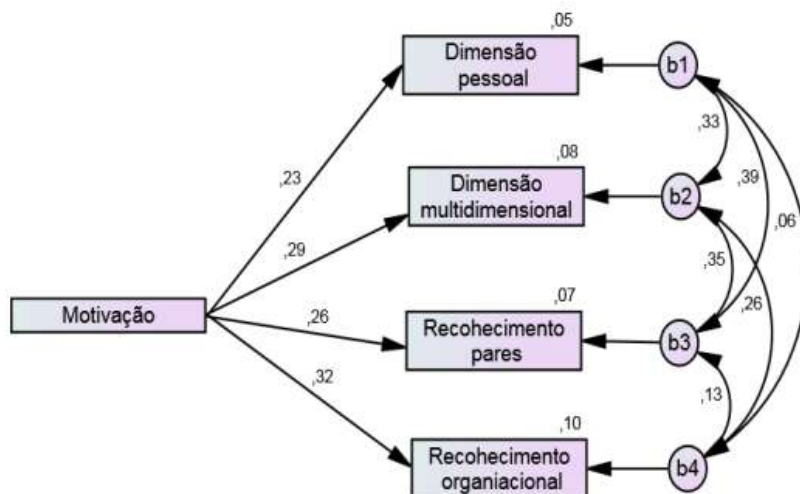


Figura 6 – Output gráfico da regressão linear simples entre motivação e empoderamento.

Procuramos ainda saber como a motivação, os anos de exercício profissional e a idade se eram preditores do empoderamento (global). Efetuada uma regressão, linear múltipla efetuada através de equações estruturais, denota-se que os anos de serviço e a idade estabelecem correlações fracas e não significativas com uma variabilidade de 0.0% enquanto que a motivação determina uma correlação positiva e significativa com um coeficiente beta de 0.48. A percentagem de variância explicada desta variável dimensões é de 24%. (cf. Figura 6)

A Figura 7 apresenta o modelo final ajustado apenas com a variável motivação para o exercício profissional aqui designada por F6. Como se observa a correlação é positiva e significativa ($\beta= 0.47$) o que nos permite afirmar que os enfermeiros mais motivados estão melhor empoderados, sendo que a percentagem de variância explicada é de 23%.

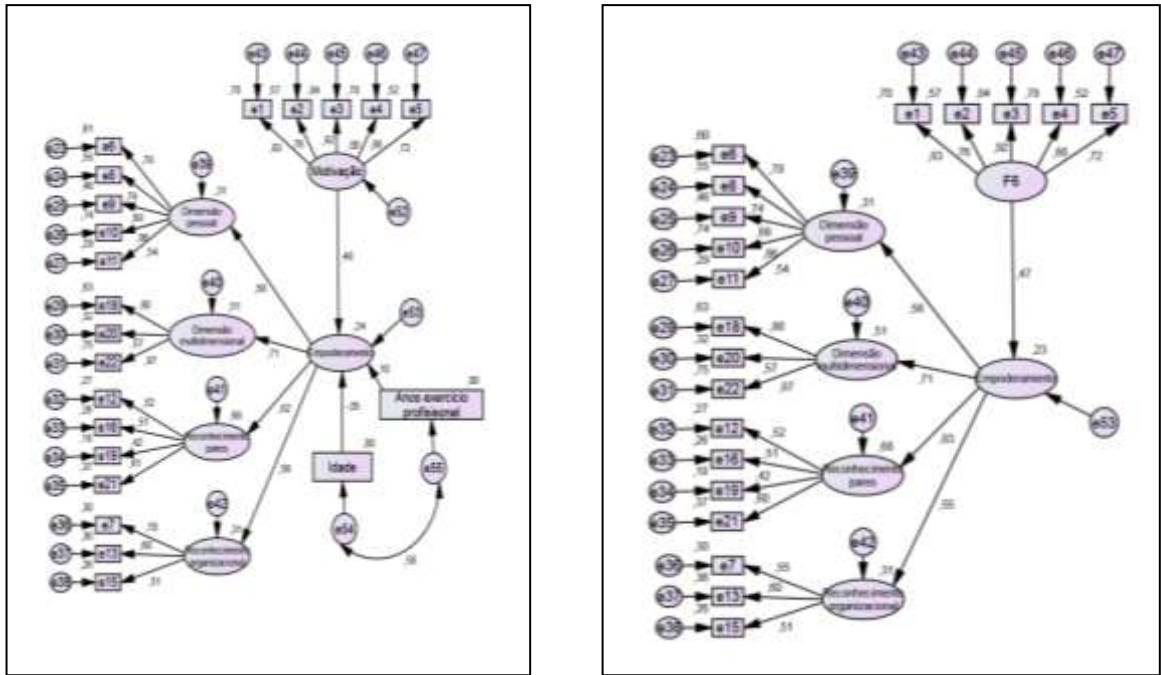


Figura 7 – Output gráfico da regressão linear múltipla entre variáveis independentes e empoderamento.

3. Discussão

Conviver com a competição é algo necessário a todos, uma vez que ela está presente em grande parte das nossas vivências, sejam elas do âmbito pessoal ou profissional. Precisamos ser ágeis e flexíveis e, para tanto, necessitamos de conceder aos nossos cuidados mais autonomia, propiciando uma gestão participativa para a minimização de problemas e maximização de resultados, a essa cultura dá-se o nome de empowerment.

O Empoderamento é a possibilidade de uma pessoa assumir um maior controle sobre a própria vida, devendo os profissionais de saúde utilizar estratégias que procurem fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio, desenvolvendo mecanismos de autoajuda e afirmação.

O presente capítulo compreende a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados.

3.1. Discussão metodológica

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das preocupações consistiu em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada foi a que pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo.

Procurou-se que os procedimentos metodológicos utilizados fossem de encontro às questões norteadoras deste estudo e aos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra. No entanto, durante a elaboração desta investigação confrontámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

Um primeiro aspeto que salientamos diz respeito ao instrumento de recolha de dados, mais concretamente à escala sobre empoderamento, pilar fundamental para a consecução do estudo. Efetivamente consideram que seria a mais adequada ao estudo que pretenderíamos desenvolver já que se apresentava traduzida e validada para a população portuguesa e publicada em revista científica revista por pares.

Contudo após a recolha de dados e início do tratamento estatístico deparamos com a existência de algumas lacunas no processo de validação e estudo psicométrico da mesma e dos quais discordamos, o que aliás, é também corroborado por autores consagrados como Marôco (2014), Pestana e Gageiro (2014) Field (2009) entre outros. Concretamente, denotamos a existência de um fator com dois itens e de dois fatores com um item. Ora na

opinião dos autores citados, para a constituição de um fator no mínimo deve possuir três itens. Só assim é possível determinar a consistência interna do mesmo, com a determinação do coeficiente de alfa por subescala.

Este óbice levou-nos à prossecução do estudo fatorial exploratório e confirmatório da referida escala, dos quais se obteve uma estrutura fatorial totalmente diferente da original o que nos levou à designação de novos fatores. Esta situação repercutiu-se com elevado impacto na discussão de resultados, porquanto nos impediu da comparabilidade dos resultados do nosso estudo com os obtidos noutros estudos e que utilizaram a escala original.

Claro que a esta situação se associou um outro dele resultante que respeita ao tamanho e tipo da amostra e que se constituem como limitações metodológicas.

Sobre o tamanho mínimo da amostra não existe consenso na literatura científica. Alguns autores (Croker e Algina, 1986) indicam como regra geral a usar em análises fatoriais exploratórias 10 sujeitos por variável com um mínimo de 100 sujeitos na amostra total. Já Hair et al. (2006), por sua vez recomendam que o N deveria ser de pelo menos 100 sujeitos, e um número mínimo de cinco respondentes por item. Consideramos que face a estes factos o tamanho da nossa amostra é suficientemente elevado o que pode traduzir-se em resultados fiáveis no estudo psicométrico da escala. Porém, para análises fatoriais confirmatórias a determinação do tamanho da amostra não se manifesta de forma tão linear porquanto em cada item, no mínimo são avaliados três parâmetros (o peso fatorial do item, o erro associado e a trajetória) o que significa que para cada item necessitar-se-ia de 15 elementos. Considerando o número de itens da escala (17) a amostra indispensável seria teoricamente de 255 elementos (Marôco, 2014), numero que fica aquém do tamanho amostral do nosso estudo pelo que a análise fatorial confirmatória realizada deve ser considerada como preliminar, necessitando de estudos em amostras mais alargadas.

Quanto ao tipo de amostra, o facto de se ter utilizado um processo de amostragem não probabilística por conveniência, poderá trazer alguns vezes nos resultados, embora, fosse nossa preocupação controlar todas as variáveis para minimizar consequências interpretativas. Por outro lado, não se tratando de uma amostra probabilística e consequentemente representativa, impede que se faça a generalização dos resultados para a população de enfermagem. O presente estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

Uma outra limitação metodológica reside no facto deste estudo ser do tipo descritivo correlacional e em corte transversal. Se por um lado permitiu estudar a relação entre a variável dependente e independentes identificando os seus preditores, por outro os estudos

transversais tornam o estudo mais breve e metodologicamente menos complexo ainda com a desvantagem da avaliação se centrar exclusivamente no momento da recolha de dados, não havendo um seguimento da problemática em estudo.

Resta-nos finalmente falar da necessidade sentida de se criar de raiz uma escala de motivação para o trabalho neste âmbito, uma vez que da pesquisa efetuada não encontramos uma que fosse de encontro aos objetivos do nosso estudo. O instrumento revelou qualidades psicométricas satisfatórias, revelando-se bastante fiável e consistente para detetar a motivação para o trabalho em enfermeiros. É constituído por questões de fácil compreensão e de administração fácil e rápida, tornando-se uma ferramenta eficaz.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido.

3.2. Discussão dos resultados

A autonomia/empoderamento enfermeiro no processo de cuidado no contexto hospitalar torna-se a cada dia mais importante uma vez que proporciona a possibilidade de rever a enfermagem, enquanto profissão, a partir de sua própria tradição histórica. Pressupõe que o profissional de enfermagem possa interferir no processo de definição das prioridades e na assistência ao utente com autonomia e responsabilidade para tomar decisões. Este pressuposto vai de encontro ao defendido por Val e Lloyd (2003 cit por Oliveira, 2008), que associam o empoderamento à gestão participativa, dando ao empregado a autoridade para fazer mudanças na forma como o trabalho é desempenhado. Em suma, o empoderamento dá-se quando o trabalhador assume maior responsabilidade pelo planeamento e pelo controle do seu próprio trabalho, assumindo, também, a responsabilidade por decisões (Wilkinson, 1998).

Acresce referir que a revisão da literatura efetuada sobre esta temática veio demonstrar a exiguidade de estudos neste âmbito, assoberbada ainda pelo facto da escala por nós aferida revelar uma estrutura fatorial discrepante em relação ao autor original, pelo que a análise comparativa dos resultados com outros estudos se evidencia mais complexa. Apenas estudos parciais são por vezes encontrados mas analisam a problemática em perspetiva diferente e com amostras populacionais também diferentes, pelo que em alguns momentos nos cingiremos somente aos resultados por nós obtidos.

Nesta conformidade, com o objetivo de determinarmos as dimensões subjacentes à escala da Perceção do Empoderamento dos enfermeiro realizámos numa amostra de 240

enfermeiros a Análise Fatorial Exploratória e confirmatória tendo emergido uma estrutura hierárquica de 2ª ordem com quatro fatores percebidas pelos enfermeiros como importantes para o empoderamento. Apuramos que o índice médio para o fator global de 32.3% ($\pm 12.4\%$) é um bom indicador de que os enfermeiros possuem uma boa percepção sobre o empoderamento já que como referimos na descrição desta escala, quanto mais alto o índice obtido, menor é o nível de Empoderamento percebido pelos enfermeiros. Também por subescala os índices médios são reveladores de boa percepção sobre empoderamento dos enfermeiros ao registarmos 38.0% na dimensão pessoal, 31.4% na dimensão multidimensional, 36.5% no reconhecimento por pares e 17.5% na dimensão organizacional. Aferimos ainda que 30.4% da totalidade dos inquiridos foi classificado como tendo baixo empoderamento, o que contrasta com os 69.6% com moderado e alto empoderamento.

Efetivamente é o enfermeiro quem permanece à cabeceira da pessoa que cuida, é a presença constante e providencia os cuidados necessários. Tem frequentemente que assegurar os procedimentos imediatos, tomando decisões, que exigem determinação. A autoimagem e a forma como cada um aprecia o seu desempenho e percebe o reconhecimento da sua capacidade no interagir com as outras pessoas de quem cuida ou com quem trabalha, são fatores que influenciam a aquisição e/ou desenvolvimento de competências.

O cuidado remete a uma necessidade e a um ato, particularmente em enfermagem, envolve o agir, enquanto resposta à necessidade expressa ou percebida. Pressupõe uma atitude com sentido, com fundamento. O efeito de agir na ação de cuidado é considerado como tendo origem na sua causa (Honoré, 2004 cit por Correia,2012), e sendo uma maneira de agir, o cuidado significa ainda a dedicação em fazer bem o que se faz.

3.2.1. Empoderamento e variáveis sociodemográficas

Estudamos uma amostra com uma **idade** mínima de 26 e uma idade máxima de 66. Trata-se de uma amostra jovem em que a idade média situa-se nos 40.6 anos. Ribeiro et al, (2011) acredita-se que a idade permite maior maturidade e capacidade para tomada de decisões profissionais e a utilização do empoderamento de forma positiva, isto é, na nossa perspetiva e face ao exposto pelo autor os mais velhos terão melhor capacidade de empoderamento. A admitir esta suposição, uma vez que não possuímos evidências científicas que a suportem, os resultados do nosso estudo revelaram que são os enfermeiros mais jovens que percebem melhor empoderamento no reconhecimento por pares, organizacional e empoderamento global e os enfermeiros com idade entre os 36 a 43 anos melhor

empoderamento na dimensão pessoal. Por outro lado o grupo dos enfermeiros mais velhos, isto é com idade superior ou igual a 44 anos foram os que perceberam melhor empoderamento na dimensão multidimensional. Provavelmente estes resultados podem dever-se ao facto de que os grupos mais jovens tenham mais recentemente, sido despertados para esta questão, no momento da sua formação básica.

A análise inferencial mostrou que os enfermeiros com o **estado civil** de casados prevalecem em cerca de três quartos da amostra (72.1%), sendo que os enfermeiros solteiros/divorciados/separados/viúvos revelam pior percepção sobre o empoderamento que os casados ou a coabitarem em união de facto, exceto para a dimensão multidimensional que recai neste último grupo mas não foram significativas as diferenças encontradas. É nossa convicção que o estado civil é influente na conduta emocional do cônjuge dispondo estes de maior apoio e conseqüentemente menor ansiedade nos momentos de crise exercendo assim uma influência positiva na autoestima e conseqüentemente no seu empoderamento.

No **referente à formação académica** Lopes (2006 cit por Correia,2012), refere que “o saber pessoal tem a ver com a capacidade que cada enfermeiro tem de se conhecer a si próprio., sendo isso tanto mais importante quanto a interação é uma característica fundamental dos cuidados de enfermagem”. Assim o modo como o enfermeiro desenvolve a prática do autoconhecimento, é importante para a qualificação da interação e para a definição do modo como utiliza esse conhecimento no ato de cuidar. Apuramos no nosso estudo que 70.0% dos inquiridos continua (ou) a investir na sua formação após a conclusão da sua licenciatura ou especialização embora se tenha denotado que a maior percentagem mantém como formação académica básica, a licenciatura (75.6%), mas sendo já significativo o percentual dos que possuem um nível superior de formação, nomeadamente mestrado (24.45).

O processo de formação está de modo muito marcante interligado à qualidade de experiências de cuidar. Um aspeto importante no trabalho de Foucault (cit por Fernandes,2012), é a relação do poder com o conhecimento, em que o saber e o poder se implicam mutuamente, podendo afirmar-se que não há poder sem formação de saber. A Ordem dos Enfermeiros por sua vez, preconiza, quanto à formação contínua, que o profissional leve a efeito uma revisão regular das suas práticas; assuma responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências; atue no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua (OE,2003 cit por Correia,2013).

Este pressuposto porém não conflui com os resultados obtidos porquanto não foram encontradas significâncias estatísticas entre as habilitações literárias e a percepção sobre o

empoderamento pese embora o facto dos enfermeiros licenciados tendam para uma melhor perceção sobre empoderamento em relação à dimensão pessoal e empoderamento global e os que possuem o mestrado /doutoramento uma melhor perceção na dimensão multidimensional, reconhecimento por pares e reconhecimento organizacional. Segundo Benner (2001), para que haja um verdadeiramente empoderamento profissional, o enfermeiro tem de ter o poder de perito. Desta forma implica ter o conhecimento adequado, competência e habilidade para desempenhar o seu papel de forma eficiente no contexto dos cuidados, o que se pode designar como o verdadeiro poder (Gibson, 1991 cit por Henriques, 2012).

3.2.2. Empoderamento e variáveis profissionais

O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à profissão proposto por Benner (2001) processa-se em cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Os iniciados não possuem experiência sobre as situações com as quais possam ser confrontados, onde é manifesta a dificuldade para integrar os conhecimentos académicos que aprenderam nas situações reais que vivem. Esta dificuldade prende-se com o facto de determinadas ações e decisões somente poderem ser apreendidas em contexto de trabalho, pelo que este modelo é dependente da situação e não propriamente das capacidades intrínsecas da pessoa.

O comportamento dos iniciados avançados é aquele que se caracteriza como aceitável, na medida em que já enfrentaram suficientes situações reais, sozinhos ou acompanhados por orientador, para compreender os fatores significativos que se repetem em situações idênticas. Todavia, os principiantes e principiantes avançados apenas conseguem apreender um pequeno aspeto da situação, dado que ainda tudo é novo, estranho e complexo.

O enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, o que se relaciona com a aptidão para caracterizar os seus atos em termos objetivos, com a análise consciente, abstrata e analítica que faz dos problemas, sendo capaz de planificar deliberadamente, o que o ajudará a adquirir a eficiência, a organização e a maleabilidade necessárias para transitar para o estado seguinte.

O enfermeiro proficiente possui a perceção fundada na experiência, que permite reconhecer as situações na sua globalidade, tem capacidade de antecipação, que melhora a sua tomada de decisão, uma vez que dos muitos aspetos e atributos existentes sabe distinguir quais são os importantes.

No último estado encontram-se os enfermeiros peritos, que não são difíceis de reconhecer pelas suas opiniões clínicas ou gestão de casos complexos, que executam de forma notável. O resultado da experiência adquirida transcende a passagem do tempo, trata-se de enfermeiros capacitados para melhorar as teorias e noções prévias, concebidas como produto das inúmeras situações reais que acrescentam *nuances* ou diferenças subtis à teoria. Esta teoria conflui com os resultados do presente estudo porquanto permitiu concluir que os enfermeiros chefes são os que melhor perceção sobre empoderamento apresentam na dimensão pessoal, dimensão multidimensional reconhecimento organizacional e fator global enquanto os especialistas pontuam mais na perceção do empoderamento relativo ao reconhecimento por pares. Em sentido oposto foram encontrados os enfermeiros graduados que ostentam menores níveis de empoderamento, salvo no reconhecimento organizacional mais manifesto na categoria de enfermeiro. Contudo, tais resultados não são coerentes com as conclusões de Ahearne et al. (2005), que referem que o empoderamento exerce um efeito maior sobre os trabalhadores com menor conhecimento e experiência.

No referente ao **tipo de contrato de trabalho/vínculo que detém para com a instituição** os resultados obtidos permitiram apurar que 89.6% detém com a instituição um vínculo a tempo indeterminado. Refere Cardoso Júnior (2003 cit por Oliveira,2008) que o empoderamento geralmente aumenta a satisfação dos funcionários no trabalho porque lhes dá um sentimento de realização por dominar várias atividades, de reconhecimento dos de seu trabalho e de responsabilidade sobre a qualidade. Nessa mesma linha de pensamento, Tracy (1994) faz menção de que os funcionários que possuem mais autonomia e maior responsabilidade se mostram mais motivados e geram melhores resultados.

Honold (1997,cit por Oliveira,2008) sugere que o empoderamento seja multidimensional, de forma que considere como os líderes conduzem, como os indivíduos reagem, como os semelhantes interagem e como os trabalhos são estruturados. Por sua vez, Ford e Fottler (1996, cit por Oliveira,2008) propõem que o empoderamento leve em consideração aspetos inerentes ao contexto e ao conteúdo do trabalho.

Estudou-se o efeito entre o **tipo de contrato de trabalho** e perceção sobre o empoderamento tendo-se apurado que os enfermeiros com contrato por trabalho indeterminado manifestam uma menor perceção na dimensão pessoal, enquanto os contratados por tempo determinado exteriorizam melhor perceção no reconhecimento por pares e empoderamento global Os enfermeiros com outra forma de contrato revelaram um melhor empoderamento na dimensão pessoal e dimensão multidimensional. Não possuímos estudos que nos permitam justificar os resultados obtidos, mas comungamos da opinião de

Oakley e Clayton (2003,cit por Ribeiro, (2011) que empoderar passa a ser o papel de gestão, parceria e responsabilidade que cada um de nós assume, junto do alvo dos nossos cuidados. É entender que a transformação da realidade é uma tarefa comum ao ser humano, que envolve laços de afeto, inclusão, sentimento de pertença e politização.

Quanto ao **tempo de exercício profissional**, aferimos que em média os participantes têm 18,5 anos sendo que a grande percentagem dos participantes já exerce a sua atividade há mais de 2 anos. Também não possuímos estudos que nos indiquem que o empoderamento está relacionado com o tempo de exercício profissional mas os resultados por nós encontrados vão no sentido dos enfermeiros com menor tempo de serviço como especialista revelarem melhor perceção no reconhecimento por pares, enquanto os que possuem entre 6 a 10 anos de tempo de serviço melhor em relação à dimensão pessoal, dimensão multidimensional e fator global e os com mais de 10 anos serviço melhor empoderamento no reconhecimento organizacional. Já os enfermeiros com 3 a 5 anos de exercício profissional como especialistas foram os que na generalidade manifestaram menor empoderamento. Será de todo conveniente que em estudos posteriores se analise mais pormenorizadamente esta variável no intuito de procurar uma justificação para os resultados obtidos.

Frequentemente, o profissional recém-formado sente-se incapaz e insatisfeito com seu trabalho, pois nem sempre consegue realizar com êxito a função que é de sua competência, nem se sente capaz para assumir determinados cuidados, pela falta de habilidade, medo e insegurança para iniciar determinados procedimentos, gerando situações que causam angústia e ansiedade. As práticas de empoderamento caracterizam-se sobretudo por ações socioeducativas, informação e aconselhamento, atendimento e acompanhamento e participação. Á questão do questionário “fez formação/ curso depois de ter terminado enfermagem/especialização” aferimos que 70.0% dos inquiridos continuaram a investir na sua formação após a conclusão da sua licenciatura ou especialização, sendo também estes que apresentaram uma melhor perceção sobre empoderamento em todas as subescalas e fator global, com significância estatística exceto para o reconhecimento organizacional aferindo-se assim que a realização de formação teve influência na perceção do empoderamento dos enfermeiros. Conclui-se portanto que o conhecimento adquirido na escola não pode ser compreendido como acabado, e o processo de aprendizagem deve ser contínuo no decorrer da vida profissional tipificando-se como fundamental para a aquisição duma melhor perceção sobre o empoderamento.

3.2.3. Empoderamento e motivação para a profissão

O empoderamento pode ser visto como motivação ao funcionário para que este seja ativo em suas competências e participe efetivamente nos seus próprios projetos. De acordo com Hesbeen (2001) a qualidade dos cuidados será fortemente marcada pelas atitudes e comportamentos de quem cuida, da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar dos outros para além dos atos que executam, da riqueza do seu olhar e da sua motivação para a qualidade. Pelos resultados do estudo realizado, apuramos que 40.0% dos participantes no estudo se encontram muito motivados e cerca de 30.0% pouco motivados. A análise inferencial revelou que a relação entre motivação e empoderamento são positivas e altamente significativas aferindo-se assim que os enfermeiros com maior motivação para o trabalho são os que revelam melhor empoderamento na dimensão pessoal, na dimensão multidimensional, no reconhecimento por pares e no reconhecimento organizacional.

Em síntese, pensamos que os resultados obtidos constituem um precioso contributo para a compreensão das variáveis que têm repercussão na perceção do empoderamento dos enfermeiros. Com efeito os resultados do presente estudo demonstraram a importância das variáveis sociodemográficas e profissionais bem como da motivação para a perceção do empoderamento em enfermagem.

Por último, importa reconhecer que dada a escassez de estudos relacionados diretamente com as variáveis supracitadas, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre a temática “empoderamento em enfermeiros”.

Conclusões

Todos sabemos como ver e ouvir, pois estas são as ferramentas básicas da percepção. A oportunidade de ver e ouvir enquanto Enfermeiros bate-nos à porta sempre que somos chamados a orientar, a ensinar, a comandar, a motivar, a inspirar e a planear. Para que melhor possamos ver e ouvir, temos de envolver o corpo, a mente, o coração e a alma. Usando o corpo, observamos e recolhemos dados e informação, de forma aberta e imparcial, deixando as imagens e os sons entrarem livre e objetivamente. Pela mente fazemos a análise e a avaliação, ponderando qualquer ideia, tentando perceber o que dela emerge, estando atentos a novas interpretações e novas combinações, afastando juízos e preconceitos, sendo imparciais e lúcidos. Com o coração sentimos, procuramos perceber o que parece correto, recorrendo à intuição e a abrir espaço a momentos que acompanham saltos quânticos de criatividade. Por fim quando envolvemos a “alma” num contexto de quem verdadeiramente sou, a visão viaja para um lugar profundo e invisível onde a inteligência infinita adapta as necessidades de consciência superior.

Para que nos tornemos peritos empoderados todas estas percepções emergem de “dentro de si próprio”, fazendo coincidir a percepção interna com a situação externa.

Enquanto cuidadores deveríamos ser capazes de seguir o caminho que une corpo mente, coração e alma, para que o nosso propósito na vida resida na base de tudo o que fazemos, pois acredito que se cada um de nós souber o que ocorre no mais profundo de si, aquilo que temos para oferecer enquanto cuidadores torna-se ilimitado.

No enquadramento teórico o foco de atenção incidiu sobre o Empoderamento, o cuidar, a motivação e a formação, de forma clara. O Empoderamento em Enfermagem requer um modelo holístico, fenomenológico, interativo e orientação para um melhor cuidar. O contributo da formação passa pela edificação de novas competências, nas quais se insere a capacidade de estar motivado, mediante a apropriação do saber. A motivação é um aspeto relevante no nosso estudo, que contribui para o estar Empoderado.

Surge assim o momento de significar uma reflexão final sobre os aspetos que compreenderam o crescimento desta investigação, dando ênfase aos resultados obtidos que consideramos mais pertinentes.

Este estudo permitiu-nos compreender os fatores que influenciam o Empoderamento dos Enfermeiros, e para o efeito analisamos as características sociodemográficas e socioprofissionais, as características de contexto formativo e motivacionais.

A nossa preocupação ao longo do estudo prendeu-se em responder às questões de investigação:

- Quantificar o nível de Empoderamento dos Enfermeiros;
- Identificar as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais que influenciam o Empoderamento dos enfermeiros;
- Determinar a influência das variáveis de contexto formativo e de motivação para o exercício profissional, no Empoderamento dos enfermeiros

Para este estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 240 enfermeiros. A idade mínima é de 26 anos e a máxima de 66 anos que corresponde a uma média de 40.6 anos. Os enfermeiros com estado civil de casados prevalecem em 72.1% da amostra.

A maior parte dos inquiridos mantem a formação básica, 75.6% possui a licenciatura e 24% nível superior de formação, nomeadamente o mestrado. Dos inquiridos 53.8% completou uma pós-graduação, que revelou significância estatística.

A categoria profissional mais evidente é a de enfermeiros que se verifica sobretudo nos de idade inferior a 35 anos, e as categorias intermédias Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista, sendo esta ultima nos Enfermeiros com mais de 44 anos.

A maior parte dos participantes detém com a instituição um vínculo a tempo indeterminado, com distribuição idêntica pelos diferentes grupos etários.

No que se refere a motivação profissional o estudo revelou que existe uma boa motivação profissional, e que participantes muito motivados são os de idade intermedia, que vivem com companheiro, que possuem licenciatura com a categoria de enfermeiro, com vinculo institucional por tempo indeterminado e ainda que efetuaram formação após o curso.

Realçamos as diversas dimensões do Empoderamento encontradas após análise fatorial exploratória e confirmatória e que foram designadas por dimensão pessoal, dimensão multidimensional, reconhecimento dos pares e reconhecimento organizacional. A validação da escala revelou um instrumento fiável ao apresentar boas propriedades psicométricas designadamente a sua validade, fidelidade, garantindo a veracidade e verosimilhança dos dados obtidos com a sua aplicação.

Os Enfermeiros mais jovens possuem melhor perceção sobre empoderamento no reconhecimento por pares, organizacional e Empoderamento global. Os Enfermeiros com idades entre os 36 e os 43 anos possuem melhor Empoderamento na dimensão pessoal. Os

Enfermeiros com idade superior ou igual a 44 anos são os que melhor possuem Empoderamento relativamente à dimensão multidimensional.

No que diz respeito ao estado civil, verificamos que os Enfermeiros solteiros, viúvos, separados são os que possuem pior percepção sobre o Empoderamento. e quanto às habilitações literárias aferimos que os Enfermeiros licenciados, possuem melhor percepção sobre o Empoderamento em relação à dimensão pessoal e empoderamento global, e os Enfermeiros com mestrado uma menor percepção na dimensão multidimensional, reconhecimento por pares e reconhecimento organizacional.

Os enfermeiros com contrato indeterminado manifestam menor percepção na dimensão pessoal, e os contratados por tempo determinado exteriorizam melhor percepção no reconhecimento por pares e Empoderamento global. Os Enfermeiros com outro tipo de contrato revelam melhor Empoderamento na dimensão pessoal e dimensão multidimensional.

Quando analisamos o tempo de exercício profissional, apuramos que os Enfermeiros com menor tempo de serviço como especialista revelam melhor percepção do Empoderamento no reconhecimento por pares. Os que possuem entre 6 a 10 anos de serviço melhor Empoderamento em relação à dimensão pessoal e dimensão multidimensional e os Enfermeiros com mais de um ano de exercício melhor Empoderamento relativo ao reconhecimento organizacional. Por outro lado os Enfermeiros com 3 a 5 anos de exercício como especialistas são os que denotam menor percepção de Empoderamento.

São os Enfermeiros chefes que melhor percepção de Empoderamento apresentam, quer na dimensão pessoal, dimensão multidimensional e reconhecimento organizacional. Por sua vez são os Enfermeiros especialistas que melhor pontuam na percepção do Empoderamento relativo ao reconhecimento por pares. Os Enfermeiros graduados são os que menos pontuam nos níveis de Empoderamento salvo no reconhecimento organizacional.

Quando analisamos a variável de contexto formativo, podemos verificar que os Enfermeiros que realizaram formação revelam melhor percepção sobre o Empoderamento, e aferimos que a realização de formação teve influência na percepção do Empoderamento dos Enfermeiros.

São os Enfermeiros muito motivados para o exercício da profissão os que manifestam maior percepção para o Empoderamento, em todas as escalas e fator global. Em oposição encontramos, também, Enfermeiros pouco motivados para o exercício da profissão que apresentam menor percepção do Empoderamento.

O nosso estudo permitiu apurar que os Enfermeiros com maior motivação para o trabalho são os que revelam melhor Empoderamento na dimensão pessoal, na dimensão multidimensional, no reconhecimento por pares e no reconhecimento organizacional.

Logo, ser competente não se resume apenas à reprodução de uma tarefa, mas sim de um saber transferível que pressupõe capacidade de aprendizagem. É também fruto de um saber, querer e poder agir.

A análise reflexiva evidenciou a escassez de trabalhos que abordem a temática. Os resultados mostram a necessidade de investir em mudanças, com procedências em iniciativas como reflexões sobre o papel do profissional, de forma a criar um espaço onde os profissionais possam ter oportunidades de construir o Empoderamento. O empoderamento é também resultado de uma mudança na própria forma pela qual nos relacionamos com o trabalho, auxiliando o desenvolvimento e o amadurecimento para a tomada de decisão e decisões futuras.

Terminamos dizendo que a partir do momento em que os gestores passam a observar os seus colaboradores como seres humanos de autorrealização e não como meros recursos, aumentam as possibilidades de crescimento humano e empresarial, como consequência do maior Empoderamento individual e coletivo. Assim torna-se, então, crucial a implantação de uma gestão holística, em que as ações e atitudes privilegiem a motivação, dado este significativo e de significância importante para o Empoderamento, salvaguardando a realização pessoal, e que os Enfermeiros passem a ser tratados como indivíduos dotados de conhecimento e sensibilidade.

Para que possamos estar e sentir o Empoderamento, é necessária uma mudança nas pessoas, a nível de consciência, para depois mudarem os métodos e os processos. É um longo caminho, sentimos, mas como todos os caminhos inicia-se com um primeiro passo. Esta mudança, ao nosso ver, corresponde a um novo olhar sobre os Enfermeiros, de modo a que possam ser vistos como trabalhadores do conhecimento, com inúmeras e ilimitadas potencialidades. No fundo o reconhecimento que todos procuramos.

Nesta perspectiva, é importante reafirmar a importância do Empoderamento dos Enfermeiros na área do Cuidar, pelo que sugerimos o desenvolvimento de mais investigação que permita avaliar a relação entre Empoderamento e as diferentes dimensões neste estudo exploradas.

Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2010). Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, nº 11.

Andy Field (2009) Descobrimo a estatística utilizando o SPSS -.2ª Edição Porto Alegre - Artmed Editora

AHEARNE, M., MATHIEU, J. e RAPP, A. (2005), "To empower or not to empower your sales force? An empirical examination of the influence of leadership empowerment behavior on customer satisfaction and performance", Journal of Applied Psychology, Vol. 90, N.º 5, pp. 945-955.

Azevedo, R.M.M. (2011). O empoderamento e a confiança dos enfermeiros : impacto na satisfação e no empenhamento organizacional. Acedido em 8, maio, 2015, em <http://hdl.handle.net/1822/17483>.

Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., ... Varela, V. (2015). EESMO, Livro de bolso, Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. Ordem dos Enfermeiros.

Bernardino E., Dyniewicz A.M., Carvalho K.L.B., Kalinowski L.C., Bonat W.H. Adaptação transcultural e validação do instrumento Conditions of Work Effectiveness – Questionnaire-II. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2013 [acesso em: 01/04/2015];21(5): [07 telas]. Disponível em: [script=sci_arttext](#).

Boff, L. (2012). Quem cuida do cuidador? Instituto Humanitas Unisinos. Disponível em <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/509000-quemcuidadocuidador>.

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.

Camões, C. (2006). A inteligência emocional (QE) e o surgimento de um terceiro tipo de inteligência (QS) potenciador de sucesso e felicidade. Portal dos psicólogos. Disponível em <http://www.psicologia.pt/pesquisa/index.php?q=cristina%20sim%C3%B5es>.

Correia, M.C.B. (2013). Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI. Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7992>.

Crocker, L., and Algina, J. (1986) Introduction to Classical and Modern Test Theory, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers: Philadelphia.

Dinis, L.I.C. (2012). A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros no serviço de cirurgia cardiotorácica num hospital de Lisboa. Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa. [/10362/13984](#).

Fernandes, M.A. (2008). Poder no relacionamento entre profissionais e doentes. Pensar enfermagem, Vol. 12, Nº 2, 13-23.

Freitas, M.F.P. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas. Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1673>.

Guerra, C.G., Rodrigues, F. L., Curião, G. A. (2010). Flexibilidade cognitiva e inteligência emocional – contributos para o estudo da sua interação em profissionais de saúde.. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/2075>.

HAIR, Jr; BLACK, W. C; BABIN, B. J; ANDERSON, R. E e TATHAM, R. L. *Multivariate Data Analysis*. 6ª edição. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.

Hesbeen, W. (2004). Cuidar neste mundo. Loures, Lusociência.

Instituto Politécnico de Santarém. (2013). Revista da UIIPS. <http://www.ipsantarem.pt/arquivo/5004>.

Horochovski, R. R., Meirelles, G. (2007). Problematizando o conceito de empoderamento. II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, Florianópolis. http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf.

Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E. & Kiers, H. A. (2011). The hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364.

Martins, M.F.S.V, & Remoaldo, P.C.A.C. (2014). Representações da enfermeira obstetra na perspectiva da mulher grávida. REBEn, mai-junh, 360-365.

Melo, P., Figueiredo, M. H. (2008). As práticas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, promotoras do Empoderamento Comunitário. Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária.

Menezes, S. R. T., Priel, M. R., Pereira, L.L. (2011). Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, Vol. 45, nº 4, agosto.

Oliveira, T.M.L.V. (2008). Satisfação dos enfermeiros de um serviço de ginecologia. Dissertação de licenciatura, Universidade Atlântica, Barcarena. <http://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/jspui/handle/10884/80>.

Oliveira, U.R., Rocha, H.M. (2008). Empowerment como estratégia competitiva em manufatura e serviços: percepção dos colaboradores. Produção Online, Vol. 8, Nº 3., <http://dx.doi.org/10.14488/1676-1901.v8i3.109>.

Piva, R.C. (2010). A abordagem transpessoal nas organizações: novos caminhos para a gestão holística de pessoas. Dissertação de pós-graduação, Sociedade Paranaense, Florianópolis.

Porto, A.R. (2011). O empoderamento político dos enfermeiros na prática hospitalar. Dissertação de pós-graduação, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Quite, J. B., Vargens, O. M. C (2009). O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias? Revista de enfermeiros, UERJ. Disponível em <http://biblat.unam.mx/pt/revista/revista-enfermagem-uerj/articulo/o-poder-no-cuidado-da-enfermeira-obstetrica-empoderamento-ou-submissao-das-mulheres-usuarias>.

Rabiais, I.C.M. (2013). Processos de aprendizagem de cuidar dos estudantes de enfermagem. Dissertação de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15347>.

Ramos, A.F. (2011). Indicador de individualização dos cuidados para o curso de licenciatura em enfermagem. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona, Instituto de Educação. <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/2897>.

Ribeiro, J.M.S (2009). Autonomia profissional dos enfermeiros. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20DOS%20ENFERMEIROS%20%20JORGE%20RIBEIRO.pdf>

Silva, J.M.S.G. (2013). Plano de integração de novos enfermeiros do serviço de urgência geral de um hospital. Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal. <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4757>.

Silva, L.W.S., Francioni, F.F., Sena, E. L. S., Carraro, T. E., Randunz, V. (2005). O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. REBEn, jul-ago, 471-475.

Silva, P.J.O. (2012). A formação de enfermeiros em Portugal: Uma cartografia dos discursos presentes. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/78382>.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th. ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Tavares, V.C.G. (2014). O Empowerment estrutural como mediador na relação do trabalho emocional e engagement. Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Wendhausen, Á.L.P., Barbosa, T.M., Borba, M.C. (2006). Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. *Saúde e Sociedade*, Vol. 15, Nº 3, 131-144. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000300011>

Anexo I – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

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

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Empoderamento dos Enfermeiros. Estudo de algumas variáveis,” e cujos objetivos principais são saber se os profissionais de enfermagem estão devidamente capacitados para a tomada de decisão no seu âmbito de competências e ainda saber se a satisfação com o trabalho influencia a tomada de decisão dos enfermeiros. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário/entrevista/escala (seleccionar o instrumento utilizado).

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

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

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

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

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

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), ___/___/___

Nome _____

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade ___/___/___

Morada _____

Anexo II – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VISEU

“O Empoderamento dos Enfermeiros”

QUESTIONÁRIO

Viseu, Junho de 2014

NOTA INTRODUTÓRIA

Filomena Conceição Paulo Nogueira, aluna do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecológica, da Escola Superior de Enfermagem de Viseu, com vista à elaboração da sua dissertação de Mestrado, intitulada “*O Empoderamento dos Enfermeiros*”, vem por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, solicitando desde já que leia atentamente todas as questões, respondendo com sinceridade a todas as perguntas colocadas e no fim verifique se nenhuma pergunta ficou por responder.

A **primeira parte** deste questionário diz respeito a uma breve caracterização sociodemográfica e profissional, na **segunda parte** do mesmo, pede-se que coloque a sua opinião, segundo uma escala tipo likert de cinco pontos (Concordo totalmente, Concordo, Não concordo nem discordo, Discordo e Discordo totalmente), que nos permitirá avaliar especificamente o nível de empoderamento dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica em Portugal.

Sendo especialmente importante que como enfermeiro, participe nesta investigação, da nossa parte ficamos gratos pela sua colaboração, garantindo a confidencialidade e o anonimato das respostas.

Com cumprimentos pessoais,

Filomena Paulo

Questionário Parte I

As perguntas que se encontram no presente questionário dizem respeito aos seus dados demográficos, sociais, e laborais.

Não tem que assinar nem escrever o seu nome em nenhum local deste questionário. É importante que seja o mais honestamente possível e que responda a todas as questões deste questionário.

Dados Sociodemográficos e Profissionais

1. **Idade:** _____

2. **Estado civil**

- 1. Solteiro (a)
- 2. União de facto / Casado (a)
- 3. Divorciado (a) / Separado (a)
- 4. Viúvo (a)

3. **Formação Académica**

- 1. Licenciatura (por equivalência à especialidade)
- 2. Pós Graduação/Pós-Licenciatura de Especialização
Qual? _____
- 3. Mestrado
- 4. Doutoramento
- 5. Outra: _____

4. **Categoria Profissional**

- 1. Enfermeiro
- 2. Enfermeiro Graduado
- 3. Enfermeiro Especialista
- 4. Enfermeiro Chefe

5. **Tipo de contrato de trabalho / vínculo** que detém para com a instituição:

- 1. Contrato de trabalho por tempo indeterminado
- 2. Contrato de trabalho por tempo determinado / a termo
- 3. Recibos Verdes
- 4. Outra Especifique _____

6. **Anos de exercício profissional** como enfermeiro _____
como enfermeiro especialista _____

7. Fez formação/ curso depois de ter terminado Enfermagem / Especialização?

1.Sim

2.Não

8. Se respondeu SIM à questão n.º7, indique as formações/cursos que considerou mais importantes

1. _____

2. _____

3. _____

9. Qual(is) área(s) de formação/atualização que em seu entender são mais necessárias para o seu desenvolvimento profissional?

Questionário
Parte II

Em relação às afirmações abaixo mencionadas, assinale com um (V) a opção que melhor exprima a sua opinião:

| | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1. Estou motivado(a) para aprender novas técnicas e métodos de trabalho | | | | | |
| 2. Estou motivado(a) para desenvolver trabalho em equipa | | | | | |
| 3. Estou motivado(a) para participar em ações de formação continua | | | | | |
| 4. Estou motivado(a) para participar em projetos de mudança na prestação de cuidados | | | | | |
| 5. Estou motivado(a) para sugerir melhorias na organização do meu local de trabalho | | | | | |

Em relação às afirmações abaixo mencionadas, coloque uma cruz na quadrícula que melhor exprimir a sua opinião:

| | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1. Eu sou valorizada pelo meu superior | | | | | |
| 2. Eu sou uma defensora dos utentes | | | | | |
| 3. Eu tenho o suporte do meu superior | | | | | |
| 4. Eu não sou reconhecida pelo meu superior, pela minha contribuição nos cuidados | | | | | |
| 5. Eu não tenho um superior que me apoie | | | | | |
| 6. Eu tenho uma comunicação eficaz com os órgãos de gestão | | | | | |
| 7. Eu não estou informada sobre as alterações na minha organização que irão | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| afetar a minha prática | | | | | |
| 8. Estou adequadamente preparada para desempenhar o meu papel | | | | | |
| 9. Eu tenho o apoio dos meus colegas | | | | | |
| 10. Eu sou capaz de dizer não quando julgo que isso é necessário | | | | | |
| 11. Eu não sei qual o âmbito da minha prática | | | | | |
| 12. Eu sou responsável pela minha prática | | | | | |
| 13. Eu sou reconhecida como um profissional pela profissão médica | | | | | |
| 14. Eu não tenho acesso adequado aos recursos para a educação e formação pessoal | | | | | |
| 15. Eu tenho autonomia na minha prática | | | | | |
| 16. Eu não sou ouvida pelos membros da equipa multidisciplinar | | | | | |
| 17. Eu sou reconhecido pela minha contribuição nos cuidados aos utentes pela profissão médica | | | | | |

Obrigado pela sua colaboração

**Anexo III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE
DADOS**

Exmo. Sr.
Diretor Executivo
Do Centro Hospitalar Tondela Viseu
Av. Rei D. Duarte
3504-509 Viseu

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Filomena Paulo Nogueira do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica estão a realizar um estudo subordinado ao tema "EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: estudo de alguns intervenientes."

Pretendemos saber se os profissionais de Enfermagem estão devidamente capacitados para a tomada de decisão no seu âmbito da competência e ainda saber se a satisfação com o trabalho influencia a tomada de decisão dos enfermeiros.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados/informação, durante o período de Junho de 2014 a Outubro de 2014, aos enfermeiros do Centro Hospitalar Tondela Viseu- Unidade do Hospital S. Teotónio.

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

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

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira