

Empowerment na gravidez: estudo de adaptação da *Empowerment Scale for Pregnant Women* para o contexto português

Empowerment in pregnancy: study on the adaptation of the Empowerment Scale for Pregnant Women to the Portuguese context

Empoderamiento en el embarazo: un estudio de adaptación de la *Empowerment Scale for Pregnant Women* para el contexto português

Clara Maria Cardoso da Silva Aires*; Isabel Maria Fonseca Ferreira**; Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos***; Maria Rui Miranda Grilo Correia de Sousa****

Resumo

Enquadramento: Os cuidados de enfermagem no contexto da gravidez deverão basear-se num processo de atuação dinâmico, de escuta, confiança, respeito e negociação com os casais.

Objetivos: O presente estudo metodológico teve como objetivo a adaptação cultural para o contexto português da *Empowerment Scale for Pregnant Women* e respetiva avaliação psicométrica.

Metodologia: O instrumento foi aplicado a uma amostra não probabilística acidental de 166 grávidas, com idade gestacional entre 12 e 41 semanas e com idade igual ou superior a 18 anos. Para avaliar as propriedades métricas da escala recorreu-se à validação de construto e de critério e à análise de consistência interna.

Resultados: A análise dos componentes principais fixada a 5 fatores confirma as dimensões propostas pelas autoras (Autoeficácia, Previsão do Futuro, Autoestima, Apoio e Segurança de Outros e Alegria pela Inclusão de um Novo Membro na Família), explicando 50,76% da variância total. A escala revelou uma consistência interna global de 0,88.

Conclusão: A escala de *empowerment* da Grávida mostrou ser um instrumento fiável, válido e útil para medir o *empowerment* das grávidas portuguesas.

Palavras-chave: poder; cuidado pré-natal; grávida

Abstract

Background: Nursing prenatal care should be based on a dynamic process of listening, trust, respect and negotiation with couples.

Objectives: The purpose of this methodological study was the cultural adaptation of the Empowerment Scale for Pregnant Women (ESPW) to the Portuguese population and its psychometric evaluation.

Methodology: The instrument was applied to a non-probability accidental sample of 166 pregnant women, between 12 to 41 weeks of gestation and aged 18 or more years. In order to assess the psychometric properties of the scale, we used construct and criterion validity and analyzed its internal consistency.

Results: The principal components analysis with 5 factors (Self-efficacy, Future Image, Self-Esteem, Support and Assurance from Others, and Joy of an Addition to the Family), which explain 50.76% of the total variance. The scale revealed an overall internal consistency of .88.

Conclusion: The Portuguese version of the ESPW (EEG, *Escala de Empowerment da Grávida*) proved to be a reliable and useful instrument to measure the empowerment of Portuguese pregnant women.

Keywords: power; prenatal care; pregnant

* MSc., Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos EPE, 4450-021, Matosinhos, Portugal [clara.aires@inutero.pt]. Contribuição no artigo: escrita do artigo; pesquisa bibliográfica; participação em experimentação; recolha de dados; tratamento e avaliação estatística; análise de dados. Morada para correspondência: Rua do Rio da Aldeia, 65, Leça do Balio, 4465-265 S. M. Infesta, Portugal.

** MSc., Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos EPE, 4450-021, Matosinhos, Portugal [isabel@gimnogravida.pt]. Contribuição no artigo: escrita do artigo; pesquisa bibliográfica; participação em experimentação; recolha de dados.

*** Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [teresam@esenf.pt]. Contribuição no artigo: escrita do artigo; pesquisa bibliográfica; tratamento e avaliação estatística; análise de dados.

**** Ph.D., Professora adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal [maria.rui@esenf.pt]. Contribuição no artigo: escrita do artigo; pesquisa bibliográfica; tratamento e avaliação estatística; análise de dados.

Resumen

Marco contextual: Los cuidados de enfermería durante el embarazo deben basarse en un proceso de actuación dinámico, de escucha, confianza, respeto y negociación con la pareja.

Objetivos: Este estudio metodológico tiene como objetivo la adaptación cultural a la realidad portuguesa de la *Empowerment Scale for Pregnant Women* de Kameda y Shimada (2008), así como su evaluación psicométrica.

Metodología: El instrumento se aplicó a una muestra accidental no probabilística de 166 embarazadas con una edad de gestación de 12 a 41 semanas y con una edad igual o superior a 18 años. Para evaluar las propiedades métricas de la escala se recurrió a la validación de constructo y de criterio y al análisis de la consistencia interna.

Resultados: El análisis de los componentes principales sujeto a 5 factores confirma las dimensiones propuestas por las autoras (Autoeficacia, Previsión de Futuro, Autoestima, Apoyo y Seguridad de Otros y Alegría por la Inclusión de un Nuevo Miembro en la Familia), lo que explica el 50,76 % de la varianza total. La escala reveló una consistencia interna global de 0,88.

Conclusión: La *Empowerment Scale for Pregnant Women* se mostró como un instrumento fiable, válido y útil para medir el empoderamiento de las embarazadas portuguesas.

Palabras clave: poder, atención prenatal; embarazada

Recebido para publicação em: 15.04.16

Aceite para publicação em: 26.07.16

Introdução

Genericamente, segundo Gibson (1991) o *empowerment* pode ser definido como um processo social de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade dos cidadãos em irem ao encontro da satisfação das suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários no sentido de controlarem a sua vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), define *empowerment* como um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, conscientes que é primordial ganharem controlo sobre as suas vidas, especificamente na sua saúde.

Nesta perspetiva, as terapêuticas de enfermagem devem incorporar estratégias de sensibilização que promovam a consciencialização e facilitem o acesso aos recursos pessoais e de contexto social contribuindo e capacitando as pessoas a ter uma influência direta na sua própria saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002).

Este estudo visa proceder à adaptação cultural e avaliação das propriedades métricas da *Empowerment Scale for Pregnant Women* para a população portuguesa. A disponibilidade desta escala para a prática clínica permitirá identificar as necessidades das grávidas, compreender o modo como estas vivenciam a gravidez e a transição para a parentalidade e contribuir para centrar os cuidados de enfermagem nas clientes e suas necessidades.

A investigação acerca do *empowerment* nos cuidados de enfermagem na gravidez poderá dar contributos para o conhecimento sobre a atuação dos enfermeiros e ganhos em saúde decorrentes.

Enquadramento

A gravidez e a transição para a parentalidade constituem etapas marcantes, extremamente significativas na vida da mulher. Daí que as terapêuticas de enfermagem no contexto da gravidez deverão basear-se num processo dinâmico, facilitador de escuta e negociação com a grávida/casal, em que se desenvolve uma relação de confiança e respeito mútuo.

Segundo Kameda e Shimada (2008) o *empowerment* da grávida é definido como um sentido de

autorealização e de independência, conquistado pela interação com o ambiente e com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento da energia psicológica para a concretização da experiência de gravidez e parto desejada.

Dado o carácter dinâmico e multidimensional do conceito de *empowerment*, a sua operacionalização exige que sejam contempladas condições situacionais características, específicas da população e do contexto.

A revisão da literatura referente à investigação contemplando a temática do *empowerment* no contexto específico da gravidez é escassa. Também não foi encontrado qualquer instrumento em língua portuguesa que permita a sua avaliação nesta etapa de transição específica e, deste modo, determinar as reais necessidades de cuidados para cada grávida.

Kameda e Shimada (2008) construíram a *Empowerment Scale for Pregnant Women* (ESPW), com o objetivo de avaliar a educação pré-natal e o nível de *empowerment* da grávida, numa perspetiva multidimensional, centrada na responsabilidade e autonomia individual para a autorrealização da sua própria saúde. A escala é constituída por 27 itens agrupados em cinco dimensões: Autoeficácia (itens 1, 4, 13, 15, 21, 23); Previsão do Futuro (itens 2*, 6*, 8, 12, 17, 25); Autoestima (itens 5, 7, 9*, 16, 19*, 22, 27); Apoio e Segurança dos outros (itens 3, 18, 24, 26) e Alegria (itens 10, 11, 14, 20). Os itens assinalados com asterisco são invertidos. Cada um dos itens é mensurado numa escala de concordância tipo Likert de 4 pontos: 1 *discordo fortemente*; 2 *discordo*; 3 *concordo* e 4 *concordo fortemente*, assumindo-se que maior pontuação corresponde a maior *empowerment*.

Questão de Investigação

O estudo desenvolvido pretende responder à questão: A Escala de *Empowerment* da Grávida é válida e fiável para o contexto português?

Metodologia

Para o processo de adaptação da ESPW foram seguidas as *guidelines* para a adaptação cultural de instrumentos de medida, propostas por Beaton, Bombardier, Guillemin, e Ferraz (2000).

Partindo da versão original da ESPW, foi solicitada a tradução a um licenciado em línguas aplicadas, perfil tradução, e pedida a tradução individual a um grupo de peritos: três enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica. Após esta análise, foi obtida uma versão de consenso da tradução da escala para português, que foi de seguida sujeita a retroversão para língua inglesa por um outro profissional igualmente licenciado em línguas aplicadas que não possuía conhecimentos na área temática explorada no instrumento, nem conhecia a sua versão original. Foi novamente realizada uma análise pelo grupo de peritos da versão de consenso e da retroversão tendo sido posteriormente consultada uma das autoras do estudo da versão original para o esclarecimento do sentido semântico de algumas questões que aprovou a retroversão.

A versão portuguesa do instrumento de medida, à qual se deu o nome de escala de *empowerment* da grávida (EEG), foi aplicada a 30 grávidas como pré-teste.

Para o estudo da validade da EEG optou-se pela elaboração de um questionário sociodemográfico e clínico que continha questões relativas à idade, escolaridade, idade gestacional, presença de tratamento de fertilidade, desejo da gravidez, existência de filhos e, em caso afirmativo, tipo de parto e percepção da experiência anterior, presença de complicações na gravidez atual e frequência de sessões de preparação para o parto.

Foi também utilizada a versão adaptada da escala de *empowerment* desenvolvida por Rogers et al. (1997), cuja adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por Almeida e Pais-Ribeiro (2011). Esta é constituída por 28 itens agrupados em cinco dimensões: Autoestima e Autoconfiança, Poder Atual, Ativismo Comunitário, Otimismo e Controlo Face ao Futuro e Ira ou Indignação Justificada. Cada um dos itens é mensurado numa escala de concordância tipo Likert de 4 pontos: 1 *discordo fortemente* (menor *empowerment*) a 4 *concordo fortemente* (maior *empowerment*), exceto nos itens da dimensão Poder Atual e no item 4 da dimensão Ira que estão invertidos. A uma pontuação mais elevada corresponde um maior nível de *empowerment*, podendo obter-se uma pontuação final que varia entre 28 e 112. A escolha desta escala baseou-se no facto de, tal como a escala em validação neste estudo, esta avaliar o *empowerment* como construto autopercebido com várias dimensões: a Consciência Crítica (dos

recursos disponíveis no contexto), o Controlo (sobre a própria vida) e a Participação nas Organizações da Comunidade (Zimmerman & Perkins, 1995). Assim, este instrumento avalia o *empowerment* ao nível individual (psicológico), organizacional e comunitário num contexto geral.

Utilizou-se ainda uma escala de item único sobre a percepção do estado de saúde, cuja pontuação varia entre 1 *muito má* e 7 *muito boa*. Este tipo de escala representa uma economia na recolha de informação. Segundo Ribeiro (2005) têm-se verificado uma correlação muito elevada entre a percepção geral do estado de saúde com o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida - SF 36, o que poderá levar à substituição de um conjunto alargado de questões por um único item.

A amostra não probabilística acidental foi constituída por 166 grávidas, acompanhadas no âmbito da preparação para o parto e a parentalidade em instituições com valências da saúde materna e obstetria. Os critérios de inclusão foram: grávidas entre as 12 e as 41 semanas de gestação, com idade igual ou superior a 18 anos e inseridas na área de abrangência das instituições de saúde materna e obstétrica e que aceitassem participar no estudo.

As participantes tinham em média 30,15 anos, uma escolaridade média de 14,32 anos e a maioria era primigesta, no 3º trimestre de gravidez. Verificou-se ainda que para a maioria (96,99%) a gravidez era desejada e apenas quatro grávidas referiram ter feito tratamentos de fertilidade.

A Comissão de Ética e o Conselho de Administração das instituições deferiram o pedido para a realização do estudo. A abordagem das grávidas foi realizada começando por assegurar a obtenção do seu consentimento após esclarecimento quanto aos objetivos do estudo; e reforçado o carácter voluntário da participação e a garantia do anonimato dos dados. A aplicação dos questionários só ocorreu nas grávidas que, após esclarecimento do âmbito do estudo, aceitaram participar de livre e espontânea vontade, tendo presente que poderiam desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário, foram efetuados alguns esclarecimentos adicionais. O preenchimento do questionário foi realizado durante o contacto presencial ou posteriormente em casa, sendo nestes casos a sua entrega feita no contacto seguinte.

O preenchimento do questionário demorou em média 10 minutos. Todos os questionários foram preenchidos pelas grávidas sem qualquer intervenção por parte do investigador.

Os dados foram recolhidos entre março e maio de 2012. Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizados procedimentos de natureza descritiva e inferencial, obtidos através do programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20 para o Windows.

Resultados

A idade média das participantes foi de 30,15 anos ($DP = 4,54$), variando entre os 18 e os 40 anos de idade. A escolaridade média na amostra foi de 14,32 anos. Relativamente à idade gestacional, esta variou entre as 12 e as 40 semanas de gestação, com uma média de 30,72 semanas. Para a maioria, 161 (96,99%) a gravidez foi desejada. Relativamente aos tratamentos de fertilidade, apenas quatro (2,41%) fizeram tratamento de fertilidade. A maioria (113 correspondente a

68,07%) nunca esteve grávida e 35 (21,08%) já são mães. Destas, 17 (10,24%) referiram ter tido parto vaginal, sete (4,22%) parto instrumentado por ventosa ou fórceps e 11 (6,63%) parto por cesariana. Quanto à percepção da experiência anterior de parto apenas duas referiram ter tido uma experiência menos positiva.

A validade facial da escala foi estudada em 30 participantes. O tempo de preenchimento foi, em média, de 10 minutos. As grávidas foram questionadas quanto à existência de itens de difícil compreensão ou pouco claros e ao grau de dificuldade de resposta no geral. Foi unânime que as questões são de fácil compreensão e preenchimento.

Através da análise descritiva da EEG verificamos um elevado nível de *empowerment* das participantes (Tabela 1). Constatamos também que algumas questões apresentam um efeito teto, podendo verificar a existência de fenómenos de assimetria e achatamento. Os itens “Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu” e “Gostaria de desfrutar a minha gravidez” obtiveram, na quase totalidade, respostas pontuadas no *concordo totalmente*.

Tabela 1

Valores mínimos (*Min*) e máximos (*Max*), média (*M*) e desvio padrão (*DP*), de assimetria (*ASS*) e de achatamento (*ACH*) por item da Escala de Empowerment da Grávida

Itens	Min-Max	M	DP	ASS	ACH
1. Consigo obter a informação que necessito dos profissionais de saúde.	1-4	3,55	0,55	-0,87	1,07
2. Não consigo imaginar-me a criar um filho.	1-4	3,66	0,60	-1,94	4,19
3. Posso pedir ajuda quando preciso.	2-4	3,49	0,51	-0,11	-1,67
4. Acredito ser capaz de fazer o que tenho a fazer durante a gravidez.	1-4	3,40	0,57	-0,53	0,46
5. Mesmo quando me sinto ansiosa, consigo encontrar formas de alterar o meu estado emocional.	1-4	3,01	0,55	-0,45	2,17
6. Não consigo imaginar que a minha família vai aumentar.	1-4	3,61	0,64	-1,85	3,86
7. Acredito ser capaz de dar à luz como as outras pessoas.	1-4	3,51	0,57	-0,85	0,87
8. Tenho a minha imagem ideal do parto.	1-4	2,65	0,75	0,05	-0,40
9. Não estou confiante com a minha gravidez	1-4	3,51	0,65	-1,24	1,54
10. Estou entusiasmada com o parto.	1-4	3,02	0,72	-0,13	-0,75
11. Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu.	2-4	3,90	0,32	-3,18	10,0
12. Imagino como será a minha gravidez.	2-4	3,27	0,65	-0,35	-0,73
13. Quando não sei o que fazer, acredito ser capaz de pesquisar e resolver o problema por mim mesma.	1-4	3,06	0,61	-0,19	0,32
14. Gostaria de desfrutar a minha gravidez.	1-4	3,64	0,56	-1,74	4,26
15. Acredito ser capaz de lidar com o que me preocupa.	2-4	3,24	0,48	0,54	-0,21
16. Consigo viver com uma atitude positiva.	1-4	3,38	0,57	-0,42	0,51
17. Imagino como será o meu parto.	1-4	2,96	0,67	-0,21	-0,04
18. A minha família e amigos reconhecem a minha forma de ser.	2-4	3,33	0,52	0,28	-1,00
19. Penso que a minha capacidade para o parto é mais fraca do que a das outras pessoas.	1-4	3,29	0,72	-0,89	0,80

20. Estou ansiosa pela vida após o nascimento do meu filho	1-4	3,57	0,60	-1,24	1,42
21. Consigo obter sempre a informação que necessito para definir o plano de parto e o local do nascimento.	2-4	3,20	0,60	-0,09	-0,38
22. Estou confiante sobre como lidar com a gravidez e de alguma forma fazer com que corra bem.	2-4	3,32	0,51	0,35	-0,91
23. Acredito ser capaz de decidir quando procurar o médico.	2-4	3,37	0,51	0,25	-1,29
24. Posso pedir opinião e ajuda às outras pessoas de forma a atingir os meus objetivos.	2-4	3,40	0,52	0,13	-1,37
25. Sinto realmente que vou ser mãe.	2-4	3,66	0,53	-1,29	0,69
26. A minha família e amigos compreendem a minha situação atual, dando-me apoio e dizendo: "Podes ser tal como és."	2-4	3,42	0,56	-0,28	-0,84
27. Estou satisfeita com a minha vida.	1-4	3,60	0,54	-1,13	1,68

No sentido de estudar a consistência interna da escala e partindo da proposta de organização das dimensões segundo Kameda e Shimada (2008), procedeu-se à análise dos valores das correlações item-total, e o valor de alfa se o item fosse eliminado, bem como o coeficiente alfa para a respetiva dimensão (Tabela 2). A EEG apresentou valor de alfa de Cronbach de 0,88, semelhante à do estudo original. Em todas as dimensões foram encontrados valores de consistência interna considerados aceitáveis, exceto na subescala Alegria pela Inclusão de um Novo Membro na Família

que, tal como no estudo original, apresentou um valor de consistência interna mais baixo. Atendendo a que o valor encontrado se encontra abaixo de 0,60 decidimos eliminar esta dimensão. Em parte, estes resultados estão relacionados com o comportamento do item "Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu", e do item "Gostaria de desfrutar a minha gravidez" já anteriormente comentados. Na dimensão Autoeficácia a eliminação do item 13, resulta em um ganho ligeiro no valor da consistência interna, optando pela sua remoção.

Tabela 2

Valores de correlações item-total, alfa se item apagado e coeficiente alfa de Chronbach para cada dimensão

Dimensões/itens	Correlação item-total	Alfa de Cronbach se item eliminado	Alfa de Chronbach
Autoeficácia			0,68
1. Consigo obter a informação que necessito dos profissionais de saúde.	0,35	0,65	
4. Acredito ser capaz de fazer o que tenho a fazer durante a gravidez.	0,40	0,64	
13. Quando não sei o que fazer, acredito ser capaz de pesquisar e resolver o problema por mim mesma.	0,25	0,69	
15. Acredito ser capaz de lidar com o que me preocupa.	0,50	0,61	
21. Consigo obter sempre a informação que necessito para definir o plano de parto e o local do nascimento.	0,49	0,60	
23. Acredito ser capaz de decidir quando procurar o médico.	0,48	0,61	
Previsão do Futuro			0,69
2. Não consigo imaginar-me a criar um filho.	0,34	0,68	
6. Não consigo imaginar que a minha família vai aumentar.	0,31	0,69	
8. Tenho a minha imagem ideal do parto.	0,52	0,61	
12. Imagino como será a minha gravidez.	0,47	0,63	
17. Imagino como será o meu parto.	0,44	0,64	
25. Sinto realmente que vou ser mãe.	0,47	0,64	
Autoestima			0,74
5. Mesmo quando me sinto ansiosa, consigo encontrar formas de alterar o meu estado emocional.	0,47	0,71	

7. Acredito ser capaz de dar à luz como as outras pessoas.	0,50	0,70	
9. Não estou confiante com a minha gravidez	0,43	0,72	
16. Consigo viver com uma atitude positiva.	0,57	0,69	
19. Penso que a minha capacidade para o parto é mais fraca do que a das outras pessoas.	0,49	0,71	
22. Estou confiante sobre como lidar com a gravidez e de alguma forma fazer com que corra bem.	0,40	0,73	
27. Estou satisfeita com a minha vida.	0,38	0,73	
Apoio e Segurança dos outros			0,72
3. Posso pedir ajuda quando preciso.	0,42	0,71	
18. A minha família e amigos reconhecem a minha forma de ser.	0,54	0,64	
24. Posso pedir opinião e ajuda às outras pessoas de forma a atingir os meus objetivos.	0,54	0,64	
26. A minha família e amigos compreendem a minha situação atual, dando-me apoio e dizendo: "Podes ser tal como és."	0,54	0,64	
Alegria			0,40
10. Estou entusiasmada com o parto.	0,23	0,34	
11. Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu.	0,34	0,29	
14. Gostaria de desfrutar a minha gravidez.	0,22	0,33	
20. Estou ansiosa pela vida após o nascimento do meu filho	0,17	0,38	

A primeira opção do estudo de validade foi recorrer à análise fatorial exploratória. O coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtido foi de 0,815 e o Bartlett's *Test of Sphericity* um valor de $X^2(351) = 1474,82$; $p < 0,001$, legitimando-se, assim, o prosseguimento da análise. Recorreu-se à rotação oblíqua segundo o método Promax, seguindo os procedimentos usados por Kameda e Shimada. Consideramos 0,30 como a saturação mínima exigida para a associação de um item a um fator.

Extraíram-se oito componentes explicando 59,02% da variância total. Por não corresponder ao número de fatores do estudo original forçou-se a análise fatorial a cinco fatores (procedimento também utilizado pelas autoras da versão original), que passaram a explicar 50,76% da variância total. A solução encontrada não se mostrou sobreponível com a solução fatorial de

Kameda e Shimada (2008), apesar de mais de 50% dos 27 itens da escala saturarem nas mesmas dimensões da escala original, pelo que passamos para a análise fatorial confirmatória com recurso ao AMOS (versão 22, SPSS-IBM). Seguimos os índices e respetivos valores descritos por Marôco (2010) para avaliar a qualidade do ajustamento do modelo (CFI, TLI e RMSEA). O modelo inicial revelou um mau ajustamento ($X^2/df = 2,035$; CFI = 0,737; PCFI = 0,659; RMSEA = 0,079). Após a eliminação de *outliers* e a retirada de itens com cargas fatoriais baixas (itens 4, 12, 15, 17, 22, 27) foi possível obter um bom ajustamento que suporta a validade fatorial deste instrumento ($X^2/df = 1,533$; CFI = 0,913; PCFI = 0,746; RMSEA = 0,057). A Figura 1 apresenta os valores das cargas fatoriais estandardizadas e a fiabilidade individual de cada um dos itens no modelo final.

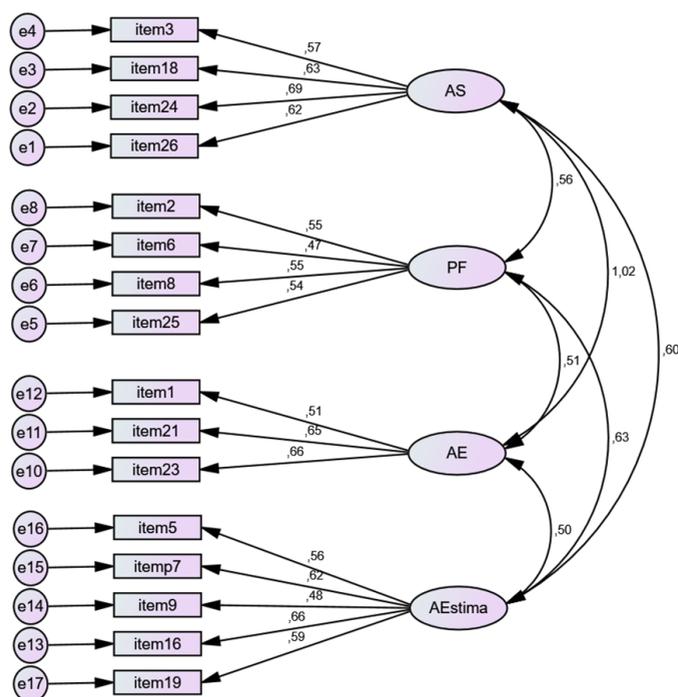


Figura1. Modelo gerado pela análise fatorial confirmatória e pesos fatoriais estandardizados.

Legenda: AS - Apoio e segurança dos outros; PF- Previsão do Futuro; AE- Autoeficácia; AEstima- Autoestima

Da análise da matriz de correlação das dimensões reformuladas segundo os resultados da análise fatorial confirmatória (Tabela 3), encontramos uma matriz de correlação significativa entre as diferentes dimensões da EEG e com a escala global.

Analisada novamente a consistência interna das dimensões restruturadas após análise fatorial confirmatória encontramos os seguintes valores dos coeficientes de alfa de Chronbach; 0,72 no Apoio e Segurança; 0,60 na Previsão do Futuro; 0,56 na Autoeficácia e 0,72 na Autoestima.

Tabela 3

Matriz de correlação das dimensões da Escala de Empowerment da Grávida

	Autoeficácia	Autoestima	Previsão do Futuro	Apoio segurança
Autoestima	0,33**			
Previsão do Futuro	0,32**	0,49**		
Apoio e Segurança	0,70**	0,40**	0,37**	
EEG total	0,72**	0,78**	0,72**	0,79**

** Correlação significativa a nível de 0,01

Através da correlação entre a escala de item único que avalia a percepção de saúde e a EEG verificamos que as grávidas com melhor percepção de saúde são as que apresentam maiores níveis de *empowerment* ($r = 0,29$; $p = 0,0001$). Na análise por dimensão somente encontramos correlações estatisticamente significativas na Autoestima ($r = 0,39$; $p = 0,0001$)

e na capacidade de Previsão do Futuro ($r = 0,16$; $p = 0,04$).

Analisando a correlação entre a EEG e a Escala de *Empowerment*, traduzida para português por Almeida e Pais Ribeiro (2011), verificamos uma correlação moderada entre as duas escalas ($r = 0,63$; $p = 0,0001$), permitindo confirmar a validade de critério.

Discussão

O enquadramento do conceito de *empowerment* desenvolvido neste estudo é congruente com as definições apresentadas na revisão da literatura (Gibson, 1991; Gibson, 1995; Hermansson & Martensson, 2011; Rodwell, 1996; Rogers et al., 1997). A Escala de *Empowerment* da Grávida revelou ser de fácil compreensão e de aplicação rápida, do ponto de vista da sua utilização.

A tentativa de uma análise fatorial exploratória que confirmasse a proposta de Kameda e Shimada (2008) não foi conseguida. Também Santos (2012) e Silva (2014), no âmbito das suas teses de mestrado, em que estudaram as características psicométricas desta escala, não encontraram uma solução fatorial sobreponível à versão original. Santos (2012) adiantou uma proposta organizada nas cinco dimensões, no entanto, a alocação dos itens não coincidia com a versão original. Silva (2014), não tendo também encontrado uma estrutura fatorial semelhante à versão japonesa, optou por seguir as indicações das autoras quanto à sua estrutura.

A solução encontrada através da análise fatorial confirmatória implicou a eliminação de um grande número de itens, inclusivamente de uma dimensão. Todavia, e segundo alguns autores, idealmente cada fator deve ter entre três a quatro itens, constituindo um modelo parcimonioso e uma medida breve, pois traz mais vantagens e aplicabilidade na prática clínica (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010). O modelo tetradimensional do *empowerment* na grávida dá ênfase a domínios relevantes na capacitação e tomada de decisão da pessoa como: o controlo e competência percebida, a autoestima, a autoconfiança, o controlo sobre o futuro, a identidade positiva e a capacidade para procurar apoio. Estes aspetos assumem-se como importantes no processo de adaptação à gravidez e transição para a maternidade.

Os resultados comprovaram uma associação esperada entre a perceção de saúde, por parte das grávidas, e os níveis de *empowerment*, contribuindo assim para assegurar a validade convergente da EEG.

A moderada associação encontrada entre a EEG e a outra escala de *empowerment*, permitiu-nos concluir acerca da validade de critério.

Os valores de consistência interna encontrados são aceitáveis, apesar do número reduzido de itens por dimensão (três ou quatro). Assim, o instrumento reúne critérios de fidelidade mostrando que os itens de cada dimensão avaliam partes diferentes, mas complementares do mesmo conceito. Recomendamos que, em investigações futuras, seja estudado o seu comportamento quanto à estabilidade temporal. Ou seja, a aplicação do teste em momentos e locais diferentes não deverá produzir modificações nos resultados.

Apesar desta nova estrutura garantir características de fidelidade e validade, reconhecemos a necessidade de mais estudos que possam trazer consistência para a solução aqui apresentada.

Conclusão

Considerando os resultados obtidos, a EEG constitui um instrumento fiável, válido e adaptado para o estudo do *empowerment* das grávidas portuguesas, não dispensando no entanto estudos complementares, em que sejam novamente analisadas as propriedades psicométricas da escala.

O uso da EEG permite identificar o nível de *empowerment* da grávida e a sua utilização no contexto dos cuidados, promove o processo de enfermagem, concretamente na atividade diagnóstica e na definição do perfil da grávida, de modo a definir estratégias de atuação para a promoção do *empowerment* nos cuidados pré-natais e na preparação para o parto e parentalidade.

A determinação do nível de *empowerment* da grávida permite o diagnóstico diferencial das características das grávidas e as suas necessidades e assim oferece cuidados relevantes de acordo com o significado que cada grávida atribui à gravidez, ao parto e ao tornar-se mãe.

Salienta-se ainda que o desafio fundamental que se coloca aos enfermeiros é a mudança para práticas de cuidados centrados na pessoa, em que o enfermeiro avalia com a grávida as suas necessidades e, em simultâneo, promove a tomada de decisão informada, a autonomia e a autoestima, essenciais no processo de *empowerment*; sem esquecer o papel determinante que a rede de suporte, família e amigos têm.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Empowerment em adultos na comunidade: Estudo preliminar de adaptação de uma escala para a população portuguesa. In Escola Superior de Enfermagem do Porto, Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (Ed.), *Saúde e qualidade de vida: Uma meta a atingir* (pp. 76-80). Recuperado de http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014
- Carvalho, G. C. (2005). *Sentido de coerência, ligação materno fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública). Recuperado de http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/05_sco_vinculo_materno_fetal_gravidez.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE/ICNP: Versão Beta 2*. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey, USA: Pearson Educational.
- Hermansson, E., & Martensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context: A concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816. doi: 10.1016/j.midw.2010.08.005
- Kameda, Y., & Shimada, K. (2008). Development of an empowerment scale for pregnant women. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, 32(1), 39-48. Recuperado de <http://dspace.lib.kanazawa-u.ac.jp/dspace/bitstream/2297/10997/1/AA11599711-32-1-kameda.pdf>
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R. A. (2005). Not all patients want to participate in decision making: A national study of public preferences. *Journal of General Internal Medicine*, 20(6), 531-535. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: Nova conceção, nova esperança*. Genebra, Suíça: Autor.
- Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde: SF-36*. Porto, Portugal: Merck Sharp e Donhme.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb02672.x
- Rogers, S. E., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047. Recuperado de <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/rogers1997c.pdf>
- Santos, I. M. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.
- Silva, D. N. (2014). *Empowerment da grávida: Fatores de capacitação para a maternidade* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.
- Zimmerman, M., & Perkins, D. (1995). Empowerment theory: Research and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579. doi: 10.1007/BF02506982

