



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº10 SÉRIE II - FEVEREIRO 2015

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

ARMÊNIO GUARDADO CRUZ

7

ERROS DE PREPARAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS. QUE ESTRATÉGIAS?

ERRORS OF PREPARATION/ADMINISTRATION OF MEDICATION IN NURSING PRACTICE, IN INTENSIVE CARE UNITS. WHAT STRATEGIES?
ERRORES DE PREPARACIÓN/ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN, EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. QUÉ ESTRATEGIAS?

ANA SOFIA BATISTA SILVA

9

AS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO TRABALHO EM SAÚDE: as dimensões organizacional e psicossocial

MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN HEALTH AT WORK: the Organizational and Psychosocial dimensions

TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICOS EN EL TRABAJO SANITARIO: LAS DIMENSIONES ORGANIZATIVAS Y PSICOSOCIALES

ANA RITA CASTRO MACHADO; CLARA DE ASSIS COELHO DE ARAÚJO

17

ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: Work Engagement dos Enfermeiros

RN4CAST STUDY IN PORTUGAL: NURSES' WORK ENGAGEMENT

ESTUDIO RN4CAST EN PORTUGAL: WORK ENGAGEMENT DE LOS ENFERMEROS

ALEXANDRA MARQUES PINTO; ÉLVIO HENRIQUES DE JESUS; AIDA MARIA DE OLIVEIRA CRUZ MENDES; INÊS SANTOS ESTEVINHO FRONTEIRA

26

QUE REFERENCIAIS TEÓRICOS SUPORTAM AS TESES DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM EM PORTUGAL? UMA ANÁLISE DAS TESES

WHAT THEORETICAL FRAMEWORKS SUPPORT THE THESIS OF PHD IN NURSING IN PORTUGAL? AN ANALYSIS OF THE THESES

¿QUÉ MARCOS TEÓRICOS APOYAN LA TESIS DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA EN PORTUGAL? UN ANÁLISIS DE LAS TESIS

SÓNIA MARGARIDA SANTOS COELHO; ISABEL MARGARIDA DIAS MONTEIRO MENDES

38

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CONDUTAS DE MOBBING (EACM)

VALIDATION STUDY OF ASSESSMENT OF MOBBING CONDUCT SCALE (EACM)

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS DE MOBBING (EACM)

ANA LÚCIA DA SILVA JOÃO

46

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO CUIDAR DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

THE COMMUNICATION PROCESS AS A THERAPEUTIC STRATEGY IN CARING FOR THE FAMILY OF THE PERSON IN CRITICAL CONDITION

EL PROCESO DE COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL CUIDADO DE LA FAMILIA DE LA PERSONA EN SITUACIÓN CRÍTICA

MARISA BRASIL

53

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE APRENDIZAGEM CLÍNICO, SUPERVISÃO E PROFESSOR DE ENFERMAGEM

ADAPTATION AND VALIDATION OF CLINICAL LEARNING ENVIRONMENTAL, SUPERVISION AND NURSING TEACHER EVALUATION SCALE

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL AMBIENTE DE APRENDIZAJE CLÍNICO, SUPERVISIÓN Y PROFESOR DE ENFERMERÍA

JOANA MARGARIDA MARTINS DA SILVA; MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES; LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO

62

ESQUIZOFRENIA

SCHIZOPHRENIA

ESQUIZOFRENIA

CARLOS MELO-DIAS; CARLOS FERNANDES DA SILVA

69

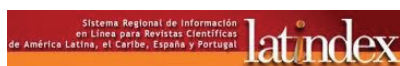
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA NURSE COMPETENCE SCALE (NCS) PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

TRANSLATION, CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF NURSE COMPETENCE SCALE (NCS) FOR THE PORTUGUESE POPULATION

TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE NURSE COMPETENCE SCALE (NCS) DE LA POBLACIÓN DE PORTUGAL

LUÍS MIGUEL NUNES DE OLIVEIRA; PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS

77



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Lúis Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWS

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Diis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - www.sinaisvitais.pt/rie.php

E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL

As alterações que se tem verificado na carreira de enfermagem e no Sistema Nacional de Saúde, derivados da crise económica, com aumento da carga horária semanal para 40 horas, a falta de recursos humanos e materiais nas instituições de saúde, entre outros factos, tem contribuído bastante para a desmotivação e o esgotamento físico e psicológico dos profissionais de saúde, que se sentem incapazes de dar respostas positivas às necessidades dos cidadãos cada vez mais envelhecidos e dependentes, com impacto evidente na qualidade de cuidados e na qualidade de vida da população.

Por outro lado, mantém-se a incerteza em relação ao futuro do ensino da enfermagem, evidentemente, com reflexos no desenvolvimento da enfermagem como disciplina e profissão, para o qual a investigação é fundamental.

Nos últimos anos, fruto da formação avançada nos cursos de doutoramento e mestrado em Ciências de Enfermagem, e em áreas afins, assistiu-se a um aumento da produção e divulgação científica, com um incremento evidente no número de estudos empíricos desenvolvidos, mas também com uma melhoria significativa na qualidade metodológica e nas publicações dos resultados desses estudos.

Tem havido um esforço compartilhado, embora nem sempre articulado, dos diversos actores envolvidos em processos de investigação, seja na prática clínica seja em contexto académico e, inclusive, observou-se um aumento no financiamento, nomeadamente pela FCT, na formação avançada de enfermeiros, mas também em alguns projectos de investigação desenvolvidos, fruto da orientação política da União Europeia, que vê na investigação e na interdisciplinaridade o principal motor de crescimento económico e de competitividade.

Infelizmente, apesar das referidas orientações políticas europeias e nacionais, os investigadores continuam a ter dificuldades no financiamento, pois os processos são acompanhados por um excesso de burocracia, com uma agravante que se verifica mais recentemente: uma redução evidente do referido financiamento.

Os centros e unidades de investigação têm-se organizado, criaram equipas permanentes e secretariados qualificados, muitas vezes com recurso a bolseiros, para minimizar o peso burocrático na concepção e gestão de projectos de investigação. No entanto, continua a ser muito difícil aos investigadores, face também às respectivas carreiras, darem resposta às cada vez maiores exigências no ensino e na investigação, e ainda terem que responder à máquina altamente burocrática existente.

Actualmente, face às orientações políticas globais, a internacionalização e a colaboração interinstitucional em termos de investigação estão a ganhar cada vez maior dimensão, exigindo da parte dos investigadores o seu envolvimento em redes internacionais para captação de financiamentos.

Será que os investigadores na área da enfermagem estão preparados para esta nova realidade e estes novos desafios?

Arménio Guardado Cruz

ERROS DE PREPARAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS. QUE ESTRATÉGIAS?

Ana Sofia Batista Silva⁽¹⁾



Resumo

Nas Unidades de Cuidados intensivos, pela complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados, associado à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, os erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, e as suas consequências para o doente, merecem particular atenção, justificando uma análise focalizada deste artigo de revisão. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com recurso às bases de dados CINHAL Plus with Full Text, MEDLINE Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, com o objetivo de evidenciar estratégias de prevenção de erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, em Unidades de Cuidados Intensivos.

Com os dados obtidos, conclui-se que a implementação de “zonas de não interrupção” na preparação de medicação e a implementação de código de barras na administração de medicação, diminuem os erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, em Unidades de Cuidados Intensivos.

Palavras-chave: Erros de medicação, Prevenção, Enfermagem, Unidade de Cuidados Intensivos

Abstract

ERRORS OF PREPARATION/ADMINISTRATION OF MEDICATION IN NURSING PRACTICE, IN INTENSIVE CARE UNITS. WHAT STRATEGIES?

In intensive Care Units, due to the complexity of the treatment, the use of numerous medications administered, associated with the severity and clinical instability of the sick, the errors of preparation/administration of medication in nursing practice, and the consequences for the patient, deserve particular attention, justifying a focused analysis of this review article. A systematic review of the literature was performed, using the databases CINHAL Plus with Full Text, MEDLINE Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, with the aim of highlighting strategies for prevention errors of preparation/administration of medication in nursing practice, in Intensive Care Units.

With the data obtained, it was concluded that the implementation of “zones of no interruption” in preparation of medication, and the implementation of bar code in the administration of medication, reduce errors of preparation/administration of medication in nursing practice, in Intensive Care Units.

Keywords: Medication Errors, Prevention, Nursing, Intensive Care Units

Resumen

ERRORES DE PREPARACIÓN/ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN, EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. QUÉ ESTRATEGIAS?

En las unidades de cuidados intensivos, debido a la complejidad del tratamiento, el uso de numerosos medicamentos administrados, asociado con la gravedad y inestabilidad clínica de los enfermos, los errores de preparación y administración de medicación en la práctica de la enfermería, y las consecuencias para el paciente, merecen una atención especial, que justifica el análisis de este artículo de revisión. Una revisión sistemática de la literatura se realizó utilizando las bases, CINHAL Plus with Full Text, MEDLINE Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, con el fin de poner de relieve las estrategias para evitar errores de preparación/administración de medicación, en la práctica de enfermería, en unidades de cuidados intensivos.

Con los datos obtenidos, se concluye que la aplicación de “ninguna zona de parada” en la preparación y ejecución de código de barras, en la administración de medicación, disminui los errores de preparación/ administración de medicación, en la práctica de enfermería, en Unidades de Cuidados Intensivos.

Palabras clave: Errores de medicación, Prevención, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

A segurança do doente envolve, em geral, a prevenção de erros nos cuidados prestados ao mesmo e a eliminação de danos causados por tais erros. O erro, na prática de cuidados, resulta de uma ação não intencional causado por uma falha ou problema, podendo ser cometido por qualquer profissional de saúde, na prestação de cuidado, como, por exemplo, na preparação/administração de medicação.

Nas Unidades de Cuidados intensivos, pela complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados, associado à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, os erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, e as suas consequências para o doente, merecem particular atenção, justificando uma análise focalizada desta temática. O objetivo deste artigo de revisão visa evidenciar estratégias de prevenção de erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, em Unidades de Cuidados Intensivos.

ERROS DE MEDICAÇÃO

Apesar dos grandes avanços tecnológicos na área da saúde, a ocorrência de erros nos cuidados de saúde, ainda acontecem de forma assustadora, causando grande impacto económico, graves prejuízos ao paciente, aos profissionais e às instituições. Em 2000, o IOM publicou um relatório – “To err is human: building a safer health system”, baseado em estudos realizados no Colorado, Utah e Nova Iorque, que revelava os números de mortes por erros de medicação. Este estudo indica que estes erros, foram responsáveis pela morte de 44000 a 98000 pessoas por ano, nos EUA, indicando assim que morrem mais pessoas devido a estes erros que em acidentes de viação ou SIDA. Infelizmente, em Portugal não se encontram valores reais para a mortalidade associada aos erros de medicação. Contudo, dados confirmados pelo In-farmed, estimam que, no nosso país, cerca de 7000 pessoas hospitalizadas morrem devido a erros de medicação. No início da década de 90, foram cria-

das várias organizações, com o objetivo de identificar os erros e reduzi-los através de estratégias de atuação por parte dos profissionais de saúde, na preservação da segurança dos doentes.

A ocorrência de erros durante qualquer etapa do sistema de medicação, não só é indesejável para o alcance da qualidade dos cuidados prestados, como prejudicial, para o doente, profissionais e instituição hospitalar. No entanto, as repercussões para o doente são as mais preocupantes, uma vez que podem agravar o seu estado clínico e causar danos temporárias, permanentes e até a morte. Segundo Bates *et al* (1995), entende-se por erro de medicação, um evento adverso ao medicamento, passível de prevenção, podendo ou não causar dano ao paciente, com possibilidade de ocorrer num ou em vários momentos dentro do sistema de medicação. O erro de medicação é uma questão multiprofissional, não se limitando apenas a uma categoria profissional, sendo que, o sistema de medicação, inclui médicos, farmacêuticos, técnicos e enfermeiros. O sistema de medicação inicia-se com a prescrição médica e termina com a administração desse medicamento ao doente pelo enfermeiro. Segundo um estudo de Bates *et al*, (2004), 56% dos erros, ocorrem na prescrição médica e 34% na administração do medicamento. Considera-se administração de medicação, um conjunto de ações que englobam a preparação, administração e registo de substâncias químicas (com fins terapêuticos), a administrar ao doente. Desde o médico até ao enfermeiro existe um período em que os farmacêuticos e técnicos também estão envolvidos, na dispensação e distribuição da medicação prescrita. Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC-MERP) (2001), o erro de medicação pode ser categorizado em quatro níveis: sem erro, erro sem danos para o paciente, erro com danos para o paciente e erro que pode causar a morte do paciente. De acordo com mesma fonte podem ser distinguidos em erros de prescrição, erros de distribuição e erros potenciais. Ainda, de acordo com o NCC-MERP (1998), os erros de podem ser classificados da seguinte forma: 1) erro por omissão 2) erro na administração de um medicamento não prescrito 3) erro por dose extra 4) erro referente à via 5)

erro de dosagem 6) erro do horário incorreto 7) erro por preparação incorreta do medicamento 8) erro por utilização incorreta de técnicas incorretas na administração 9) erro por medicamento deteriorado. Os erros de administração de medicação são causados muitas vezes pelo não seguimento dos cinco certos da medicação: medicamento certo, dose certa, hora certa, doente certo e via certa. De acordo com NCCMERP (1998), considera-se que existem cinco grandes causas possíveis de provocarem erros de administração de medicação: comunicação, confusão com o nome do fármaco, rotulagem, fatores humanos e embalagem/design. Ainda de acordo com a mesma fonte, os fatores ambientais e organizacionais em que se inserem os profissionais de Enfermagem, como exemplo a iluminação desadequada, o ruído elevado na sala de trabalho, ambiente favorável a interrupções e/ou distrações frequentes, e outros, contribuem para a ocorrência dos erros de administração de medicação. As circunstâncias que os envolvem são multifatoriais, não restringidos a fatores humanos. Identifica-se deste modo, a necessidade de desenvolver estratégias para a redução dos erros de medicação, nomeadamente os erros de preparação/administração de medicamentos, pelos enfermeiros, de modo a preservar a segurança do doente no alcance da qualidade dos cuidados.

ERROS DE MEDICAÇÃO EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Nas UCI os erros de medicação e as suas consequências para o doente, merecem particular atenção. De acordo com Fragata e Martins (2004), o ambiente de uma UCI é propício à ocorrência de erros. A complexa interação homem-máquina de elevada tecnologia, aliada à necessidade de monitorização prolongada, padrão de trabalho em equipa, situações de stress e imprevisibilidade de ocorrências, geram situações de crise, criando um ambiente favorável à ocorrência de erros. Kane-Gill *and* Weber (2006), relataram uma média de 105,9 erros de medicação por 1000 pacientes/dia em UCI de adultos. Rothschild *et al* (2005) descrevem que 78% dos eventos adversos graves

em UCI e UCI Coronários foram devidos a erros de medicação. Segundo a Joint Commission of Health Accreditation (JCHA) (2009), os erros de medicação mantem-se a quarta maior causa de eventos adversos. Vários aspetos podem diminuir a segurança na administração de medicação pelos enfermeiros, numa UCI. Esses aspetos estão relacionados ao próprio contexto de uma UCI e também ao sistema de medicação institucionalizado. A complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados em UCI, associados à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, justificam uma análise focalizada desta temática, pois, neste contexto, as consequências dos erros de medicação, podem ser mais danosas. Kane-Gill *and* Weber (2006), relataram que a maioria dos erros de medicação em Unidades de Cuidados Intensivos, ocorrem durante a prescrição e administração de medicamentos. Múltiplos fatores contribuem para erros de medicação nas UCI, incluindo carga de trabalho, a hora do dia, nível de experiência, erros de transcrição, e deficiências do sistema. Segundo Kane-Gill *and* Weber (2006), além da farmacocinética ser responsável por lesões e danos, outras são resultantes de erros de medicação causados pelo nível de experiência dos enfermeiros, mudanças de turno ou hora do dia, a falta de prescrições computadorizadas, distrações e interrupções durante a preparação e administração. Outro aspeto relevante, é o espaço físico destinado à preparação de medicação, que muitas vezes é diminuto. O acúmulo de pessoas num espaço físico pequeno, conversas paralelas, diminuição da atenção e concentração necessária, para a realização da técnica e interrupções frequentes, durante a preparação da medicação, favorecem a ocorrência de erros, por distração. Também as ordens verbais de medicação por parte dos médicos, ocorrem frequentemente em UCI, estando ou não, relacionadas com situações de urgência, ficando os enfermeiros à mercê da própria memória, potenciando situações de erros de administração de medicamentos.

Torna-se deste modo importante, perceber quais as situações que podem levar um enfermeiro a cometer erros de preparação/administração de medicação, para futuramente serem prevenidos. Dessa

forma, as instituições de saúde, devem direcionar as políticas de segurança do doente, procurando respostas para onde, como, quando e porquê, os erros de medicação acontecem, em vez de apontarem exclusivamente os profissionais de culpados, por essas situações. Medidas educativas não punitivas dos profissionais devem ser implementadas favorecendo a segurança no sistema de medicação, em todas as suas etapas.

QUE ESTRATÉGIAS?

Nos últimos anos, têm sido introduzidos diversos programas de qualidades, nas instituições de saúde, e acreditação hospitalar, que consideram, os erros de medicação, indicadores de resultados. Contribuem de forma expressiva para uma nova visão perante este tipo de eventos, estimulando os profissionais para as notificações de erros. Assim, os erros notificados e relatados, pelos profissionais envolvidos, podem ocorrer em investigação das suas causas e consequências. Perante isto, é importante desenvolver programas educacionais para elucidar os profissionais da importância da notificação dos erros de medicação, de modo a entender as causas e discutir estratégias para a melhoria, focando a segurança do paciente, equipe e familiares, na procura da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Segundo Moyen *et al* (2008), a medicação segura deve ser implementada através da otimização da segurança do processo de medicação, eliminando fatores de risco situacionais e proporcionando estratégias, de modo a intercepar erros e minimizar as suas consequências. Algumas estratégias, em UCI, incluem a padronização de medicamentos, a informatização das prescrições médicas, a tecnologia de código de barras, implementação de dispositivos computadorizados de infusão intravenosa. Prescrições em computador têm reduzido erros de medicação em UCI, devido à interpretação errada da caligrafia dos médicos ou ordens verbais. Outras vantagens destes sistemas são de poderem controlar alergias, recomendar doses de medicamentos, fornecer ajustes para doentes com insuficiência renal ou função hepática alteradas,

e identificar possíveis interações medicamentosas. Por sua vez, a tecnologia do código de barras facilita a fase de processo administração da medicação. Utilizado em conjunto com a informatização das prescrições médicas, as etiquetas de código barras são digitalizados, conciliados e documentados eletronicamente. Este processo ajuda a garantir que o doente correto, recebe a dose correta do medicamento correto, pela via correta e no momento correto. A utilização dos dispositivos computadorizados de infusão intravenosa, permite a incorporação da prescrição médica informatizada e da tecnologia de código de barras, sendo que as concentrações padronizadas de infusão, as taxas e os limites de dosagem podem ser fornecidas para ajudar a prevenir erros de medicação intravenosa. Segundo Cummings *et al* (2005), erros envolvendo administração errada de medicamentos, ou ao doente errado, foram reduzidos em 60%, após a implementação de códigos de barras para combinar com prescrição médica eletrônica, de acordo com cada doente. Além destas estratégias eletrônicas, o uso de farmácias satélites e sistema de distribuição por unidade, são estratégias que contribuem para uma medicação segura, reduzindo o stock de medicamentos muitas vezes mal acondicionados, uma fonte potencial erro de medicação.

Fatores de risco situacionais, podem desviar a atenção dos enfermeiros e aumentar o risco de erros de administração de medicação. Por exemplo, fatores como a privação de sono dos profissionais, o cansaço, o stress, o ruído, as distrações foram demonstrados, em vários estudos, que aumentam o risco de erros de medicação. É importante, as instituições estabelecerem rotinas para a avaliação o risco de fadiga e stress, evitar o excesso consecutivo de horas de trabalho e criar espaços propícios para a preparação de medicação, minimizando as interrupções e distrações. Uma zona de não interrupção tem sido recomendada pelo Institute for Safe Medication Practices (1996), organização Norte-americana dedicada na prevenção de erros medicação, como uma estratégia de prevenção. Na melhoria da qualidade vários projetos deste tipo foram adaptados para o ambiente hospitalar. Médicos, enfermeiros e

farmacêuticos são essenciais na fiscalização e interceção de erro no sistema de medicação. Os enfermeiros desempenham um papel, particularmente importante, na segurança do doente, porque são os profissionais de saúde com os quais passa a maior parte do tempo. Numa UCI, a diminuição do ratio enfermeiro: doente pode ser um fator de risco de erros de medicação, pelo que a dotação segura, na razão de 1:1 ou 1:2, são extremamente importantes na prevenção dos mesmos. Também a experiência do enfermeiro pode ter uma influência importante na segurança do doente. Enfermeiros mais experientes têm mais probabilidade de intercepar erros comparados com os enfermeiros menos experientes. A falta de conhecimento farmacológico atualizado, é outro fator predisponente a erros de medicação, por parte dos enfermeiros, por inexperiência ou por estarem num período de integração. É importante, quando os profissionais trabalham num ambiente novo, serem integrados e terem a supervisão de um profissional mais experiente, de modo ao mesmo desenvolver experiência. Os farmacêuticos, também têm um papel importante a desempenhar na segurança da medicação. Todos os medicamentos intravenosos, deveriam ser preparados na farmácia, utilizando um processo padronizado e concentrações de medicação padronizadas. A participação, de um farmacêutico em visitas médicas melhora a segurança do paciente, reduzindo erros de medicação em 66%, e consequentemente, redução do tempo de internamento hospitalar, mortalidade e diminuição das despesas de medicação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que possibilita a incorporação de evidências, na prática clínica, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados, com o objetivo de identificar estratégias que visam reduzir os erros de preparação/administração de medicação, na prática de Enfermagem, em contexto de cuidados intensivos. A questão norteadora desta revisão sistemática da literatura, recorren-

do ao formato PI(C)O, foi: Quais as estratégias de prevenção (I) na (O) redução dos erros de preparação/administração de medicação na prática de Enfermagem em (P) Unidades de Cuidados Intensivos? O motor de busca utilizado foi a EBSCO, com recurso às bases de dados CINHALL Plus with Full Text, MEDLINE Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews. Foram procurados todos artigos científicos originais e de revisão publicados em texto integral (01/02/2013), entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2013, usando as seguintes descritores: *Medication Errors, Prevention, Nursing, Intensive Care Units*. Obteve-se um total de 17 artigos, tendo sido selecionados 2 artigos, através dos critérios de inclusão, definidos para este estudo: artigos originais e de revisão, publicados em texto integral, gratuitos, num período compreendido entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2013, que foquem estratégias de prevenção de erros de preparação/administração de medicação, na prática de Enfermagem, em contexto de Cuidados Intensivos, e de exclusão: todos os artigos que não foquem especificamente os erros de medicação e contextos que não sejam Unidades de Cuidados Intensivos, excluindo Unidades de Cuidados intensivos Pediátricos ou Neonatais.

ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os textos selecionados foram submetidos a uma análise detalhada, com o intuito de sintetizar a informação relevante face à questão de investigação, de forma a dar resposta aos objetivos delineados. Importa agora, interpretar e discutir os resultados, que permitirão responder à questão de investigação formulada PI(C)O: Quais as estratégias de prevenção (I) na (O) redução dos erros de preparação/administração de medicação na prática de Enfermagem em (P) Unidades de Cuidados Intensivos? de acordo com o quadro que se segue:

Estudo	"No Interruptions, Please. Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Unit"(2010)
Autores	Anthony Kyle, Clareen Wiencek, Catherine Bauer, Barbara Daly, Mary K. Anthony
Participantes	Enfermeiros de uma UCI médica e de uma UCI cirúrgica no University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio
Intervenções	Implementação de um protocolo que se desenvolveu em três fases, em que se sinalizou uma "zona de não interrupção" para a preparação de medicação
Resultados	Estratégia 1. A existência de uma zona de não interrupção, durante preparação de medicação diminui as distrações comparativamente, antes da implementação e sensivelmente para metade após a 1 semana e significativamente na 3ª semana proporcionando uma medicação em segurança.
Desenho	Estudo quasi-experimental, com base na observação – Nível de evidência III
Estudo	"Effect of bar-code-assisted medication administration on medication error rates in an adult medical intensive care unit" (2009)
Autores	Jaculin L. De Young, Marie E. VanderKooi, and Jeffrey F. Barletta
Participantes	Enfermeiros de uma UCI médica de um hospital de ensino em Grand Rapids, Michigan
Intervenções	Implementação de <i>Bar-Code-Assisted Medication Administration</i> (BCMA) numa UCI médica de adultos
Resultados	Estratégia 2. A implementação de BCMA reduziu significativamente para metade o número de erros de administração, relacionados com a hora de administração de medicamentos, numa UCI médica de adultos
Desenho	Estudo quasi-experimental – Nível de evidência III

O artigo analisado, "*No Interruption please – Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units*", relata um estudo piloto, quasi-experimental, desenvolvido numa UCI médica e numa UCI cirúrgica, no University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio. Este estudo piloto, foi pioneiro com o objetivo de perceber a eficácia de uma "zona de não interrupção" (ZNI), na redução interrupções durante a preparação de medicação em UCI, tendo-se desenvolvido em três fases. O método de colheita de dados foi a observação, para compa-

rar o número de interrupções na preparação de medicamentos, antes e quatro semanas após a criação de uma ZNI. Esta ZNI foi delimitada e devidamente sinalizada, com fita adesiva vermelha no chão, onde estaria o carro de medicação. Foram devidamente explicados aos enfermeiros os procedimentos do protocolo seguir, quando fosse implementada a ZNI. Antes da implementação da ZNI, o estudo contou com um total de 218 ocorrências de erros de medicação. Uma semana pós a implementação da ZNI, contaram-se um total de 179 ocorrências de erros de medicação. Depois de um período de três semanas, uma diminuição significativa, sensivelmente para metade. As interrupções consideradas para o estudo foram, as que não estavam relacionadas com a preparação da medicação, pondo em causa a concentração do enfermeiro. Os profissionais que interferiram na ZNI foram outros enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos e técnicos de farmácia. As interrupções não consideradas foram as relacionadas com a validação de medicação entre o enfermeiro em fase de integração, na UCI. Uma das limitações do estudo, segundo os autores, foi não terem sido avaliados os padrões de administração de medicamentos, antes dos limites da ZNI serem determinados. Os limites da ZNI, incluem uma área em torno da medicação mas não foram suficientemente longe de modo a incluir a medicação de refrigerador, não permitindo uma imagem abrangente de ocorrências e interrupções relacionadas com todas as "rotas" dos medicamentos. Os autores também referem que a ZNI "move" quando os carrinhos de medicação são movidos, sendo que, em estudos futuros, a utilização de um tapete de vermelho, uma luz vermelha piscando, ou outra sinalização possa ser mais adequado em detrimento da fita adesiva vermelha usada para criar a ZNI. De acordo com os autores, a implementação de um protocolo como a ZNI, exige empenho e colaboração de todos os envolvidos. Cada enfermeiro deverá ter seu contributo na preservação da ZNI, como um lugar de concentração durante a preparação de medicamentos, melhorando a segurança dos doentes. Ao nível organizacional, os autores entendem que a implementação de algumas destas medidas dependa dos recursos financeiros da instituição, mas que a maioria destas alterações, podem ser tomadas através de uma gestão de decisões e mudança das

políticas institucionais. Referem ainda que, os custos associados a mudanças no sistema de medicação são compensados pelos benefícios de uma medicação segura e melhoria na satisfação dos doentes. Perante os dados, os autores concluem que a implementação de uma ZNI, para a preparação de medicação, numa UCI, diminui as distrações dos enfermeiros, proporcionando a diminuição de erros de medicação.

Analisando o artigo *“Effect of bar-code-assisted medication administration (BCMA) on medication error rates in an adult medical intensive care unit”*, trata-se de um estudo conduzido numa UCI médica de adultos, com 38 camas, num hospital em Grand Rapids, Michigan. Este estudo foi realizado com o objetivo de determinar o efeito de BCMA nas taxas de erros de administração de medicamentos. O método de colheita de dados escolhido foi observação direta dos enfermeiros, durante a administração de medicação. As observações foram realizadas por dois avaliadores, e ocorreram um mês antes e quatro meses, após a implementação da BCMA, durante quatro dias consecutivos de 24 horas. De acordo com os tipos de erros, as seguintes categorias foram registradas: medicamento errado, hora errada de administração, via errada, dose errada, omissão de administração, administração de um medicamento sem prescrição, e erro de documentação. As definições destas categorias, foram adaptados a partir de um estudo anterior, e foram concebidas para serem compatíveis com a política institucional e os alertas gerados, pelo programa do código de barras. A classe de drogas associadas a cada erro, também foi registrado. Um total de 1.465 administrações de medicamentos, foram observados, 775 pré-implementação e 690 pós-implementação para 92 pacientes, 45 pré-implementação e 47 pós-implementação. Neste estudo a taxa de erro de medicação foi reduzida em 56% após a implementação de BCMA. Segundo os autores, este benefício foi relacionado com uma redução do erro administração de medicação na “hora errada”. Apontam para a vantagem do BCMA permitir, em tempo exato, saber em que hora foi administrada a medicação, e ser documentada, assim, qualquer discrepância, o que seria difícil detetar só por observação. Não foram evidenciados mais tipos de erros, de forma significativa, devido à utilização de outras tecnologias concebidas para evitar erros

de medicação, implementadas na instituição, como sendo a prescrição informatizada e a distribuição de armários de medicação automatizados. Os autores, concluem que a implementação de BCMA reduziu significativamente o número de erros relacionado com a hora administração de medicação numa UCI, reconhecendo o impacto desta tecnologia na medicação segura.

Os artigos selecionados contribuíram para dar uma resposta adequada à questão de investigação, inicialmente formulada. Os dois estudos abordam, ainda que de forma distinta, estratégias de prevenção para a redução de erros de preparação e de administração de medicação, na prática de Enfermagem, em UCI. Segundo Moyen *et al* (2008), a estratégia evidenciada no estudo de Anthony *et al* (2010), centra-se na eliminação de fatores de risco situacionais, como o ruído e as distrações, que acontecem numa UCI. Os números evidenciados pelo estudo, corroboram com o que a literatura apresenta sobre a necessidade de reavaliação dos ambientes de cuidados, bem como a implementação de medidas de segurança, em atividades que exijam da equipa de Enfermagem uma elevada concentração. A JCAHO evidenciou alguns fatores que contribuem para erros de medicação, como as distrações frequentes, por excesso de ruídos no ambiente de preparo de medicação, responsáveis por 43% dos erros. Em 2001, um novo relatório emitido pelo mesmo órgão revelou um aumento para 47% dos erros de medicação, atribuídos a distrações em função dos ambientes inadequados na preparação de medicação. A USP (2009), recomenda às instituições placas de sinalização do tipo “não perturbe” em locais onde as medicações são dispensadas e preparadas, bem como a implementação de espaços físicos adequados e momento definido para a preparação de medicamentos, onde não haja interrupções frequentes e acúmulo de pessoal durante a realização dessa técnica. Ainda, direcionado para a gestão da instituição, os autores sugerem que qualquer iniciativa de educação para a mudança com vista à medicação segura, devem sempre incluir todos os profissionais de saúde, para serem aumentadas as hipóteses de sucesso. A estratégia evidenciada no estudo de Jaculin L. *et al* (2009) foca a otimização da segurança do processo de medicação, através da aplicação de novas tecnologias. Os valores evidenciados consolidam o qua

e literatura descreve sobre o BCMA, como estratégia para a diminuição de erros de medicação. Segundo Cummings *et al* (2005), erros envolvendo administração errada de medicamentos, ou ao doente errado foram reduzidos em 60%, o que corrobora com o estudo. A tecnologia do código de barras facilita a fase de processo administração da medicação. Utilizado em conjunto com a informatização das prescrições médicas, as etiquetas de código barras são digitalizados, conciliados e documentadas eletronicamente. Este processo ajuda a garantir que o doente correto, recebe a dose correta do medicamento correto, pela via correta e no momento correto.

CONCLUSÃO

As conclusões dos estudos apresentadas e analisados, consideram algumas recomendações e estratégias propostas que podem ser adaptadas e implementadas na nossa realidade, mesmo diante de dificuldades e adversidades existentes no nosso sistema de saúde. Entende-se que para o alcance da redução dos erros de medicação é necessário que o Estado, as instituições de saúde e os profissionais, se conscientizem da importância do problema e adotem estratégias preventivas de erro de medicação.

A partir da realização deste estudo, e tendo em conta a pergunta PI(C)O formulada inicialmente, podemos concluir que, ao nível organizacional, a implementação de algumas medidas preventivas de erros de medicação, dependem dos recursos financeiros da instituição, mas que a maioria destas alterações, podem ser tomadas através de uma gestão de decisões e mudança das políticas institucionais. Os custos associados a mudanças no sistema de medicação são compensados pelos benefícios de uma medicação segura e melhoria na satisfação dos doentes. A limitação de uma área de preparação de medicação, numa UCI, diminui o ruído, interrupções e as distrações dos enfermeiros, proporcionando a diminuição de erros de preparação de medicação. Também a implementação de um sistema de códigos de barra reduz o número de erros de administração de medicação numa UCI.

BIBLIOGRAFIA

- Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J. **Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods.** 2004 <http://qbc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/4/306>
- Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. **Relationship between medication errors and adverse drug events.** *J Gen Intern Med* 1995, 10:199-205.
- Cummings J, Bush P, Smith D, et al. **UHC Bar-coding medication administration overview and consensus recommendations.** *Am J Health Sys Pharm.* 2005;62:2626-2630.
- Eric Moyen, Eric Camiré and Henry Thomas Stelfox. **Clinical review: Medication errors in critical care.** *Critical Care* 2008,;208 (doi:10.1186/cc6813)
- Fragata, J.; Martins, L. **O erro em medicina: perspetivas do indivíduo, organização e da sociedade.** Coimbra: Almedina, 2004. P.328.
- Institute of Medicine (1999). **To err is human: building a safer health system.** http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/To_Err_Is_Human-Building_a_Safer_Health_System-REeport-Brief.pdf.
- Institute for Safe Medication Practice – ISMP. 1996. <http://www.pharminfo.com/ismp/ismp.Ip.htm>
- Jaculin L. DeYoung, Marie E. VanderKooi, and Jeffrey F. Barletta. **Effect of bar-code-assisted medication administration on medication error rates in an adult medical intensive care unit.** *Am J Health-Syst Pharm*, Vol 66 Jun 15, 2009
- Joint Commission. **Sentinel Event Statistics.** 2009. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>.
- Kane-Gill S, Weber RJ. **Principles and practices of medication safety in the ICU.** *Crit Care Clin* 2006, 22:273-290
- Kyle Anthony, Clareen Wiencek, Catherine Bauer, BSN, Barbara Daly, Mary K. Anthony. **Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units.** *CriticalCareNurse* Vol 30, N.3, June 2010
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States. Apresenta a toxiologia dos erros em medicação. 1998. <http://www.nccmerp.org/aboutmederros.htm>.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States Pharmacopeia, 2001. Apresenta categorização de erros em medicação. <http://www.nccmerp.org/aboutmederros.htm>.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. **What is a medication error?** www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html. Accessed November 20, 2009.
- Rothschild J, Landrigan C, Cronin J, et al. **The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medication errors in intensive care.** *Crit Care Med.* 2005; 33:1694-1697.
- Tissot E, Cornette C, Demoly P, Jacquet M, Barale F, Capellier G. **Medication errors at the administration stage in an intensive care unit.** *Intensive Care Med* 1999, 25:353-359

AS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NO TRABALHO EM SAÚDE: AS DIMENSÕES ORGANIZACIONAL E PSICOSSOCIAL

Ana Rita Castro Machado⁽¹⁾; Clara de Assis Coelho de Araújo⁽²⁾



Resumo

Este artigo relacionado com as Perturbações Músculo-Esqueléticas no Trabalho em Saúde resulta de um estudo de investigação de natureza mista cujo objetivo principal assenta na análise das condições e características do trabalho que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas nos profissionais de saúde.

A amostra é constituída por 14 indivíduos (7 enfermeiros e 7 auxiliares de ação médica) segundo uma estratégia não probabilística e acidental.

Os dados foram recolhidos a partir do INSAT2010 e da entrevista coletiva.

Os resultados dão conta de uma marcada exposição a constrangimentos de natureza física, biomecânica, organizacional e psicossocial, sendo os organizacionais os de maior impacto para a saúde. As estratégias utilizadas são ineficazes pois são direcionadas ao tratamento dos sintomas. Sugere-se como estratégias alternativas a formação em contexto de trabalho e sessões organizadas de ginástica laboral na resolução dos constrangimentos, pelo que consideramos o Enfermeiro de Reabilitação facilitador na implementação destas estratégias.

Palavras-chave: Transtornos Traumáticos Cumulativos; Saúde do Trabalhador; Riscos Ocupacionais; Prevenção de Acidentes.

Abstract

MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN HEALTH AT WORK: the Organizational and Psychosocial dimensions.

This article relates to musculoskeletal disorders in health workplace, resulting from a research study of a mixed nature whose main objective is based on the analysis of work conditions and characteristics that can trigger musculoskeletal disorders in healthcare professionals.

The sample consisted of 14 individuals – 7 nurses and 7 medical assistants auxiliaries – according to a non probabilistic and accidental strategy.

Data was collected from INSAT2010 and from a group interview.

Results show a marked exposure to constraints of physical, biomechanical, organizational and psychosocial nature, being the organizational the greatest impact on health. The strategies used are not effective because they are directed to treat the symptoms. As alternative strategies it is suggested training in the workplace and organized gymnastics sessions to help to solve the constraints. By this fact, we consider the Nurse rehabilitation the facilitator on the implementation of these strategies.

Keywords: cumulative trauma disorders, occupational health, occupational risks, prevention of accidents.

Resumen

TRASTORNOS MÚSCULO ESQUELÉTICOS EN EL TRABAJO SANITARIO: las dimensiones Organizativas y Psicosociales.

Este artículo relacionado con las perturbaciones músculo esqueléticas en el trabajo sanitario proviene de un estudio de investigación de naturaleza mixta cuyo objetivo principal se centra en el análisis de las condiciones y características del trabajo que pueden desencadenar perturbaciones músculo esqueléticas en los profesionales sanitarios.

La muestra se compone de 14 individuos (7 enfermeros y 7 auxiliares de acción médica) de acuerdo a una estrategia no probabilístico y accidental.

Los datos fueron recogidos del INSAT2010 y de una entrevista colectiva.

Los resultados indican una marcada exposición a limitaciones de naturaleza física, biomecánica, organizativa y psicossocial; siendo los organizacionales los de mayor impacto para la salud. Las estrategias utilizadas son ineficaces pues son direccionadas al tratamiento de los síntomas. Se sugiere como estrategias alternativas para la resolución de las limitaciones: la formación en el entorno laboral y sesiones de gimnasia laboral. Por lo que consideramos al enfermero rehabilitador útil en la implementación de estas estrategias.

Palabras clave: Trastornos de Traumas Acumulados; Salud Laboral; Riesgos Laborales Prevención de Accidentes.

Rececionado em outubro 2014. Aceite em janeiro 2015

⁽¹⁾ Enfermeira Generalista, na Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde. Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

⁽²⁾ Professora Coordenadora, docente da ESS/IPVC. Doutora em Psicologia do Trabalho. Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

INTRODUÇÃO

As Perturbações Músculo-Esqueléticas (PME) dizem respeito ao conjunto das possíveis alterações que ocorrem no organismo humano, concretamente lesões de estruturas orgânicas que compõem os sistemas nervoso, muscular e esquelético; bem como doenças localizadas no aparelho circulatório, que são causadas ou agravadas em consequência da atividade profissional e pelos efeitos das condições imediatas do local onde essa atividade decorre. (European Agency of Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2007a, p1).

Assente numa reflexão acerca da análise do trabalho dos profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de ação médica) bem como nos conhecimentos da ergonomia da atividade, assume-se como finalidade desta investigação o diagnóstico de necessidades que permita contribuir para a implementação de medidas de prevenção de PME e promoção da saúde dos trabalhadores. Para isso procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos: 1) analisar as condições e características do trabalho atual que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas, nos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde; 2) analisar as repercussões que as condições e características do trabalho atual têm na saúde e bem-estar dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde que podem desencadear Perturbações Músculo-Esqueléticas.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Dados recentes revelam que as Perturbações Músculo-Esqueléticas (PME) são estatisticamente, a doença profissional mais frequente e com maior índice de absentismo em meio hospitalar (Serranheira, Uva, & Leite, 2012). Portanto, as PME são entendidas como motivo de grande preocupação uma vez que “afetam a saúde dos trabalhadores a nível individual e aumentam os custos empresariais e sociais da empresa e dos países europeus” (EU-OSHA, 2008b, p. 1).

A revisão da literatura permitiu perceber que os hospitais são responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos de saúde para os seus traba-

lhadores, sendo que, nessa extensa lista, as PME ocupam um lugar de destaque dado serem muito frequentes na equipa de enfermagem. Os sintomas músculo-esqueléticos mais frequentes atingem principalmente as regiões lombar, ombros, joelhos e cervical (Gurgueira, Alexandre, & Filho, 2003), e a causa principal “está relacionada com as tarefas de mobilização de doentes, como o levantar, a transferência e o posicionamento de doentes.” (EU-OSHA, 2008a, p. 1)

Porém, as pesquisas mais recentes mostram que não são só os aspetos relacionados com a dimensão física da atividade laboral as responsáveis pela incidência de PME nos trabalhadores, mas também a dimensão psicológica do trabalho. Da mesma maneira que Magnago, et al. (2010) defendem, as características do trabalho relacionadas com o aumento das PME entre os trabalhadores são: a pressão do tempo; o estado de alerta; a fragmentação das tarefas; as questões administrativas, ambientais e de relacionamento; a competitividade; a baixa autonomia; a invariabilidade das atividades; a insegurança no trabalho; a falta de apoio (colegas e chefes) e o facto do trabalhador se sentir sobrecarregado.

Esta realidade também foi verificada em Portugal, aquando um estudo efetuado sobre as condições de trabalho dos enfermeiros que mostrou que estes profissionais estão sujeitos a “bastante intensidade de sofrimento e pressão psicológica que se manifestam entre outros por sintomas de dificuldade em relaxar, cansaço persistente, irritabilidade, músculos rígidos e tensos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 238).

Atualmente entende-se que não são apenas as frequentes exposições mecânicas, mas também aspetos organizacionais, psicológicos e sociais que se podem constituir fatores de risco no aparecimento de queixas músculo-esqueléticas nos trabalhadores de enfermagem. (Magnago, et al., 2010)

Em Portugal, embora os dados sobre as situações de acidentes de serviço e de doenças profissionais nos trabalhadores de saúde sejam escassos e não sistematizados, sabe-se que, em 1997, a profissão de enfermagem era aquela onde se verificava a maior taxa de acidentes de serviço (Ferreira, 2005). Ou seja, os enfermeiros são dos grupos profissionais que mais estão expostos, no seu dia-

-a-dia, a diversos riscos laborais que culminam em acidentes de trabalho e doenças profissionais.

O Enfermeiro de Reabilitação é o profissional de saúde que, tal como consta do seu estatuto, tem saberes e competências que lhe conferem uma “responsabilidade social da sua ação” (Araújo, s.d.), tornando-o elemento essencial na prevenção das PME e promoção da saúde dos profissionais de saúde. Neste estatuto encontra-se definido que o Enfermeiro de Reabilitação está capacitado para “[cuidar] de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; [capacitar] a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; [maximizar] a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 8658).

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

O presente estudo assenta numa investigação de natureza descritiva e abordagem mista.

População e Amostra

A população deste estudo é constituída pelos elementos das equipas de Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica, dado que nesta unidade de saúde estes dois profissionais constituem parcerias durante cada jornada de trabalho, que os expõe a condições e características do trabalho semelhantes. Considerando que “entramos numa esfera de problemas compartilhados, com implicações na causalidade dos adoecimentos” (Kirchhof et al., 2011, p. 117).

A amostra foi definida de forma não probabilística e acidental, e foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: disponibilidade dos profissionais durante o período de recolha de dados; disponibilidade da investigadora para a recolha de dados.

Estratégias e Instrumentos de Colheita de Dados

Para proceder à recolha de dados optou-se pela utilização dos seguintes instrumentos: o Inquérito Saúde e Trabalho 2010 (INSAT2010) e a Entrevista

Coletiva.

O INSAT2010 foi escolhido como instrumento de recolha de dados por possibilitar o conhecimento das condições de trabalho e o impacto destas na saúde do trabalhador. Este instrumento permite “compreender de que forma os trabalhadores avaliam as características e as condições do seu trabalho, o seu estado de saúde, e que tipo de relações estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho.” (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007, p. 21). É composto por sete eixos que deixam conhecer: a situação de trabalho; a exposição do trabalhador a determinadas condições de trabalho; as condições de vida fora do trabalho; a formação realizada pelos trabalhadores e a sua relação com o trabalho; os problemas de saúde físicos e psicossociais e a relação que o trabalhador estabelece entre estes o trabalho que executa; e finalmente, a percepção que os profissionais de saúde têm sobre o seu estado de saúde. Sendo que, cada característica é avaliada em relação ao incómodo que causa no trabalhador podendo este ser classificado em: Muito Incómodo; Bastante Incómodo; Incómodo; Pouco Incómodo; ou Nenhum Incómodo. Assim, com esta informação foi possível dar resposta aos dois primeiros objetivos desta investigação.

A Entrevista Coletiva permitiu validar e aprofundar os dados obtidos com recurso ao INSAT2010.

Previamente à colheita de dados foi efetuado um pedido de autorização para a recolha de dados, junto da administração da Unidade de Saúde em estudo, e os participantes preencheram o consentimento informado.

RESULTADOS

Tratamento e Análise dos Dados

Os dados obtidos através do instrumento INSAT2010 – dados quantitativos – foram codificados de forma a permitir o seu tratamento segundo uma perspetiva de análise estatística descritiva concretamente a distribuição de frequências.

Por sua vez, os dados obtidos através da Entrevista Coletiva – dados qualitativos – foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2007).

Caracterização da amostra

A amostra foi definida de forma não probabilística e acidental, constituída por 14 indivíduos (7 enfermeiros e 7 Auxiliares de Ação Médica, cuja média de idades é de 30,2 anos. No que respeita ao estado civil 50% (n=7) dos indivíduos são casados e os restantes são solteiros ou divorciados. E, 64,3% (n=9) dos trabalhadores não têm filhos. O tempo de serviço médio nesta profissão é de 6 anos, e coincide com o tempo de serviço médio de trabalho na instituição.

As condições e características do trabalho atual que podem desencadear perturbações músculo-esqueléticas nos profissionais de saúde

O desenvolvimento deste trabalho permitiu perceber a existência, neste local de trabalho, de condições e características de origens distintas, nomeadamente: características do ambiente físico, bem como os constrangimentos de natureza biomecânica, organizacional e psicossocial e individual.

No conjunto dos constrangimentos de natureza organizacional sobressaem os constrangimentos que refletem a alteração do ritmo de trabalho, já que os dados recolhidos mostraram que os profissionais de saúde estão em situações de ter que:

- *cumprir normas e prazos rígidos* em que 50% (n=7) dos indivíduos consideram estar presente no seu dia-a-dia, e é descrito como motivo de incómodo moderado ou superior em 14,3% (n=2) das situações. O que remete para a existência de tarefas cujo tempo para as executar é limitado sem que possam ser realizadas num outro momento, apesar deste estudo ser em cuidados de saúde;
- *ser frequentemente interrompido* foi referido por 71,4% (n=10) dos indivíduos, sendo motivo de incómodo moderado ou superior em 57,1% (n=8);
- *Apressar-se* foi mencionado por 78,6% (n=11) dos inquiridos, sendo que para 57,1% (n=8) dos mesmos é motivo de incómodo moderado ou superior. Resulta do volume de trabalho enquanto elevada quantidade de tarefas a que os profissionais de saúde têm que dar resposta durante a jornada de trabalho; da equipa do turno referindo-se

ao número de elementos que num determinado dia se encontram destacados para cumprir o mesmo horário de trabalho; e do trabalho em equipa multidisciplinar direcionado para a conciliação das atividades diárias do serviço pelos elementos das diferentes equipas;

- *“saltar”* ou encurtar uma refeição, ou mesmo nem realizar a pausa por causa do trabalho foi apontado por 64,3% (n=9) dos indivíduos e corresponde a motivo de incómodo moderado ou superior em 50% (n=7) dos casos. Está relacionado com a organização do turno; com a gestão do tempo, e com as interrupções da refeição;
- *dormir* a horas pouco usuais por causa do trabalho – foi referido por 85,7% (n=12) dos inquiridos e representa motivo de incómodo moderado ou superior para 42,9% (n=6) destes, dado que provoca transtornos na vida pessoal, dificuldade em regular o sono e desgaste para o profissional;
- *ultrapassar* o horário normal de trabalho – foi citado por 85,7% (n=12) dos profissionais de saúde do estudo e é motivo de incómodo moderado ou superior para 50% (n=7) destes, sendo considerado consequência das estratégias de remuneração; da organização do turno; da equipa do turno; dos transtornos da vida pessoal; e dos transportes.

Os constrangimentos de ordem psicossocial são agrupados em *constrangimentos de ordem relacional* (os constrangimentos das relações de trabalho e os constrangimentos do contato com o público) e os constrangimentos inerentes às características do trabalho.

Relativamente aos *constrangimentos das relações de trabalho* foram consideradas as relações entre colegas e as relações entre os trabalhadores e as chefias. Assim, para esta subcategoria os constrangimentos referidos foram os seguintes:

- *Exposição ao risco de agressão verbal*, foi referido por 85,7% (n=12) dos profissionais de saúde, sendo que para 64,3% (n=9) representa motivo de incómodo moderado ou superior e 28,6% (n=4) classificaram-no como muito incómodo;
- *Exposição ao risco de agressão física* – é um constrangimento proferido por 85,7% (n=12) dos indivíduos e representa incómodo moderado ou superior para 57,1% (n=8).

No que concerne aos *constrangimentos do contacto com o público* foram consideradas as relações entre o trabalhador e o público, lembrando que por público se entendem os utentes e os seus familiares. Desta forma verificou-se que:

- *Tenho que suportar as exigências, queixas ou reclamações do público* – foi um constrangimento referido por 78,6% (n=11) dos profissionais de saúde que representa incómodo moderado ou superior para 50% (n=7) destes.

- *Tenho que confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público* – é um constrangimento a que 85,7% (n=12) dos indivíduos dizem estar expostos e que para 71,4% (n=10) destes representa incómodo moderado ou superior.

- *Tenho que estar exposto ao risco de agressão verbal do público* – é um constrangimento ao qual todos os participantes dizem estar expostos e que 64,3% (n=9) o designam como incómodo moderado ou superior.

- *Tenho que estar exposto ao risco de agressão física do público* – é um constrangimento que 71,4% (n=10) dos profissionais de saúde dizem encontrar neste local de trabalho. E o incómodo que lhes confere é classificado como moderado ou superior por 50% (n=7) dos mesmos.

- *Tenho que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas* – é um constrangimento encontrado por 78,6% (n=11) dos indivíduos, sendo que para 42,9% (n=6) corresponde a motivo de incómodo moderado ou superior.

Quanto aos *constrangimentos inerentes às características do trabalho* verifica-se que:

- *É um trabalho que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias*, característica admitida por 50% (n=7) dos profissionais de saúde representando para 42,9% (n=6) destes motivo de incómodo moderado ou superior. Derivando da falta de compreensão uma vez que os superiores demonstram, não perceber como se desenvolve a atividade profissional; da falta de reconhecimento enquanto ausência de valorização do trabalho desenvolvido por estes profissionais; e falta de incentivo, nomeadamente, falta de atos de apoio e de estímulo para o trabalhador desenvolver a sua atividade profissional.

- *É um trabalho que dificilmente poderá ser realizado quando tiver 60 anos*, característica sustentada pela totalidade dos participantes e que representa incómodo moderado, ou superior para 85,7% (n=12) dos trabalhadores. Justificada pela falta de condições físicas e psicológicas para conseguir realizar a atividade profissional quando atingir esta idade.

- *É um trabalho que gostava que os filhos não realizassem*, descrição efectuada por 78,6% (n=11) dos trabalhadores e que representa incómodo moderado ou superior para 57,1% (n=8), sendo consequência da visibilidade social da profissão, da remuneração e das exigências físicas e psicológicas.

DISCUSSÃO

Dos constrangimentos de natureza organizacional foi possível verificar que os constrangimentos que dizem respeito a alterações do ritmo de trabalho, com que o profissional se depara, assumem maior importância. O que significa que estes trabalhadores se encontram sujeitos a interferências nos tempos de execução de uma determinada tarefa que, por sua vez, interferem com a jornada de trabalho, atrasando-a. O que se encontra de acordo com Magnago, et al., que referem que “a aceleração do ritmo de trabalho, devido à sobrecarga de atividade, também é um agravante e pode levar o trabalhador de enfermagem à adoção de posturas penosas inadequadas, sendo fator de risco para dor em regiões centrais” (2010, p. 145).

Assim, tal como se pode reparar, estes constrangimentos estão de acordo com os dados teóricos que dizem que, por um lado, o trabalho em equipa, sobretudo na equipa multidisciplinar implica que o enfermeiro faça uma constante reprogramação das tarefas para se ajustar aos imprevistos, como defende Theureau (cit. por Martin e Gadbois, 2007). Por outro lado, as limitações na comunicação quer entre elementos da mesma equipa quer entre os elementos da equipa multidisciplinar facilmente geram conflitos conduzindo a queixas generalizadas e a confusões diversas, o que interfere com o desenvolvimento do trabalho, como proferiram Osório, et al., (2011).

Simultaneamente verifica-se que a execução do trabalho por turnos é constrangedora para estes profissionais de saúde dado que “o trabalho noturno, por ser contrário à natureza do ser humano predominantemente diurno, provoca um quadro de stresse constante, revelando-se uma das formas mais perversas de organização temporal do trabalho. A privação do sono e a desestruturação dos ritmos biológicos afetam a saúde do trabalhador, tanto nos aspetos psíquicos, físicos e emocionais, quanto nos aspetos sociais, familiares e interpessoais” (Moreira & Mendes, 2005, p. 21). Este tipo de horário, além de provocar contrariedades fisiológicas, exige que estes profissionais tenham estratégias de organização particulares relativamente ao cotidiano da sua vida familiar de forma a conseguir dar respostas às solicitações do trabalho sem descuidar as solicitações da sua vida pessoal. (Osório, *et al.*, 2011)

Os prazos rígidos que estes constrangimentos revelam, estão, na prática associados a uma sequência de tarefas que constam do trabalho prescrito. Porém, este é um trabalho que se desenvolve com e para pessoas pelo que, por vezes, os imprevistos impedem ou diminuem o tempo de realização de algumas tarefas. Significando, por isso que neste contexto os prazos rígidos podem ser entendidos como sinónimo de sobrecarga de trabalho e contribuem para o desenvolvimento de PME, quer pela ansiedade de cumprir todas as tarefas dentro do tempo estipulado, como pelo cansaço consequente do ritmo acelerado ou mesmo pela adoção de posturas penosas pelo trabalhador durante o trabalho.

Estes constrangimentos deixam perceber ainda, que outra condição associada à sobrecarga de trabalho é a não realização de pausas durante o mesmo ficando, mais uma vez, facilitado o desenvolvimento de PME, o que vai de encontro ao descrito por Moreira e Mendes (2005), em que as pausas têm como função permitir que o organismo reponha os seus níveis de energia para que posteriormente se possam desenvolver as diferentes atividades sem prejuízo do mesmo.

Os constrangimentos de natureza psicossocial foram agrupados em constrangimentos de ordem

relacional (os constrangimentos das relações de trabalho e os constrangimentos de contato com o público) e os constrangimentos inerentes às características do trabalho.

Sobre os constrangimentos de ordem relacional, os profissionais de saúde consideram-se expostos ao risco de agressão física, verbal e moral identificando como agressores o público (utente/família) que motivados pela falta de informação desconhecem como se processa o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e auxiliares de ação médica. O que se encontra de acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2003) que proferem que, em Portugal, os mais variados tipos de violência têm como autores mais frequentes os utentes e/ou famílias.

Um outro motivo encontrado, para justificar a exposição a este risco dos profissionais de saúde, prende-se com o mau ambiente de trabalho enquanto circunstâncias relacionais que envolvem os trabalhadores influenciando os seus comportamentos e que se expressam em dificuldades de realização das suas atividades laborais. Revelando-se, mais um constrangimento facilitador do desenvolvimento de PME dado que, tal como referem Glaudston, *et al.* (2010, p. 273), a desunião da equipa representa um problema gerador de sofrimento pois “não contribui para um ambiente salutar tornando-se um fator desencadeador no processo que culminará nos transtornos oriundos do stresse nos profissionais.” De onde surge a necessidade de implementar estratégias que tenham como objetivo promover a harmonia e as boas relações quer entre profissionais, quer entre os profissionais e os seus superiores.

Ainda acerca dos constrangimentos relacionais os dados revelam que ter de dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas é um constrangimento que se revela fonte de stresse para o trabalhador. O volume de cuidados associado à limitação de tempo gera no profissional de saúde a perceção de não ser capaz de prestar cuidados suficientemente eficazes no alívio do sofrimento do utente. O que se mostra concordante com Leite e Uva quando estes autores referem que “a proximidade com o doente que sofre e a (in)capacidade para responder às suas exigências emocionais e

das suas famílias (...) pode causar estados mais ou menos permanentes de stresse no profissional de saúde, particularmente na presença de doentes considerados “difíceis”, ou seja, que rejeitam ou que exigem ajuda permanente” (2012, p. 15).

O reconhecimento, pelas chefias, do trabalho que o profissional de saúde executa mostra-se aqui um constrangimento que contribui para o desenvolvimento de PME, na medida em que os profissionais referem ser pouco reconhecidos e pouco apoiados. O que vai de encontro aos dados da literatura que mostram que o autoritarismo das chefias influencia negativamente a saúde do trabalhador, repercutindo-se em distúrbios emocionais, sintomas físicos de stresse, potenciando os acidentes de trabalho ou de doença profissional (Moreira e Mendes, 2005; Glaudston, et al., 2010; Assunção e Filho, 2011).

A insatisfação profissional demonstrada na avaliação destes constrangimentos está relacionada com a visibilidade social que as profissões atualmente apresentam, com as remunerações auferidas, bem como com as exigências físicas e psicológicas que têm que satisfazer para dar cumprimento às atividades profissionais. O que, por sua vez, vem comprovar os dados da EU-OSHA, que mostram que “trabalhar em mercados de trabalho instáveis pode suscitar sentimentos de insegurança no emprego e aumentar o stresse profissional” (2007b, p. 2) e também, concordando com este mesmo autor, a incompatibilidade entre as políticas de gestão em saúde atuais e os objetivos propostos aos trabalhadores (atender mais clientes com qualidade e menos gastos) contribui para o stresse profissional que se manifesta por insatisfação relativa ao trabalho. (2007b, p. 1)

Pensar nestas atividades profissionais a longo prazo é também motivo de constrangimento para estes indivíduos dado que, referem que, quando atingirem os 60 anos não serão capazes de satisfazer as exigências físicas e psicológicas que estas atividades geram. Se por um lado com o envelhecimento ocorrem alterações da mobilidade articular e diminuição da força voluntária máxima (Ministério de Saúde Direção-Geral da Saúde, 2008), por outro lado, uma condição física desadequada torna a atividade profissional excessiva resultan-

do, facilmente, em quadros dolorosos do sistema músculo-esquelético (Moreira & Mendes, 2005). O que vai de encontro aos resultados do Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho onde se observa que a sustentabilidade do trabalho está relacionada com a conciliação da vida do trabalho e com a vida fora do trabalho, com a atualização das qualificações do trabalhador, a autonomia do trabalhador e com as repercussões das condições de trabalho na saúde a longo prazo. (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2011)

CONCLUSÃO

Este estudo foi elaborado com o intuito de proceder ao diagnóstico de necessidades no que respeita à prevenção das Perturbações Músculo-Esqueléticas (PME) e à promoção da saúde dos trabalhadores de uma Unidade de Saúde.

Assim, foi possível perceber que as condições e características do trabalho atual que podem desencadear PME, nos profissionais de saúde desta Unidade, estão relacionadas com fatores de naturezas distintas, nomeadamente: características do ambiente físico, bem como os constrangimentos de natureza biomecânica, organizacional e psicossocial e individual. De onde se destacam os constrangimentos de ordem organizacional, especificamente os que implicam a aceleração do ritmo de trabalho e os constrangimentos relacionais, nomeadamente no que respeita à gestão de conflitos.

Atendendo a este conjunto de informação, e uma vez que a finalidade deste trabalho foi efetuar um diagnóstico de necessidades direcionado à prevenção da doença e promoção da saúde neste local de trabalho, ficou claro que estão em falta intervenções que visem a melhoria da organização das tarefas por parte dos profissionais de saúde e a minimização das exigências físicas e psicológicas que estas atividades requerem.

O Enfermeiro Especialista de Reabilitação tem, entre outras, competências no domínio da melhoria da qualidade de cuidados, competências do domínio da gestão dos mesmos e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens

profissionais. Relativamente às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade de cuidados é função do Enfermeiro Especialista em Reabilitação construir normas/diretivas e facilitar o conhecimento aos restantes elementos da equipa, que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. As competências do domínio da gestão dos cuidados são operacionalizadas pela otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, e pela adaptação e adequação do estilo de liderança ao clima organizacional estrito favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. Já as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que lhe conferem responsabilidade enquanto elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Atendendo às competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação explica-se a pertinência e adequação dos contributos deste profissional na prevenção das PME e promoção da saúde neste local trabalho e sugere-se estratégias alternativas relacionadas com formação em contexto de trabalho e sessões organizadas de ginástica laboral.

No que respeita à formação, propomos que se desenvolva numa lógica participativa e interdisciplinar que se distancia da “formação tradicional” cujo objetivo é promover o debate das diferentes soluções sob o ponto de vista dos trabalhadores (Araújo, s.d.). Trata-se de uma formação dirigida aos profissionais de saúde onde se inclui os superiores hierárquicos, enquanto momento de reflexão, sobre as condições e características do trabalho atual, e de negociação de estratégias para a minimização do efeito dos constrangimentos organizacionais.

Relativamente à organização das sessões de ginástica laboral sugere-se a criação de momentos diários, em grupo, realizados após a conclusão do turno da manhã por este se revelar um período de trabalho em que o volume de tarefas e a sobrecarga física e psicológica são maiores, comparativamente aos restantes turnos. Neste sentido, a natureza do programa de ginástica laboral, no final da jornada, realiza-se na perspetiva de relaxamento e tem como objetivo “aliviar o cansaço físico e emocional e as alterações músculo-esqueléticas; de forma ao fun-

cionário voltar ao domicílio a sentir-se melhor” (Santos, cit. por Santos e Almeida, 2011, p.34).

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, C. d. (s.d.). A Saúde no Trabalho dos Enfermeiros - o aparecimento de perturbações músculo-esqueléticas. Da análise à prevenção.
- Assunção, A. Á., & Filho, J. M. (2011). Transformações do Trabalho no Setor da Saúde e Condições para o Cuidar. In A. Á. Assunção, & J. Brito, *Trabalhar na Saúde: Experiências Cotidianas e Desafios para a Gestão do Trabalho e do Emprego* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barros-Duarte, C., Cunha, L., & Lacomblez, M. (2007). IN-SAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, pp. 54-62.
- European Agency of Safety and Health at Work. (01 de Julho de 2007a). Factsheet 71 - Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Obtido em Setembro de 2012, de Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho: <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/71>
- European Agency of Safety and Health at Work. (5 de Setembro de 2007b). Factsheet 74 - Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST). Obtido em Janeiro de 2013, de Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/74>
- European Agency of Safety and Health at Work. (11 de Janeiro de 2008a). E-Facts28 - Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prestação de cuidados de saúde. Obtido em Setembro de 2012, de Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho: <http://osha.europa.eu/pt/publications/e-facts/efact28/view>
- European Agency of Safety and Health at Work. (08 de Fevereiro de 2008b). Factsheet 78 - Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Relatório sobre prevenção. Obtido de Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/78>
- Ferreira, M. M. (Março de 2005). Riscos de Saúde dos Enfermeiros no Local de Trabalho. *Sinais Vitais*, pp. 29-35.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. (26 de Janeiro de 2011). Evolução ao Longo do Tempo - Primeiras Conclusões do Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho. Obtido em Setembro de 2012, de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound): http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1074_pt.htm
- Glaudston, P. S., Fontes-Reis, J., Conceição-Dias, L., Damásio-Dutra, V. F., Souza-Braga, A. L., & Antunes-Cortez, E. (Dezembro de 2010). O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. *Aquichan*, pp. 267-279.
- Gurgueira, G. P., Alexandre, N. M., & Filho, H. R. (Set.-Out. de 2003). Prevalência de Sintomas Músculo-Esqueléticos em Trabalhadoras de Enfermagem. *Revista Latino Americana*

, pp. 608-613.

Kirchhof, A. L., Lacerda, M. R., Sarquis, L. M., Magnago, T. S., & Gomes, I. M. (Abril-Junho de 2011). Compreendendo Cargas de Trabalho na Pesquisa em Saúde Ocupacional na Enfermagem. *Colomb Med.*, pp. 113-119.

Leite, E. S., & Uva, A. S. (2012). Fatores Indutores de Stress em Profissionais de Saúde. *Revista Saúde & Trabalho*, pp. 7-22.

Magnago, T. S., Lisboa, M. T., Griep, R. H., Kirchhof, A. L., & Guido, L. d. (maio-junho de 2010). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio músculo-esquelético em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, pp. 140-147.

Martin, C., & Gadbois, C. (2007). A Ergonomia no Hospital. In P. Falzon, *Ergonomia* (pp. 519-533). São Paulo: Editora Blucher, Ltda.

Ministério de Saúde Direção-Geral da Saúde. (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Obtido em Dezembro de 2010, de Alto Comissariado da Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt>

Moreira, A. M., & Mendes, R. (2005). Fatores de Risco dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho de Enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, pp. 19-26.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011a). Regulamento n.º 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação. *Diário da República, 2ª série - n.º 35*, pp. 8658-8659.

Ordem dos Enfermeiros. (Fevereiro de 2011c). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2ª Série*, pp. 8648-8653.

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Workplace Violence in the Health Sector: Portuguese Case Studies*. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudy-portugal.pdf

Osório, C., Rotenberg, L., Araújo, T. M., & Soares, R. (2011). O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In A. Á. Assunção, & J. Brito, *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego* (pp. 83-107). Rio de Janeiro: FioCruz.

Santos, M., & Almeida, A. (Janeiro/Fevereiro/Março de 2011). Ginástica Laboral: Uma opção terapêutica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, pp. 33-41.

Serranheira, F., Uva, A. S., & Leite, E. (2012). Capacitar os trabalhadores para a prevenção das LMELT: Contributos da abordagem participativa da Ergonomia. *Revista Saúde e Trabalho*, pp. 23-46.

ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: WORK ENGAGEMENT DOS ENFERMEIROS*

Alexandra Marques Pinto⁽¹⁾; Élvio Henriques de Jesus⁽²⁾;
Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes⁽³⁾; Inês Santos Estevinho Fronteira⁽⁴⁾



Resumo

Contexto: O *engagement* (envolvimento) com o trabalho pode definir-se como um estado cognitivo-afectivo positivo, persistente, relacionado com o trabalho e que se caracteriza por vigor, dedicação e absorção. Investigações têm demonstrado que as organizações com maiores níveis de *engagement* entre os seus colaboradores tendem a apresentar melhores resultados quantitativos e qualitativos, assim como melhor satisfação, saúde e bem-estar dos seus clientes e colaboradores. Não obstante, estudos de âmbito mais alargado, particularmente na enfermagem, são ainda requeridos.

Objetivo: Descrever a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos níveis de envolvimento com o trabalho e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais.

Material e métodos: Estudo quantitativo, observacional, transversal, analítico, envolvendo 2235 enfermeiros de unidades médico-cirúrgicas de adultos de 31 Hospitais portugueses. Os dados foram colhidos através da aplicação da *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* e de um questionário sociodemográfico e tratados com recurso à estatística descritiva e analítica.

Resultados: Os participantes apresentaram valores médios elevados de *engagement*, porém com níveis diferenciais entre regiões, hospitais e serviços. Uma clara diferenciação em relação à idade, à experiência profissional e ao sexo foi igualmente verificada. As enfermeiras apresentaram, de modo significativo ($p \leq 0,01$), maiores níveis de envolvimento com o trabalho, assim como os indivíduos dos grupos etários e de experiência profissional extremos.

Conclusão: Não obstante os níveis médios de *engagement* elevados, as diferenças verificadas entre as regiões, hospitais e serviços revelam a importância das condições organizacionais na explicação deste fenómeno. Por outro lado, a clara diferenciação dos níveis de *engagement* relacionados com a idade, a experiência profissional e o sexo, numa amostra maioritariamente feminina, e na qual os anos críticos para diminuição do *engagement* coincidem com as fases da vida onde poderão existir mais conflitos de desempenho de papéis familiares e profissionais, deverão merecer especial atenção por parte das diferentes entidades responsáveis pelos sistemas de prestação de cuidados de enfermagem e pelos líderes da profissão. Estudos longitudinais, de casos de sucesso/insucesso e em outros contextos de cuidados são recomendados.

Palavras-chave: *Work Engagement*, Enfermeiros, Serviços Médico-cirúrgicos, RN4Cast

Abstract

RN4CAST STUDY IN PORTUGAL: NURSES' WORK ENGAGEMENT.

Background: Work engagement may be defined as a persistent, positive, work-related affective-cognitive state of mind that is characterized by vigor, dedication and absorption. Studies have shown that the organizations with high levels of engagement among their employees usually have better quantitative and qualitative results, as well as higher levels of satisfaction, health and well-being of their clients and employees. Nevertheless, broader studies are still required, particularly in the nursing field.

Objective: To describe the perception of the nurses of adult medical-surgical services of Portuguese hospitals regarding the work engagement levels and their association with some socio-demographic and professional variables.

Material and Methods: A cross-sectional, analytical, observational, quantitative study was conducted with a sample of 2.235 nurses of adult medical-surgical services of 31 Portuguese Hospitals. Data were collected using the *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* and a socio-demographic questionnaire, and analyzed using analytical and descriptive statistics.

Results: The participants showed high mean levels of engagement; however, different levels were found between regions, hospitals and services. A clear difference in age, professional experience and gender was also observed. Female nurses showed significantly higher levels of work engagement ($p \leq 0.01$), as well as individuals at the extremes of the age groups and professional experience.

Conclusion: Despite the high mean levels of engagement, the differences observed between regions, hospitals and services reveal the importance of organizational conditions in explaining this phenomenon. On the other hand, given that this sample was mostly composed of females and that the critical years to decrease engagement coincide with the life stages in which there may be more conflicts regarding to the performance of familiar and professional roles, the clear differences in age, professional experience and gender regarding the levels of engagement should receive special attention from the various institutions providing nursing care and the leaders of the profession. Longitudinal studies on cases of success/failure and in other care settings should be developed.

Keywords: *Work Engagement*, Nurses, Medical-surgical Services, RN4Cast

Rececionado em novembro 2014. Aceite em janeiro 2015

* RN4CAST - *Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast) - Human Resources Management for Nursing in Europe, a study on the impact of nurse deployment on patient safety* (www.rm4cast.eu).

⁽¹⁾ Professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia da Universidade Nova de Lisboa. (ampinto@psicologia.ulisboa.pt)

⁽²⁾ Professor Auxiliar Convidado no ICS da Universidade Católica Portuguesa.

⁽³⁾ Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

⁽⁴⁾ Professora Auxiliar no IHMT da Universidade Nova de Lisboa.

ESTUDIO RN4CAST EN PORTUGAL: WORK ENGAGEMENT DE LOS ENFERMEROS.

Contexto: el *engagement* (implicación) en el trabajo puede definirse como un estado cognitivo-afectivo positivo, persistente, relacionado con el trabajo y que se caracteriza por el vigor, la dedicación y la absorción. Las investigaciones han demostrado que las organizaciones cuyos colaboradores tienen niveles más altos de *engagement* tienden a presentar mejores resultados cuantitativos y cualitativos, así como mejor satisfacción, salud y bienestar de sus clientes y colaboradores. Sin embargo, se requiere realizar estudios de ámbito más amplio, en concreto, en la enfermería.

Objetivo: describir la percepción de los enfermeros de servicios médico-quirúrgicos de los hospitales portugueses en relación a los niveles de implicación en el trabajo y su relación con algunas variables sociodemográficas y profesionales.

Material y métodos: estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico, que envuelve a 2.235 enfermeros de unidades médico-quirúrgicas de 31 hospitales portugueses. Los datos se recogieron a través de la aplicación de la *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* y de un cuestionario sociodemográfico, y se trataron con la estadística descriptiva y analítica.

Resultados: los participantes presentaron valores medios elevados de *engagement*, aunque con niveles diferenciales entre regiones, hospitales y servicios. Asimismo, se verificó una clara diferenciación en relación a la edad, a la experiencia profesional y al sexo. Las enfermeras presentaron, de modo significativo ($p \leq 0,01$), mayores niveles de implicación en el trabajo, así como los individuos de los grupos etarios y de experiencia profesional extremos.

Conclusión: sin embargo, los niveles medios de *engagement* elevados y las diferencias verificadas entre las regiones, los hospitales y los servicios muestran la importancia de las condiciones organizativas en la explicación de este fenómeno. Por otro lado, la clara diferenciación de los niveles de *engagement* relacionados con la edad, la experiencia profesional y el sexo, en una muestra, en su mayor parte, femenina, y en la cual los años críticos para la disminución del *engagement* coinciden con las fases de la vida donde pueden existir más conflictos de desempeño de papeles familiares y profesionales, debe merecer especial atención por parte de las diferentes entidades responsables de los sistemas de prestación de atención de enfermería y de los líderes de la profesión. Se recomienda realizar estudios longitudinales de casos de éxito/fracaso y en otros contextos de cuidados.

Palabras clave: *Work Engagement, Enfermeros, Servicios médico-quirúrgicos, RN4Cast*

INTRODUÇÃO

O *stress* profissional é considerado um problema crónico para os enfermeiros a nível mundial (Tummers, Janssen, Landeweerd & Houkes, 2001) e a investigação com este grupo de profissionais documenta consistentemente os impactos negativos que tais vivências de *stress* têm na sua saúde física e mental, como é o caso das doenças cardiovasculares, da síndrome do colon irritável (Lim, Bogossian, & Aheren, 2010) e da síndrome de *burnout* (Albadejo, Villanueva, & Ortega, 2004; Dias, Queirós, & Carlotto, 2010). Efectivamente, a enfermagem é uma profissão muito estudada na óptica do *stress* profissional e dos riscos para a saúde (Dias & Queiroz, 2011), em particular do risco de desenvolvimento de sintomas de exaustão emocional, de despersonalização / cinismo e de perda de realização / eficácia profissional, próprios de um quadro de *burnout* (Maslach, 1976; Maslach & Leiter, 1997). Contudo, muitos dos trabalhadores sujeitos a elevados níveis de *stress* não mani-

festam sintomatologia de *burnout* e pelo contrário mantêm um elevado *engagement* (envolvimento) com o trabalho (Maslach & Leiter, 1997).

O *engagement* tem sido caracterizado como um estado cognitivo-afectivo positivo, persistente, relacionado com o trabalho e caracterizado por vigor, dedicação e absorção. O vigor traduz-se em elevados níveis de energia e resistência mental, em desejo e capacidade de investir esforço no trabalho; a dedicação caracteriza-se por um sentido de relevância, entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio face ao trabalho; e a absorção corresponde a um estado em que a pessoa se concentra totalmente, perde a noção do tempo a passar e se deixa levar, feliz, no seu envolvimento com o trabalho (Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova, & Bakker, 2002a; Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma, & Bakker, 2002b).

Embora inicialmente *engagement* e *burnout* tenham sido conceptualizados como polos opostos de um mesmo contínuo, de tal forma que o vigor se oporia à exaustão, a dedicação se oporia ao ci-

nismo e a absorção à perda de eficácia profissional (Schaufeli *et al.*, 2002a e 2002b), a investigação mais recente tem mostrado que estas variáveis se correlacionam moderadamente pela negativa, mas se situam em duas dimensões distintas e se associam a determinantes também distintos. De um modo geral, os sintomas de *burnout* parecem decorrer da sobrecarga de exigências profissionais que caracterizam as profissões de elevado *stress* profissional como a enfermagem (e.g. sobrecarga emocional), ao passo que o *engagement* está mais dependente dos recursos de que o trabalhador dispõe, designadamente dos recursos do trabalho (e.g. autonomia no trabalho, *feedback* sobre o desempenho, suporte social) e organizacionais (e.g. padrão de relações de troca entre o enfermeiro e o hospital) (Chambel, 2012), mas também dos seus recursos pessoais (e.g. optimismo, competência emocional) (Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, & Rodríguez-Carvajal, 2011).

De acordo com estas perspectivas de conceptualização e estudo empírico do *burnout* e do *engagement*, a promoção do *engagement* com o trabalho parece constituir uma estratégia eficaz de prevenção do *burnout* (Maslach & Leiter, 1997; Maslach, 2011).

Para lá do seu papel como amortecedor do impacto do *stress* profissional nos sintomas de *burnout*, o *engagement* dos trabalhadores é um objectivo importante a atingir por si mesmo, uma vez que constitui uma variável motivacional fundamental. Os trabalhadores *engaged* caracterizam-se pela paixão que têm pelo seu trabalho e trabalham arduamente porque genuinamente o querem fazer, considerando o seu trabalho como gratificante e valioso (Schaufeli & Bakker, 2010; Schaufeli & Salanova, 2007).

Acresce que o *engagement* se relaciona com diversos resultados positivos, designadamente com maior satisfação com o trabalho, maior compromisso com a organização, menor absentismo e menor desejo de procurar outros trabalhos, maior capacidade para responder adequadamente às mudanças e maior proactividade, melhor desempenho, satisfação e lealdade por parte do cliente, e de um modo geral maior satisfação de vida e melhor saúde (Harter, Schmidt, & Hayes, 2002; Schaufeli

& Salanova, 2007; Van Beek, Hu, Schaufeli, Taris, & Schreurs, 2012).

O objectivo central das instituições de saúde consiste na prestação de cuidados, segura, centrada no utente, atempada, efectiva e eficiente, dependendo a concretização deste objectivo de múltiplas variáveis e processos, entre os quais o *engagement* dos seus trabalhadores. Os enfermeiros constituem o grupo mais numeroso de profissionais de saúde e a investigação tem mostrado que o seu *engagement* com o trabalho contribui amplamente para o sucesso das organizações de saúde, pelo impacto que tem nomeadamente no desempenho e produtividade destes profissionais (Chambel, 2012).

Em Portugal alguns estudos com amostras de enfermeiros, como é o caso de um estudo realizado por Dias & Queirós (2011) com 300 enfermeiros dos Serviços de Urgência e dos Cuidados Intensivos a trabalharem em instituições hospitalares do Porto ou o estudo de Chambel (2012) com 249 enfermeiros de uma grande instituição hospitalar de Lisboa, revelaram que os participantes apresentavam consistentemente níveis moderados de *engagement* (vigor, dedicação e absorção). No estudo de Chambel (2012) verificou-se ainda que os enfermeiros com elevado *engagement* eram fundamentais para a vida hospitalar uma vez que eram estes os que apresentavam um melhor desempenho (de acordo com a avaliação dos seus supervisores).

Os estudos no nosso país sobre *engagement* nos enfermeiros são contudo escassos e, como vimos, muito localizadas geograficamente e circunscritos a instituições hospitalares específicas. O presente trabalho pretende responder a esta lacuna e tem por objectivo estudar os níveis de *engagement* dos enfermeiros a nível nacional e em diferentes instituições de saúde. Ao fazê-lo seguimos as recomendações de Simpson (2009) para a área de estudos sobre a enfermagem e os seus profissionais, designadamente a necessidade de realizar mais investigação sobre o *engagement* com o trabalho e, assim, incentivar os decisores e líderes a desenvolverem políticas e práticas de promoção do *engagement* dos enfermeiros.

Face às mudanças constantes que se observam nas organizações de saúde e ao elevado potencial

para desenvolvimento de elevados níveis de *stress* na população de enfermeiros é efectivamente essencial encontrar formas de promover o *engagement* destes profissionais (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000). O *engagement* como agente de desenvolvimento do capital humano, elemento essencial para a saúde, bem-estar e desempenho dos trabalhadores constitui um elo positivo entre os resultados individuais e os resultados da organização, e conseqüentemente um factor fundamental para o sucesso organizacional, para que as organizações sobrevivam e prosperem num ambiente de grande instabilidade (Schaufeli & Salanova, 2007).

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada foi, no essencial, a definida pelo consórcio internacional RN4Cast (Sermeus, Aiken, Van den Heede, *et al.*, 2011).

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, analítico (Last, 2001), envolvendo enfermeiros e utentes dos hospitais gerais, do sector público, privado ou social, com financiamento público, com mais de 100 camas de internamento e um mínimo de quatro valências médicas e/ou cirúrgicas de adultos de Portugal continental e Regiões Autónomas.

Participaram 31 hospitais, independentemente da sua forma de agrupamento - Hospital, Centro Hospitalar ou integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS) -, de entre 38 organizações com critérios de inclusão (taxa de participação de 81,6%).

Foram seleccionados, aleatoriamente, 4 a 6 serviços médico-cirúrgicos de cada hospital conforme a sua dimensão (4 serviços, se número de camas inferior a 500; 5 serviços, se entre 500 e 1000; e 6 serviços, se número de camas superior a 1000). Todos os enfermeiros e enfermeiros especialistas dos serviços seleccionados foram convidados a participar no estudo através do preenchimento de um questionário.

Os dados foram recolhidos entre a última semana de Outubro de 2013 e a homóloga de Abril de 2014. Em cada serviço foi estabelecido o prazo de duas semanas para o preenchimento e devolução

dos questionários por parte dos enfermeiros.

A cada enfermeiro potencial participante foi entregue um questionário, um folheto informativo contendo, entre outros, o convite para participação voluntária, a menção de que o preenchimento do inquérito significava o seu consentimento informado e um envelope para devolução anónima e confidencial da informação. Após o preenchimento do questionário, cada enfermeiro recebeu indicação para o colocar, em envelope fechado, num recipiente para ser posteriormente remetido à Universidade Católica Portuguesa (UCP), local onde se procedeu à abertura do mesmo.

O instrumento de recolha de dados do RN-4CAST compreende um questionário de caracterização sociodemográfica e, entre outras, a *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES) de Schaufeli e Baker (2003), numa versão traduzida e adaptada para português de Portugal por Marques Pinto (2002). A UWES é uma escala composta por 17 itens pontuados numa escala de 0 (nunca) a 6 (sempre/todos os dias) e mede o envolvimento que as pessoas têm com o seu trabalho. Os trabalhos iniciais de construção e validação desta escala apontaram para um construto tridimensional (vigor, dedicação e absorção) podendo, contudo, também ser utilizado o seu *score* global. No estudo actual verificou-se elevada consistência interna para o conjunto de itens, com um valor de Alfa de *Cronbach* de 0,94, não se tendo confirmado a organização trifactorial original.

Os dados foram introduzidos numa base de dados criada no *software* IBM SPSS, V.20. Procedeu-se ao cálculo de medidas descritivas (contagens e frequências relativas) e medidas de tendência central e de dispersão de acordo com a escala de cada uma das variáveis.

A análise da relação entre *work engagement* e as variáveis sociodemográficas - licenciatura, título profissional, tipo de serviço, dimensão do hospital (número de camas), local de trabalho (região), *part-time*, grupo etário e experiência (antiguidade) profissional -, foi realizada através do teste de independência de *qui-quadrado*, mediante o agrupamento em três níveis: inferior a três, entre três e quatro e superior a quatro. Para verificar as diferenças entre sexos utilizou-se o teste t para amos-

tras independentes.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da UCP e autorizado pelos conselhos de administração dos hospitais participantes.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram no estudo 2235 enfermeiros, de entre 2905 que se encontravam ao serviço no período de recolha de dados nos 144 serviços seleccionados, representando uma taxa de participação de 76,9%.

A maior parte dos enfermeiros era, no mínimo, licenciada (98,2%), 19,3% possuíam uma especialidade em enfermagem, eram maioritariamente do sexo feminino (80,2%), trabalhavam em serviços de medicina (31,9%), de hospitais com mais de 500 camas, pertencentes à ARS Norte (39,6%) e um em cada quatro enfermeiros trabalhava em outros locais (*part-time*). Tinham em média 34,7 anos, exerciam a profissão há 11,6 anos e trabalhavam na organização onde responderam ao questionário há 9,8 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes

Variável	Nº	%	Média (D. Padrão)
Licenciatura em Enfermagem			
Sim	2 146	98,2	
Não	39	1,8	
Título Profissional:			
Enfermeiro	1 733	80,7	
Enfermeiro Especialista	414	19,3	
Sexo:			
Masculino	431	19,8	
Feminino	1 746	80,2	
Tipo de Serviço:			
Medicina	701	31,9	
Cirurgia	382	17,4	
Ortopedia	322	14,7	
Especialidades Médicas	359	16,3	
Especialidades Cirúrgicas	364	16,6	
Mistos	69	3,1	
Dimensão do hospital:			

Inf. a 500 camas	1 101	49,3	
Sup. ou igual a 500 Camas	1 134	50,7	
Local de Trabalho (Região):			
Norte	885	39,6	
Centro	288	12,9	
Lisboa e VT	632	28,3	
Sul	259	11,6	
Regiões Autónomas	171	7,7	
Trabalha em outros locais:			
Sim	542	24,9	
Não	1 631	75,1	
Idade (anos)			34,7 (8,1)
Antiguidade (anos):			
Na Profissão			11,6 (8,0)
No Hospital			9,8 (7,6)

Work Engagement

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados descritivos referentes aos itens da escala *work engagement* que, como referido, no presente estudo melhor reflectem este conceito na perspectiva unidimensional.

Os enfermeiros apresentaram níveis médios a elevados em todos os itens da escala. A pontuação média mais elevada verificou-se no item 2 “Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade” e a menor no item 8 “Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar”.

Tabela 2: Resultados descritivos relativos aos itens da escala *work engagement*

Work Engagement	Enunciado	Média	Desvio Padrão	Mín	Máx
Item 1	No meu trabalho sinto-me cheia(o) de energia	4,1	1,5	0	6
Item 2	Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade.	5,1	1,3	0	6
Item 3	O tempo passa a voar quando estou a trabalhar	4,7	1,5	0	6
Item 4	No meu trabalho sinto-me com força e energia.	4,1	1,5	0	6
Item 5	Estou entusiasmada(o) com o meu trabalho	3,6	1,7	0	6

Item 6	Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda	3,7	1,8	0	6
Item 7	O meu trabalho inspira-me	3,5	1,7	0	6
Item 8	Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar	3,1	1,9	0	6
Item 9	Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente	3,3	1,9	0	6
Item 10	Estou orgulhosa(o) do que faço neste trabalho	4,5	1,6	0	6
Item 11	Estou imersa(o) no meu trabalho	4,0	1,7	0	6
Item 12	Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos	3,5	1,8	0	6
Item 13	O meu trabalho é desafiante para mim	3,8	1,7	0	6
Item 14	“Deixo-me ir” quando estou a trabalhar	3,4	1,8	0	6
Item 15	Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho	4,2	1,5	0	6
Item 16	É-me difícil desligar-me do meu trabalho	3,4	1,9	0	6
Item 17	No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem	4,6	1,4	0	6
	Escala *	3,9	1,7	0	6

* Alfa de Cronbach 0,94; N=2235

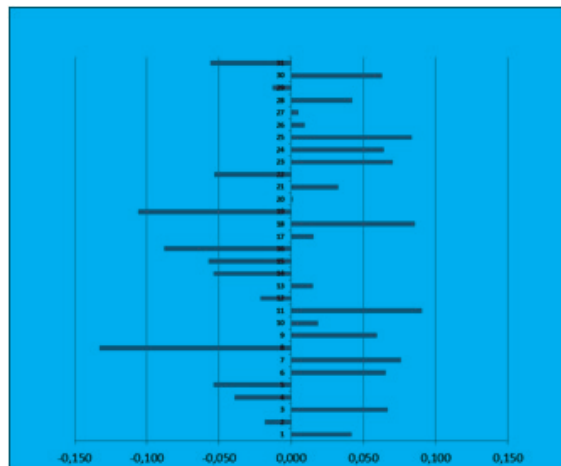
Quando analisados os *scores* médios de *work engagement* percebido pelos enfermeiros verificamos grande variabilidade em função do seu agrupamento por organização.

Para uma melhor representação desta variabilidade entre os participantes de cada hospital, recorremos a gráficos do tipo *fingerprint*, os quais, baseando-se na análise *ridit* (Sermeus & Delesie, 1996), permitem facilmente identificar as percepções mais negativas (mínimo -0,5) ou mais positivas (máximo 0,5) relativamente a um ponto de referência central (0,0), neste caso, correspondente aos valores da distribuição nacional.

Assim, procedendo à categorização dos valores de *work engagement* de cada participante, agrupados por organização, em três níveis - terço inferior, médio e superior -, e tendo como referência a distribuição das respostas a nível nacional (respetivamente 32,3%; 31,1% e 32,6%), verificamos

que os participantes das organizações que mais se desviaram negativamente da mesma são os pertencentes às organizações n.ºs 8, 19 e 16 e, no sentido positivo, as n.ºs 11, 18 e 25 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Desvios relativos à distribuição nacional dos níveis médios de *work engagement* dos enfermeiros por organização



Relação entre *work engagement* e variáveis demográficas e profissionais

No que diz respeito à relação entre o *work engagement* e as variáveis demográficas e profissionais não se verificou significância estatística relativamente a: licenciatura, título profissional, dimensão do hospital (número de camas) e trabalhar em *part-time*. Por outro lado, encontraram-se diferenças significativas no que diz respeito ao sexo, tipo de serviço, local de trabalho (região), grupo etário e experiência profissional (tabelas 3, 4, 5, 6 e 7).

Em relação ao sexo, realizado o teste t para amostras independentes, verificámos que as enfermeiras possuem em média maior envolvimento com o trabalho (média=3,98) do que os enfermeiros (média=3,70) e que esta diferença é estatisticamente muito significativa (Tabela 3).

Tabela 3: Relação entre a variável *sexo* e nível de *work engagement* *

Sexo	Média	Desvio Padrão
Masculino	3,7	1,22
Feminino	3,98	1,16

* p=0,00

Quanto ao **tipo de serviço**, foram os participantes que trabalham em serviços de ortopedia e cirurgia, os que referiram níveis significativamente mais elevados de *work engagement*, conforme po-

demos constatar na Tabela 4. Os menores níveis verificaram-se entre os participantes de serviços de medicina.

Tabela 4: Relação entre a variável tipo de serviço e níveis de *work engagement* *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Nível de Work Engagement (UWES)						Total	
		Inferior a 3		Entre 3 e 4		Superior a 4			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de Serviço	Medicina	162	23,3	201	29,0	331	47,7	694	100,00
	Cirurgia\	69	18,3	87	23,1	221	58,6	377	100,00
	Ortopedia	64	20,1	65	20,4	190	59,6	319	100,00
	Espec. Médicas	86	24,2	93	26,1	177	49,7	356	100,00
	Espec. Cirúrgicas	83	22,9	99	27,3	180	49,7	362	100,00
	Misto	13	18,8	18	26,1	38	55,1	69	100,00
Total		477	21,9	563	25,9	1137	52,2	2177	100,00

* p=0,01

No que concerne à variável **local de trabalho (região)**, os participantes da região centro apresentaram, significativamente, níveis mais elevados

de *work engagement* enquanto os menores níveis verificaram-se entre os participantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo (Tabela 5).

Tabela 5: Relação entre a variável local de trabalho (região) e níveis de *work engagement* *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Nível de Work Engagement (UWES)						Total	
		Inferior a 3		Entre 3 e 4		Superior a 4			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Local de Trabalho (Região)	Norte	185	21,0	220	25,0	476	54,0	881	100,00
	Centro	48	17,1	64	22,9	168	60,0	280	100,00
	Lisboa e V. T.	150	23,9	187	29,8	290	46,3	627	100,00
	Sul	57	22,4	57	22,4	141	55,3	255	100,00
	Reg. Autónomas	43	25,1	42	24,6	86	50,3	171	100,00
Total		483	21,8	570	25,7	1161	52,4	2214	100,00

* p=0,01

Em relação à **idade** (grupo etário), foram os participantes dos grupos extremos que apresentaram níveis significativamente mais elevados de *work*

engagement, conforme apresentado na Tabelas 6. O grupo etário com menores scores foi o correspondente à idade situada entre os 31 e os 35 anos.

Tabela 6: Relação entre grupo etário e níveis de *work engagement* *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Nível de <i>Work Engagement</i> (UWES)						Total	
		Inferior a 3		Entre 3 e 4		Superior a 4			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Idade	Inf. a 26 anos	13	12,7	18	17,6	71	69,6	102	100,00
	Entre 26 e 30 anos	149	19,7	213	28,1	395	52,2	757	100,00
	Entre 31 e 35 anos	136	27,3	138	27,7	225	45,1	499	100,00
	Entre 36 e 40 anos	76	25,2	76	25,2	149	49,5	301	100,00
	Entre 41 e 45 anos	46	22,2	54	26,1	107	51,7	207	100,00
	Entre 46 e 50 anos	26	16,7	29	18,6	101	64,7	156	100,00
	Sup. a 50 anos	21	18,1	14	12,1	81	69,8	116	100,00
Total		467	21,8	542	25,4	1129	52,8	2138	100,00

* p=0,01

De referir que a idade compreendida entre 26 e 45 anos (grupos etários com menor nível de *work engagement*) corresponde a 82,5% dos participantes.

No que diz respeito à **experiência** profissional (an-

tiguidade na profissão), foram igualmente os participantes dos grupos extremos que apresentaram níveis significativamente mais elevados de *work engagement*, conforme representado na Tabela 7.

Tabela 7: Relação entre experiência (antiguidade na profissão) e níveis de *work engagement* *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Nível de <i>Work Engagement</i> (UWES)						Total	
		Inferior a 3		Entre 3 e 4		Superior a 4			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Experiência (Ant. Prof.)	Inf. a 5 anos	51	13,6	95	25,3	230	61,2	376	100,00
	Entre 5 e 9 anos	179	24,3	205	27,8	354	48,0	738	100,00
	Entre 10 e 14 anos	98	27,8	102	28,9	153	43,3	353	100,00
	Entre 15 e 19 anos	68	23,9	73	25,6	144	50,5	285	100,00
	Entre 20 e 24 anos	46	22,1	41	19,7	121	58,2	208	100,00
	Sup. a 24 anos	26	15,2	29	17,0	116	67,8	171	100,00
Total		468	22,0	545	25,6	1118	52,5	2131	100,00

* p=0,01

Salientamos, no entanto, que os três grupos de antiguidade profissional em relação aos quais se verificaram menores níveis de *work engagement*

(entre 5 e 19 anos) correspondem a 64,6 % dos enfermeiros participantes no estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para, no geral, valores de *engagement* médios a elevados entre os participantes inquiridos. Estes resultados estão em linha com os de outros estudos realizados em Portugal, com amostras mais circunscritas de enfermeiros a trabalhar em instituições hospitalares de Lisboa (Chambel, 2012) ou do Porto (Dias & Queirós, 2011) e, de um modo geral, com os resultados referidos na literatura internacional sobre esta temática (Garrosa *et al.*, 2011). É de realçar que a vinculação à profissão parece estar bem estabelecida uma vez que o item “Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade”, um item que reflecte dedicação, foi o mais fortemente pontuado (Média=5,1). E, apesar de se verificar que existe alguma dificuldade ao encarar um novo dia de trabalho, podendo exprimir menos vigor, como nos mostra a pior avaliação no item 8 (Média=3,1), esta não se reflecte na apreciação do dia de trabalho pois itens como “O tempo passa a voar quando estou a trabalhar” (Média=4,7) ou “No meu trabalho sinto-me cheia(o) de energia” (Média=4,1) foram avaliados de forma francamente positiva. Os enfermeiros sobressaem, assim, como um grupo de profissionais que permanecem motivados e activamente envolvidos com a sua actividade profissional (Demerouti, 2000) apesar das condições de *stress* profissional crónico em que trabalham (Tummers *et al.*, 2001) e dos elevados níveis de exaustão emocional que apresentam (Jesus, Marques-Pinto, Fronteira & Mendes (2014).

Um segundo resultado que importa salientar refere-se às diferenças verificadas nos níveis de *engagement* dos enfermeiros em função das organizações de saúde a que pertenciam, das regiões em que estavam inseridas e ainda do tipo de serviço a que se encontravam vinculados.

As diferenças entre as organizações, sendo todas elas equiparáveis quanto ao objecto da sua missão, remetem para características de cultura organizacional, formas de organização de trabalho ou outras que as tornam distintas e únicas na sua forma de funcionamento. Sem esquecer o pa-

pel que as variáveis de natureza pessoal - como as características de personalidade - poderão ter na explicação dos níveis de *engagement* de diferentes profissionais (Garrosa *et al.*, 2011), estas diferenças significativas verificadas nos níveis médios de *engagement* dos enfermeiros consoante as suas organizações de pertença, apelam para a intervenção de variáveis de outra natureza. Nesse sentido, a literatura existente sobre as variáveis que poderão ser determinantes do *engagement* profissional aponta, maioritariamente, para o papel dos recursos de trabalho e organizacionais na explicação deste estado afetivo-cognitivo de elevada motivação e envolvimento com o trabalho (Chambel, 2012). Exemplos de variáveis desta natureza são os níveis de autonomia conferidos no trabalho, o feedback fornecido sobre o desempenho, o suporte social pelos colegas e chefias, ou o padrão de relações de troca entre o enfermeiro e o hospital (Chambel, 2012).

Por outro lado, verificaram-se igualmente diferenças significativas não só quanto às regiões administrativas em que essas organizações se inseriam como também, na comparação entre serviços. O ambiente de trabalho positivo tem sido apontado como um factor fundamental na diferenciação entre hospitais e serviços (Aiken, Clarke, Sloane, Lake e Cheney, 2008) e numerosos estudos têm mostrado como os considerados *Magnet hospitals* (hospitais ímanes) se diferenciam pela sua capacidade de atrair e reter profissionais de enfermagem (Lacey *et al.* 2007). Por sua vez, os serviços são os sítios onde os enfermeiros providenciam cuidados directos 24h por dia, constituindo um micro sistema dentro do próprio hospital. Embora o ambiente do serviço seja influenciado pelo ambiente geral do hospital a que pertence, cada serviço possui um diferente ambiente de trabalho e de prestação de cuidados relacionado com as necessidades dos doentes que aí são assistidos (Disch, 2006; Nelson *et al.*, 2002).

O estudo do valor preditivo deste tipo de variáveis na explicação da variabilidade dos níveis médios de *engagement* em diferentes organizações de saúde / serviços da amostra está para além do âmbito do presente trabalho, mas constituiu uma pista importante para estudos futuros, designada-

mente numa óptica de intervenção organizacional tendo em vista a promoção do *engagement* destes profissionais (Demerouti *et al.*, 2000).

Finalmente, importa considerar as diferenças significativas verificadas nos valores de *engagement* associadas a variáveis de natureza sociodemográfica e profissional como o sexo e, de forma muito correlacionada, a idade e o número de anos de experiência profissional.

No que refere às diferenças associadas ao sexo, as enfermeiras da amostra em estudo revelaram níveis de *engagement* superiores aos dos enfermeiros. O estudo das diferenças nos níveis de *engagement* em função do sexo tem sido de certa forma inconclusivo, não se detectando diferenças significativas em algumas investigações, ou pelo contrário surgindo diferenças claramente favoráveis aos homens em determinados grupos profissionais. Alguns autores consideram mesmo que em muitos ambientes profissionais (e.g. gestão, banca) é mais fácil aos homens experimentarem e demonstrarem o seu *engagement* com o trabalho (Banihani, Lewis, & Syed, 2013). Pelo contrário, na literatura sobre a enfermagem habitualmente predomina a ideia de que esta é sinónimo de feminilidade, correspondente a um papel culturalmente associado ao sexo feminino e consequentemente se associa a níveis de satisfação profissional e de bem-estar mais baixos nos enfermeiros do que nas enfermeiras (Fisher, 2011). Os valores médios de *engagement* significativamente mais elevados obtidos pelas enfermeiras no presente estudo podem justamente ilustrar esta perspectiva sobre a natureza da actividade profissional da enfermagem.

Finalmente os resultados do presente estudo evidenciaram também diferenças significativas, e no mesmo sentido, em função da idade e do número de anos de experiência profissional, de tal modo que foram os enfermeiros mais novos / menos experientes e os mais velhos / mais experientes aqueles que apresentaram níveis de *engagement* mais elevados, enquanto os pertencentes ao grupo etário entre os 31 e os 35 anos e com 10 a 14 anos de experiência profissional obtiveram os valores de *engagement* mais baixos.

Estas duas variáveis, idade e número de anos de experiência profissional, nos estudos com enfermeiros em Portugal, encontram-se fortemente associadas, uma vez que, ao invés do que se passa noutros países da União Europeia, neste país é ainda limitado o fenómeno de procura de formação inicial em enfermagem num momento mais avançado da vida. Assim, habitualmente, os ingressados nas escolas de enfermagem possuem uma média de idades correspondente à finalização do ensino secundário (18 anos) e a idade de ingresso na profissão em 2014 foi 24,6 anos, segundo a Ordem dos Enfermeiros. Assim, estas duas variáveis influenciando-se mutuamente, podem ser analisadas como mostrando uma curva em U, com melhores indicadores de *engagement* em idades mais jovens e no início da vida profissional, um decréscimo progressivo seguido de uma melhoria nos mais velhos e mais experientes. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Ferreira (2005) que envolveu uma amostra de 1321 profissionais de saúde. Se considerarmos que as pessoas se esforçam por manter ou aumentar a sua autoestima através de uma identidade social positiva (Tajfel & Turner, 1986), onde se inclui a ideia de pertença a um determinado grupo social/profissional, podemos interpretar estes resultados como reflectindo o período de enamoramento pela profissão (nos mais novos) e uma verdadeira vinculação à mesma, no caso dos mais velhos. Por outro lado, poderemos pensar que após o início da profissão, e entre os 26 e os 40 anos, ocorrem outros projectos desenvolvimentais em concorrência com a profissão, como por exemplo a parentalidade. Estas experiências de parentalidade poderão “competir” em disponibilidade e energia com um envolvimento mais intenso com o trabalho, e contribuir para a intensificação do conflito família-trabalho (Simunic & Gregov, 2012), em particular numa amostra maioritariamente de mulheres.

CONCLUSÃO

Apesar de se verificarem níveis médios elevados de *engagement* nesta amostra de enfermeiros, este estudo revela diferenças significativas entre

regiões, entre hospitais e entre serviços, mostrando a importância das condições organizacionais na explicação deste fenómeno. Por outro lado, os resultados chamam à atenção para uma clara diferenciação dos valores de *engagement* relacionados com a idade, a experiência profissional e o sexo.

Numa amostra maioritariamente feminina, os anos críticos para diminuição do *engagement* são coincidentes com as fases da vida onde poderão existir mais conflitos de desempenho de papéis: familiares e profissionais. Assim, uma especial atenção por parte das diferentes entidades responsáveis pelos sistemas de prestação de cuidados de enfermagem é requerida, sobretudo numa profissão em que são também estes os grupos com maior percentagem de profissionais. Aos decisores e líderes da profissão recomendam-se o desenvolvimento de políticas e práticas de promoção do *engagement* com o trabalho dos enfermeiros.

Não obstante algumas limitações do estudo, entre as quais a de uma investigação observacional transversal se tratar, face aos resultados encontrados e à escassez de estudos congêneres no nosso país, recomenda-se a realização de estudos longitudinais, de casos de sucesso/insucesso ou em outros contextos de cuidados.

Conflito de interesse

Neste estudo não se aplicam quaisquer condições de financiamento e não existem outros conflitos de interesse a declarar.

REFERÊNCIAS

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J. Nurs. Adm.* 38, 223–229.
- Albadejo, R., Villanueva, R., & Ortega, P. (2004). Síndrome de Burnout em el personal de enfermería de um hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-16.
- Banihani, M., Lewis, P., & Syed, J. (2013). Is work engagement gendered? *Gender in Management: An International Journal*, 28(7), 400 – 423
- Chambel, M. J. (2012). Explaining Nurses' Engagement and Performance with Social Exchange with Hospital. *Ciencia & Trabajo*, 14, 81-88.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Dias, S., & Queirós, C. (2011). Burnout e engagement em enfermeiros portugueses. In UNIESP. Saúde e qualidade de vida: Uma meta a atingir (pp. 300-308). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Dias, S., Queiros, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Disch, J., 2006. Clinical microsystems: the building blocks of patient safety. *Creat. Nurs.* 12 (3) 13–14.
- Ferreira, M. (2005). Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão, Tese de doutoramento, <http://hdl.handle.net/1822/4383>
- Fisher, M. (2011). Sex differences in gender characteristics of Australian nurses and male engineers: A comparative cross-sectional survey. *Contemporary Nurse*, 39(1), 36–50.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479–489.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-Unit-Level Relationship between Employee Satisfaction, Employee Engagement, and Business Outcomes: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- Jesus, E., Marques-Pinto, A., Fronteira, I., & Mendes, A. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: Percepção dos Enfermeiros sobre *Burnout*. *Revista Investigação em Enfermagem*, 47-59
- Lacey, S.R., Cox, K.S., Lorfing, K.C., Teasley, S.L., Carroll, C.A., & Sexton, K. (2007). Nursing support, workload, and intent to stay in Magnet, Magnet-aspiring, and non-Magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration* 37 (4), 199–205.
- Lim, J., Bogossian, F., & Aheren, K. (2010). Stress and coping in Singaporean nurses. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 251-258.
- Marques Pinto, A. (2002). Estudo de adaptação do *Utrecht Work Engagement Scale* numa amostra portuguesa. In APAV (2002). Relatório de avaliação técnica e científica do Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica prestado pela APAV em 2002. Lisboa: APAV
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44–47.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Nelson, E.C., Batalden, P.B., Mohr, J.J., Godfrey, M.M., Headrick, L.A., & Wasson, J.H. (2002). Microsystems in

health care: Part 1. Learning from highperforming front-line clinical units. *Joint Comm. J. Qual. Patient Saf.* 28 (9) 472–493.

Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2010). The conceptualization and measurement of work engagement. In A.B. Bakker & M.P. Leiter (Eds.), *Work engagement: A handbook of essential theory and research*. New York: Routledge.

Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. In S.W. Gilliland, D.D. Steiner, & D.P. Skarlicki (Eds.), *Research in social issues in management* (Vol. 5; pp. 135–177). Greenwich, CT: Information Age Publishers.

Schaufeli, W.B., Martinez, I.M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A.B. (2002a). Burnout and engagement in university students. A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464-481

Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Romá, V., & Bakker, A.B. (2002b). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.

Simpson, M. R. (2009) Engagement at work: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 46, 1012–1024.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., pp. 7–24). Chicago, IL: Nelson-Hall Publishers

Tummers, G. E. R., Janssen, P. P. M., Landeweerd, A. & Houkes, I. (2001). A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 151-162.

Van Beek, I., Hu, Q., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, B. H. J. (2012). For fun, love, or money: What drives workaholic, engaged, and burned-out employees at work? *Applied Psychology*, 61(1), 30–55.

QUE REFERENCIAIS TEÓRICOS SUPORTAM AS TESES DE DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM EM PORTUGAL? UMA ANÁLISE DAS TESES

Sónia Margarida Santos Coelho⁽¹⁾; Isabel Margarida Dias Monteiro Mendes⁽²⁾



Resumo

Problemática: A Enfermagem, como qualquer outra área do saber e de profissão, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, sendo o contributo da investigação essencial para o seu desenvolvimento. No âmbito do 3º ciclo de estudos, existem programas de Doutoramentos na área de enfermagem em Portugal desde 2001, iniciando-se no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto, e posteriormente, nas Universidade de Lisboa (UL) e Universidade Católica (ICS-UCP).

Métodos: Realizou-se uma investigação descritiva, de natureza bibliográfica, com abordagem quantitativa, pesquisando nos repositórios das três universidades acima mencionadas as Teses de doutoramento/doctoral theses de Enfermagem em 03 de abril de 2014 com o objectivo de saber quais as teorias/modelos/perspectivas teóricas de enfermagem mais utilizadas nas teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem em Portugal. Encontraram-se 114 registos de teses nos três repositórios institucionais, foram removidos os registos das teses de doutoramento de outras áreas do conhecimento e as inacessíveis. Ficaram para análise 89 teses que foram agrupadas de acordo com as teorias /modelos/perspectivas teóricas abordadas.

Resultados: A maioria das teses de doutoramento de enfermagem/ciências de enfermagem utilizou como referencial teórico alguma teoria/modelo da área de Enfermagem (44.94 %), 32 teses não se encontram vinculadas a teoria/modelo/perspectiva teórica específico. Outras disciplinas do conhecimento foram focadas nas teses como Psicologia; Educação; Filosofia; Direito; Sociologia. Vários referenciais teóricos foram mencionados nas teses, a teoria das transições de Afaf Meleis e seus colaboradores é a mais utilizada, seguindo-se a Filosofia do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

Palavras-chave: Doutoramento; Enfermagem; Teóricas de Enfermagem; Modelos; Teorias

Abstract

WHAT THEORETICAL FRAMEWORKS SUPPORT THE THESIS OF PHD IN NURSING IN PORTUGAL? AN ANALYSIS OF THE THESES.

Problematic: Nursing, as any other area of knowledge and profession, requires continuous renewal and production of your own body of knowledge, and the contribution of research essential for its development. Under the 3rd cycle of studies, there are PhD programs in nursing in Portugal, since 2001, beginning in the Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS) - University of Porto, and later in the University of Lisbon (UL) and University Catholic (ICS-UCP).

Methods: We performed a descriptive research, bibliographic nature with a quantitative approach, researching the repositories of the three universities mentioned above Thesis PhD / doctoral theses of Nursing April 3, 2014 in order to know which theories / models / theoretical perspectives used in most nursing doctoral theses in nursing / nursing sciences in Portugal. We found 114 records in theses three institutional repositories, records of doctoral theses from other areas of knowledge and inaccessible were removed. For analysis were 89 theses which were grouped according to the theories/models/theoretical perspectives discussed.

Results: The majority of doctoral theses in nursing / nursing sciences as a theoretical framework used some theory / model in Nursing (44.94%), 32 theses are not bound theory/model/specific theoretical perspective. Of disciplines have focused on theses as psychology; education; philosophy; law; sociology. Several theoretical frameworks form the theses mentioned, the theory of transitions Afaf Meleis and colleagues is the most used, followed by the Philosophy of Human Caring Jean Watson.

Keywords: PhD; Nursing; Theoretical Nursing; Models; Theories

Recebido em novembro 2014. Aceite em dezembro 2014

⁽¹⁾ Enfermeira no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego (Administração Regional de Saúde do Centro); Mestre em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutoranda em Enfermagem no Centro de Investigação Interdisciplinar do Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (Porto).

⁽²⁾ Enfermeira, Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora da área científica de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Resumen

¿QUÉ MARCOS TEÓRICOS APOYAN LA TESIS DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA EN PORTUGAL? UN ANÁLISIS DE LAS TESIS. **Problemática:** Enfermería, como cualquier otra área del conocimiento y profesión, requiere la renovación continua y la producción de su propio cuerpo de conocimientos, y la contribución de la investigación esencial para su desarrollo. En el marco del 3er ciclo de estudios, existen programas de doctorado en enfermería en Portugal desde 2001, comenzando en el Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) - Universidad de Oporto, y más tarde en la Universidad de Lisboa (UL) y de la Universidad Católica (ICS-UCP).

Métodos: Se realizó una investigación descriptiva, bibliográfica naturaleza con un enfoque cuantitativo, la investigación de los repositorios de las tres universidades mencionadas anteriormente Tesis de doctorado / tesis doctorales de Enfermería 03 de abril 2014 con el fin de saber qué teorías / modelos / perspectivas teóricas utilizadas en la mayoría de las tesis de doctorado en ciencias de la enfermería de enfermería / enfermería en Portugal. Hemos encontrado 114 registros en tres tesis repositorios institucionales, se eliminaron los registros de tesis doctorales de otras áreas del conocimiento y de difícil acceso. Para el análisis fueron 89 las tesis que se agruparon de acuerdo con las teorías/modelos/perspectivas teóricas discutidas. **Resultados:** La mayoría de las tesis de doctorado en ciencias de enfermería/ enfermería como un marco teórico utilizado alguna teoría/ modelo en Enfermería (44,94%), 32 tesis no están obligados teoría / modelo / perspectiva teórica específica. De disciplinas se han centrado en las tesis como psicología; educación; filosofía; derecho; sociología. Varios marcos teóricos forman las tesis mencionadas, la teoría de las transiciones Afaf Meleis y sus colegas es el más utilizado, seguido de la Filosofía del Cuidado Humano de Jean Watson.

Palabras clave: TPhD; Enfermería; Enfermería Teórico; Modelos; Teorías

INTRODUÇÃO

Em Portugal, existem doutoramentos na área de enfermagem desde 2001, nesse ano foi criado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto o doutoramento em ciências de enfermagem, três anos mais tarde, em 2004, iniciaram-se os doutoramentos em enfermagem na Universidade de Lisboa (UL) e na Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP). Os programas de doutoramento (em enfermagem/ ciências de enfermagem) das Universidades Portuguesas têm muito em comum (Basto, 2012).

Legalmente, um doutor deve ser capaz de, numa sociedade baseada no conhecimento, promover, em contexto académico e/ou profissional, o progresso tecnológico, social ou cultural (Artigo 28º alínea d) do Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março). Sem dúvida que o único caminho para a valorização da Enfermagem tem que passar pela investigação, Nunes (2003) reconhece que a enfermagem apenas pode evoluir se a investigação for realizada por enfermeiros e acerca dos cuidados de enfermagem prestados. A evolução da enfermagem depende da teoria em enfermagem, a disciplina académica está dependente da existência do conhecimento em enfermagem (Alligood e Tomey, 2004a). Com este trabalho pretende-se saber quais as teorias/modelos/perspectivas teóricas de enfermagem mais utilizadas nas teses de doutoramento em enfermagem, em Portugal.

FUNDAMENTAÇÃO

A construção de uma disciplina do conhecimento passa, obrigatoriamente, pela clarificação conceptual e teorização. Em enfermagem, essa teorização iniciou-se no século XIX com Florence Nightingale com a teorização acerca dos metaparadigmas – Saúde, Pessoa. Enfermagem e Ambiente; e a demonstração que os cuidados de enfermagem prestados poderiam interferir nas taxas de mortalidade e morbidade das pessoas. A partir dos meados do século XX, com a formação universitária em enfermagem, foram surgindo novas teóricas com perspectivas diversas do cuidar em enfermagem (Rosa e Basto, 2009).

A teoria de enfermagem dá significado ao conhecimento, de forma a melhorar a prática, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão fundamentadas na prática do profissional, com uma maior probabilidade de serem bem sucedidos. Dentro da enfermagem a teoria conduz à autonomia; orienta a prática, o ensino e a investigação (Alligood e Tomey, 2004). Os modelos e as teorias de enfermagem conferem uma perspectiva dos metaparadigmas da disciplina, geram saber sob a forma de orientação teórica para a investigação, conduzindo a novos instrumentos de investigação (Alligood, 2004). Os referenciais teóricos ou instrumentos metodológicos e tecnológicos próprios da área não são na sua essência Enfermagem. A

Enfermagem é que se cria usando o conhecimento desses mesmos referenciais e instrumentos (Garcia e Nóbrega, 2004). Um investigador não pode ignorar a construção da disciplina de enfermagem, as teorias em enfermagem que foram surgindo, pois para além de orientarem, justificam o corpo de conhecimentos específico da disciplina e profissão, auxiliam na formação de novo conhecimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Partindo do pressuposto que, em Portugal, os programas de doutoramentos em enfermagem/ciências de enfermagem apenas são leccionados em três Universidades (Universidade Católica Portuguesa, Universidade de Lisboa e Universidade do Porto), e no sentido de responder à questão de investigação colocada: “Quais as teorias/modelos/perspectivas teóricas de enfermagem mais utilizadas nas teses de doutoramento em enfermagem em Portugal?”, analisaram-se os repositórios abertos das universidades onde existem neste momento programas de doutoramentos (*Veritati* – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa; Repositório Aberto da Universidade do Porto; Repositório da Universidade de Lisboa). Realizou-se uma investigação descritiva, de natureza bibliográfica, com abordagem quantitativa. Pesquisaram-se todas as teses de doutoramento/*doctoral theses* de Enfermagem registadas nesses repositórios a 3 de abril de 2014. O objectivo deste trabalho de investigação foi saber quais as teorias/modelos/perspectivas teóricas de enfermagem mais utilizadas nas teses de doutoramento em enfermagem em Portugal.

No total, foram encontrados 114 registos de teses de doutoramento nos três repositórios, sendo que no da Universidade de Lisboa foram 31 registos; no da Universidade do Porto 52; e 31 registos no Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Foram analisadas as teses disponíveis, num total de 86, sendo que 26 teses de doutoramento estavam registadas na Universidade de Lisboa, 36 na Universidade do Porto, e 24 na Universidade Católica Portuguesa. É importante referir que dos iniciais 114 registos foram remo-

vidos 13 registos da listagem da Universidade do Porto por serem teses de doutoramento noutras áreas do conhecimento. Foram também excluídos 5 registos da Universidade de Lisboa, assim como, 7 da Universidade Católica por não se encontrarem disponíveis à data da pesquisa (Quadro 1). Restaram 89 teses para analisar, que foram agrupadas acordo com as teorias /modelos/perspectivas teóricas abordadas, resultando o quadro resumo 2. As teses que não seguiam no máximo três perceptivas teóricas em enfermagem, ou pela própria metodologia de investigação não tinha nenhum vínculo foram incluídas na categoria “Não vinculadas”.

Quadro 1: Resumo da análise das teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem nos repositórios

	Teses	Teses excluídas (outras disciplinas)	Teses excluídas (não acessíveis)	Total em análise
	n	n	n	n
Repositório UL	31	0	5	26
Repositório ICBAS	52	13	0	39
Repositório ICS – UCP	31	0	7	24
Total	114	13	12	89

RESULTADOS

Analisando o quadro 1, é no repositório do ICBAS que se encontram registadas mais teses de doutoramento em ciências de enfermagem (39 teses), comparativamente ao ICS-UCP e UL que têm 31 teses registadas. Das 89 teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem a analisar os dados foram agrupadas de acordo com as teorias/modelos/perspectivas teóricas abordadas. As teorias /modelos/perspectivas teóricas mais frequentes nas teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem em Portugal.

Sem dúvida que a maioria das teorias de suporte referenciadas nas teses de doutoramento são

da área do conhecimento da enfermagem. Cerca de 44.94 % (40 teses: 15 teses da UL, 15 do ICBAS, e 10 da ICS- UCP) utilizam como guia teórico alguma teoria/modelo/perspectiva teórica da área de Enfermagem; existem ainda 6 teses que alicerçam a sua investigação na disciplina da Enfermagem mais vão a outras disciplinas do conhecimento também, nomeadamente, a Filosofia (3.37% - 3 teses (2 da ICS-UCP e 1 UL)); Educação (2.25% - 2 teses da UL); Psicologia (2.25%-1 tese do ICS-UCP). Duas teses da UL centram-se na Enfermagem e Educação com a filosofia cuidado transpessoal de Jean Watson, a teoria de médio alcance da auto-transcendência (Palmela Reed) e em Rafael Bisquerra; outras 3 (2 da ICS- UCP e 1 da UL) centram-se na Enfermagem e na Filosofia, uma segue a linha do pensamento de Aristóteles, Kant, Ricour, Margarida Vieira e Lucília Nunes; as outras duas teses norteiam-se na filosofia do cuidado transpessoal de Jean Watson e no filósofo Jürgen Habermas. Um doutor em Enfermagem (ICS-UCP) orientou a sua investigação baseado na teoria de enfermagem das transições (Afaf Meleis), indo também buscar contributos à Psicologia ao modelo de resiliência, stresse e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin.

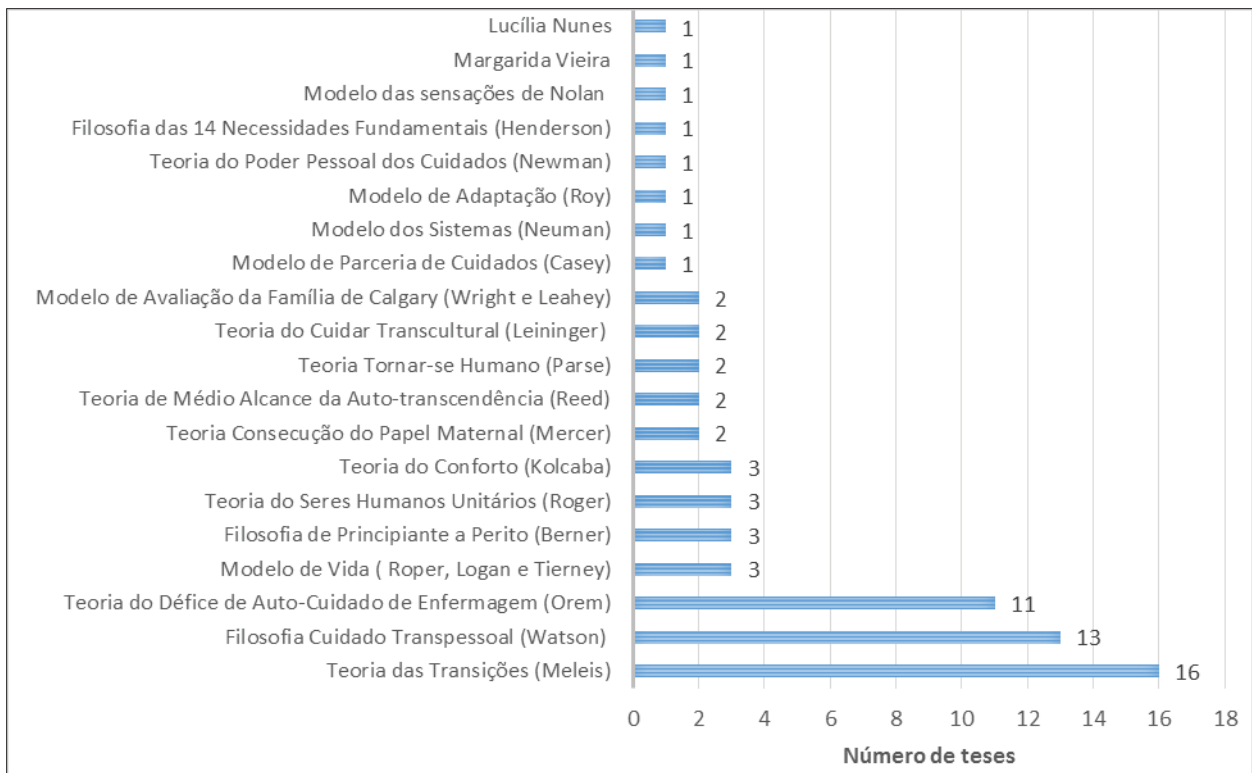
Três teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem baseiam-se em outras disciplinas do conhecimento, como: a Educação (1.12% - 1 tese); Filosofia (1.12% - 1 tese); Educação, Direito, Sociologia (1.12% - 1 tese). Oito investigadores tiveram como tinha de orientação nas suas teses (9%) a Psicologia. Seguindo-se à disciplina de Enfermagem, a Psicologia (com 2 teses na UL e 6 teses no ICBAS) foi a disciplina mais mencionada em 8 teses (9% das teses), tendo sido mencionados o paradigma sistémico da doença de Rolland; o modelo circunplexo do sistema familiar de Olson; a teoria do stress, (stress, avaliação e coping) desenvolvida por Lazarus e Folkman; o modelo dos estatutos de James Márcia; o modelo de McFarlane (modelo dos grupos psicoeducativos multifamiliares); a teoria ecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner; o *model of synactive organization of behavioral development*; autores como: William James, Edward L. Thorndike, John Dewey e Maxine Green

fundamentaram uma das teses. Uma tese do ICS-UCP usou a filosofia de cuidados em humanidade de Gineste e Marescotti, na área da Educação, outra tese de doutoramento da mesma instituição de ensino, alicerçou-se na Filosofia, nas perspectivas filosóficas de Thompson e John B. No ICBAS uma tese associou a Educação, o Direito e a Filosofia usando a teoria dos sete vectores de Arthur Chickering; a teoria de envolvimento de John Astin; o modelo do abandono académico de Vincent Tinto; o modelo institucional de Ernest Pascarella; e o modelo de socialização do estudante universitário de Weidman.

Foram consideradas 32 (35.96%) teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem (6 da UL, 16 do ICBAS e 10 do ICS-UCP) não vinculadas especificamente a uma teoria/modelo/perspectiva teórica.

Centrando-se apenas nas 46 teses (ver gráfico 1) que utilizam como guia orientador teorias de enfermagem, e eventualmente, outra disciplina do conhecimento, sem dúvida que Afaf Meleis e seus colaboradores são os mais mencionados na teoria das transições, em 16 teses, seguindo-se a filosofia do cuidado transpessoal de Jean Watson com referência a 13 teses. O modelo de vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney, a filosofia de Patricia Berner – De Principiante a Perito –, a teoria dos seres humanos unitários de Martha Rogers e a teoria do conforto de Katharine Kolcaba foram referenciadas em 3 teses de doutoramento como orientadoras da investigação. Houve duas teses de doutoramento a referir cada uma das seguintes teorias/modelo: teoria consecução do papel maternal (Ramona Mercer); teoria de médio alcance da auto-transcendência (Palmela Reed); teoria tornar-se humano (Rosemarie Parse); teoria do cuidar transcultural (Madeleine Leininger); modelo de avaliação da família de Calgary (Lorraine Wright e Maureen Leahey). Cada um dos seguintes referenciais teóricos foram referenciados em uma tese de doutoramento: modelo de parceria de cuidados (Anne Casey); modelo dos sistemas (Betty Neuman); modelo de adaptação (irmã Callista Roy); teoria do poder pessoal dos cuidados (Margaret Newman); filosofia de enfermagem e as 14 necessidades fundamentais (Virgí-

Gráfico 1: Frequências das perspetivas teóricas/modelos/teorias de enfermagem presentes nas teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem analisadas



nia Henderson); modelo das sensações de Nolan; perspectivas teóricas de Margarida Vieira e Lucília Nunes.

O ICS-UCP, no seu repositório possui um maior número de teses (num total de 11 teses, comparativamente a 8 do ICBAS e 2 da UL) cujo investigador definiu como principal linha do pensamento outra disciplina do conhecimento que não a enfermagem.

DISCUSSÃO

A teoria de enfermagem representa o conhecimento mais sistematizado sobre a enfermagem, sendo esta fundamental para a disciplina e profissão (Alligod e Tomey, 2004). A valorização dentro do grupo profissional de enfermagem dos trabalhos teóricos de enfermagem (filosofias, modelos conceptuais e teorias de enfermagem), que representam ideias mais extensas e mais sis-

temáticas acerca da enfermagem, investindo no desenvolvimento do conhecimento acerca desses trabalhos teóricos contribuem para que estatuto da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento aumente.

O facto de ser no repositório do ICBAS que se encontram registadas mais teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem, é facilmente justificável, uma vez que, esta foi a instituição pioneira a abrir o curso de doutoramento em ciências de enfermagem, três anos antes das Universidade Católica Portuguesa e da Universidade de Lisboa que criaram o curso apenas em 2004. Também, parece óbvio, que se os investigadores estão a desenvolver teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem, a maioria das teses analisadas tenham o seu referencial teórico no âmbito da disciplina de enfermagem cerca de 44.94 % (40 teses: 15 teses da UL, 15 do ICBAS, e 10 do ICS- UCP) ou a enfermagem ancorada a outra disciplina do conhecimento (Filosofia

(3.37% - 3 teses); Educação (2.25% - 2 teses da UL); Psicologia (2.25% - 1 tese do ICS-UCP)). O conhecimento específico da enfermagem é construído com a ajuda das teorias de enfermagem, a tríade teoria, investigação e prática é imprescindível para o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina (Tomey e Alligood, 2004a; Bond, 2011).

Existem referenciais teóricos de outras disciplinas do conhecimento presentes nas teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem como: Educação (1.12% - 1 teses); Filosofia (1.12% - 1 teses); Educação, Direito, Sociologia (1.12% - 1 teses); Psicologia (9% - 8 teses). Não nos podemos esquecer que antes de existir um corpo teórico específico da disciplina de enfermagem, que se iniciou nos anos sessenta do século passado, a enfermagem foi buscar contributos a outras disciplinas. As primeiras teóricas basearam-se em conhecimentos das disciplinas da educação, filosofia, sociologia, antropologia. Mesmo assumindo essa contribuição dada à enfermagem por outras disciplinas do conhecimento, Bond *et al.* (2011) consideram existir alguma falha nos enfermeiros investigadores para estes não usarem os referenciais teóricos ou usarem os referenciais de uma teoria que não de enfermagem. Bastos (2012) defende que o conhecimento desenvolvido através da investigação é pertença de todas as áreas saber e, considerando as diferenças culturais, também é de interesse mundial. Portanto, a contribuição de outras disciplinas o saber nas teses de enfermagem não está de todo errada, no entanto, pode ser um factor que demonstra a importância que cada investigador dá às teorias de enfermagem.

A literatura acerca das filosofias, modelos e teorias de enfermagem proliferou nas últimas décadas, expandiu-se o conhecimento acerca das teorias, surgindo a capacidade de desenvolver conhecimento de enfermagem partindo dessas filosofias, modelos ou teorias (Alligood e Tomey, 2004). Quando se produz investigação no âmbito da enfermagem pressupõe-se o desenvolvimento e construção da disciplina.

Verificou-se que nas teses que utilizaram como guia orientador teorias de enfermagem, e eventualmente outra disciplina do conhecimento, a

teórica mais mencionada foi Afaf Meleis com a sua teoria de médio alcance (Teoria das transições) em 16 teses. Queirós (2012) considera que as grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias práticas debruçam-se sobre a criação e desenvolvimento de conhecimento (pensamento crítico) mais concreto, prático, transferível para o contexto clínico, sustentando a prática profissional, mas que também permite o engrandecimento disciplinar. A maior transferibilidade do conhecimento teórico para a prática pode ser uma das razões do seu uso. A segunda teórica mais referida é Jean Watson com a sua filosofia do cuidado transpessoal em 13 teses. A versatilidade desta filosofia, que foca os aspectos científicos da profissão de enfermagem, a missão social com a humanidade, a perspectiva humanista, ética, moral e espiritual, justifica a transcendência do corpo físico tanto da pessoa cuidada como de quem cuida. A visão desta autora do ser humano pode ser facilitadora na investigação, pois o homem é entendido como um ser multidimensional: corpo-mente-alma; sistémico; psicológico: emocional e racional; quântico: intelectual, mental e físico; total; cuidado; intersubjectivo: psicoemocional, espiritual, sensível e comunicativo – Transpessoal. (Nunes, Silva, Oliveira e Oliveira, 2010).

Foram referidos em menor número outros referenciais teóricos como: modelo de vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney; filosofia de Patrícia Berner - de principiante a perito; teoria dos seres humanos unitários de Martha Rogers; teoria do conforto de Katharine Kolcaba; teoria da consecução do papel maternal (Ramona Mercer); teoria de médio alcance da auto-transcendência (Palmela Reed); teoria tornar-se humano (Rosemarie Parse); teoria do cuidar transcultural (Madeleine Leininger); modelo de avaliação da família de Calgary (Lorraine Wright e Maureen Leahey); modelo de parceria de cuidados (Anne Casey); modelo dos sistemas (Betty Neuman); modelo de adaptação (irmã Callista Roy); teoria do poder pessoal dos cuidados (Margaret Newman); filosofia de enfermagem e as 14 necessidades fundamentais (Virgínia Henderson); modelo das sensações de Nolan; perspectivas teóricas de Margarida Vieira e Lucília Nunes. As teorias de enfermagem

que primeiramente surgiram têm tentado construir o conhecimento próprio da disciplina inicialmente em torno dos metaparadigmas de enfermagem que em muito ajudaram na construção de uma linguagem própria da enfermagem. Outras teorias foram também surgindo que abarcam, para além dos metaparadigmas outros conceitos fulcrais do cuidado em enfermagem como o conforto, esperança, espiritualidade, reciprocidade... (Garcia e Nóbrega, 2004). Não existem teorias melhores que outras, existem referenciais que se enquadram melhor em determinados desenhos de investigação, com determinados objectivos.

O ICS-UCP, no seu repositório, possui um maior número de teses (num total de 11 teses, comparativamente a 8 do ICBAS e 2 da UL) cujo investigador definiu como principal linha do pensamento outra disciplina do conhecimento que não a enfermagem. Num próximo trabalho será interessante cruzar estes dados com a área de formação dos orientadores e co-orientadores das teses, uma vez que a co-orientação é possível ser realizada por especialistas de outra disciplina do conhecimento que não enfermagem.

Na investigação qualitativa, o objectivo pode ser mesmo elaborar uma teoria, mais do que verificá-la, por isso a razão de muitas das teses excluídas não se centrarem numa teoria de enfermagem. A utilização da metodologia histórica também pode não obrigar a abordagem de uma perspectiva de algum modelo ou teoria de enfermagem. A metodologia utilizada na investigação pode ajudar a justificar a percentagem (32 teses (35.96%)) de teses não vinculadas a nenhum referencial teórico, associado a um critério do autor (focarem mais de três teorias de enfermagem), ou simplesmente, os investigadores das teses não referem explicitamente o referencial teórico subjacente. Num estudo bibliométrico realizado por Baggio *et al.* (2014) 26 teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem em Portugal, o que corresponde a 63,4% não referiam no resumo ou não utilizavam referencial teórico. A percentagem neste estudo é mais baixa devido ao tamanho da amostra ser maior e a análise não se centrou apenas nos resumos, e também se espera que os investigadores tenham percebido a importância dos referenciais

teóricos no desenvolvimento da disciplina.

Relativamente às limitações do estudo pode ser o facto de inicialmente, se ter idealizado, apenas analisar os resumos para descobrir a linha teórica orientadora da tese, mas as diferentes formas de redação dos resumos, pois é possível que não haja orientações claras e gerais da forma que estes são redigidos, e também a importância que cada autor dá a esse facto limitou esta análise, obrigando em algumas situações a uma análise mais abrangente. Sabe-se que os repositórios não estão a ser rigorosos com o número de teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem defendidas, pois existem algumas que embora tenham sido defendidas não se encontram registadas no repositório. Para além disso, a inacessibilidade a alguns dos documentos é também uma limitação a referenciar.

A era da teoria da enfermagem iniciou-se nos anos sessenta, esta foi a viragem de paradigma da enfermagem baseada em outras disciplinas para que a enfermagem se baseada na sua própria arte e saber construído. Meleis (2007) considera que o progresso na teoria de enfermagem é fulcral para a evolução erudita da disciplina de enfermagem.

CONCLUSÃO

Analisados os repositórios da Universidade de Lisboa, da Universidade do Porto – ICBAS e Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa, foram encontrados 114 registos de teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem. Após exclusão das teses que não pertenciam à disciplina do conhecimento da enfermagem e as que estão inacessíveis foram analisadas 89 teses agrupadas de acordo com as teorias/modelos/perspectivas teóricas que utilizaram como suporte teórico na investigação realizada.

Conclui-se que é o repositório do ICBAS o possuidor de o maior número de teses de doutoramento em ciências de enfermagem. A maioria das teses de doutoramento de enfermagem/ciências de enfermagem utiliza como referencial teórico alguma teoria/modelo da área de Enfermagem (44.94 % das teses), outras buscam guia teórico concomi-

tantemente a outras disciplinas como: Filosofia; Educação; Psicologia. Foram consideradas 32 teses de doutoramento em enfermagem/ciências de enfermagem não vinculadas especificamente a uma teoria/modelo/perspectiva teórica. Seguindo-se à enfermagem as outras disciplinas do conhecimento mais focadas foram a Psicologia; Educação; Filosofia; Direito; Sociologia.

Em resposta à questão colocada, sem dúvida que, a teoria das transições de Afaf Meleis e seus colaboradores é a mais utilizada, tendo sido mencionada em 16 teses, seguindo-se a filosofia do cuidado transpessoal de Jean Watson. O reconhecimento de uma profissão e o desenvolvimento de uma disciplina do conhecimento faz-se muito pelo investimento na investigação. A afirmação perante a academia do corpo de conhecimento da disciplina de enfermagem deve ser feita com base em conhecimento produzido a partir da enfermagem. Não nos podemos esquecer dos contributos que outras disciplinas tiveram na enfermagem, mas chega a hora de valorizar os teóricos que a enfermagem tem, só assim será o caminho do crescimento disciplinar e profissional.

BIBLIOGRAFIA

- ALLIGOOD, Martha Raile – **O estado da arte e ciência da teoria de enfermagem**. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. Cap. 34
- BAGGIO, Maria Aparecida [et al.] – **Produções de teses e dissertações da Enfermagem em Portugal de 2000-2010: Estudo Bibliométrico**. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. ISSN 0104-0707 Volume 23, Nº 2 (2014), p.250-260.
- BASTO, Marta Lima – **Qual o objectivo de Estudo das teses de Doutoramento em Enfermagem nas Universidades Portuguesas? Uma Análise dos Resumos**. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904 Volume16, Nº1 (2012), p. 2-25.
- BOND, A. Elaine [et al.] – **Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles**. *Scandinavian Journal of Caring* ISSN1471-6712. Volume 25, Nº2 (2011), p. 404-449.
- DECRETO-LEI n.º 74/2006. D.R. I Série. 60 (2006-03-24) 2242-2257.
- GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima – **Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área**. *Revista Brasileira Enfermagem*. ISSN 1984-0446. Volume 57, Nº2 (2004), p. 228-232.

MELLEIS, Afaf I. – **Theoretical nursing: development and progress**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 2007. ISBN 0781-7367-30

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo [et al.] – **Refletindo o 'Transpessoal' humano – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser**. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283 Série III, Nº2 (2010), p. 173-180.

NUNES, Lucília – **Um Olhar sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência. 2003. ISBN 9728-3833-04

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – **Teoria da enfermagem, precisa-se**. *Revista investigação em enfermagem*. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº25 (2012). p 5-8.

ROSA, Joaquim Coelho; BASTO, Marta Lima – **Necessidade e Necessidades – Revisitando o seu uso em Enfermagem**. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904 Volume13, Nº1 (2009), p. 13-23.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise**. In: *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. Cap.1

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - **Significado da Teoria para a Enfermagem, enquanto Disciplina e Profissão**. In: *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004a. ISBN 972-8383-74-6. Cap.2

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE CONDUTAS DE MOBBING (EACM)

Ana Lúcia da Silva João⁽¹⁾



Resumo O mobbing é caracterizado pela repetição, durante um longo período de tempo, de comportamentos hostis e condutas desprovidas de ética, desenvolvidas por um superior ou colega de trabalho, contra outros trabalhadores. No presente artigo de investigação é apresentada uma Escala que permite a Avaliação de Condutas de Mobbing no local de trabalho (EACM). Este instrumento foi construído com o intuito de avaliar a presença, frequência e intensidade, bem como os tipos de agressão que poderão ocorrer em contexto laboral. A amostra era constituída por 310 pessoas que exerciam funções a nível laboral em Portugal. No tratamento estatístico utilizou-se o programa SPSS 17. Foi efectuada a análise factorial e obtidos 6 factores que explicam 56,85% da variância total. A nomenclatura atribuída a cada dimensão da escala EACM, tendo em conta o referencial teórico foi designada por: bloqueio à comunicação e ao progresso; isolamento e humilhação laboral; difamação pessoal; intimidação e agressão física; sobrecarga e desprestígio laboral, manipulação profissional. Em todas as dimensões obtidas através da análise factorial foram encontrados valores de alfa de Cronbach aceitáveis à realização do estudo.

Palavras-chave: Agressão psicológica, Maltrato laboral, Relações laborais.

Abstract *VALIDATION STUDY OF ASSESSMENT OF MOBBING CONDUCT SCALE (EACM). The mobbing is characterized by the repetition, during a long period of time, of hostile behaviors and conducts without ethics, developed by a superior or colleague of work, against other workers. This article presents a Scale that allows the Evaluation of Mobbing Conducts in the place of work (EACM). This instrument was built by the intention of valuing the presence, frequency and intensity, as well as the types of aggression that may occur in the workplace. The sample was constituted by 310 persons who were practicing functions at work in Portugal. In the statistical analysis we used SPSS 17. The factor analysis obtained six factors explaining 56.85% of the total variance. The nomenclature assigned to each dimension of scale EACM, taking into account the theoretical reference, was called: blocking communication and progress; labor isolation and humiliation; personal vilification, intimidation and physical aggression; labor overload and discredit, professional manipulation. In all the dimensions obtained through the factor analysis were found Cronbach alpha values acceptable to the study.*

Keywords: Psychological Aggression, Labour Maltreatment, Workplace Relations

Resumen *ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE CONDUCTAS DE MOBBING (EACM). El mobbing se caracteriza por la repetición, durante un largo período de tiempo, de comportamientos hostiles y conductas carentes de ética, desarrolladas por un superior o compañero de trabajo hacia otros trabajadores. En este artículo de investigación se presenta una Escala que permite la evaluación de Conductas de Mobbing en el trabajo (EACM). Este instrumento fue construído con el objetivo de evaluar la presencia, la frecuencia y la intensidad, así como los tipos de agresión que pueden ocurrir en el contexto de trabajo. La muestra total se compone de 310 personas que trabajan en Portugal. En el tratamiento de los datos estadísticos se utilizó el SPSS 17. Fue realizado el análisis factorial y se encontró 6 factores que explican 56,85% de la varianza total. A cada dimensión, se le asignó una nomenclatura basada en el marco teórico: bloqueo a la comunicación y al progreso; aislamiento y humillación laboral; difamación personal; intimidación y agresión física; sobrecarga y desprestigio personal; y manipulación profesional. En todas las dimensiones obtenidas mediante análisis factorial se verificou valores de alfa de Cronbach aceptables a la realización del estudio.*

Palabras clave: Agresión psicológica, Maltrato laboral, Relaciones laborales

Rececionado em outubro 2014. Aceite em dezembro 2014

⁽¹⁾ Enfermeira. Hospital Distrital de Santarém – Serviço de Cirurgia Geral

INTRODUÇÃO

Numa sociedade, cada vez mais competitiva a nível laboral, devido ao aumento crescente de desempregados, é cada vez mais, esquecido o respeito e a dignidade pelo outro.

Inclusivamente, as taxas de desemprego que assolam praticamente a maioria dos países, refletem a instabilidade económica atual. Essa competição existente a nível social torna as pessoas cada vez mais inseguras, quanto à sua estabilidade laboral. Tudo se agrava quando, em consonância com estes fatores, existe a busca desenfreada pelo poder, o que por vezes, torna o ambiente de trabalho, um local de conflitos e violência.

O *mobbing* é uma realidade presente em muitas profissões, que é expressa de acordo com Leymann (1990) pela degradação das condições de trabalho através do estabelecimento de comunicações não éticas, que se caracterizam pela repetição, durante um longo período de tempo, de um comportamento hostil que um superior ou colegas desenvolvem contra um indivíduo que apresenta como reação um quadro de miséria física, psicológica e social duradoura.

Foi Leymann, um médico e investigador alemão, quem realizou o primeiro estudo sobre este fenómeno na década de 80 do século XX. Ele para além de ter criado o conceito e ter efectuado um dos primeiros estudos clínicos e epidemiológicos, teve como contribuição ainda mais importante, a descrição operacionalizada de 45 condutas de *mobbing*. A lista destas condutas em forma de pergunta denomina-se de LIPT (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*) e tem sido utilizada em muitos países como escala, em muitas investigações sobre esta temática.

Mais tarde, Rivera e Abuín (2003) verificaram a existência de outros tipos de agressões bastante frequentes que não se encontravam descritos na LIPT. Assim, no ano de 2003, eles modificaram a mesma escala, acrescentando-lhe mais 15 condutas de agressão, sendo esta nova escala designada por LIPT-60.

No ano seguinte Piñuel e Fidalgo (2004) publicaram um estudo sobre o *mobbing*/assédio moral efectuado em 1303 trabalhadores de vários secto-

res de actividade. Eles utilizaram um questionário com 43 itens construído por Piñuel denominado CISNEROS (Cuestionario Individual Sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales). Este instrumento serve para averiguar, de maneira periódica, o estado e os índices de violência no ambiente de trabalho.

Tendo por base as diferentes escalas de avaliação do *mobbing* e os estudos efetuados construiu-se uma nova escala, a EACM (Escala de Avaliação de Condutas de *Mobbing*). A mesma foi aplicada a diferentes contextos laborais, no sentido de avaliar o mesmo fenómeno em distintas profissões.

O presente trabalho de investigação tem como objectivo, estudar as características psicométricas do instrumento de avaliação (EACM- Escala de Avaliação de Condutas de *Mobbing*) e conhecer as dimensões formadas pelas mesmas condutas.

METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO - EACM

Procedimento

A construção da escala EACM foi procedida de realização de revisão bibliográfica sobre o assédio moral e relações interpessoais no trabalho, bem como de vários estudos efetuados sobre a mesma temática em profissionais de enfermagem e em professores universitários.

Na formulação dos itens da escala EACM foram tidos como base os estudos realizados com outras escalas de avaliação de condutas de *mobbing*, nomeadamente a escala LIPT-60 (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*) de Rivera e Abuín e a CISNEROS (Cuestionario Individual Sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) de Piñuel.

Para um rastreio prévio da validade de conteúdo dos itens, a escala foi submetida à apreciação de seis peritos na área, o que permitiu a sua reformulação.

Descrição do Instrumento

A escala é constituída por 55 itens que referenciam as condutas de agressão que uma pessoa po-

derá vivenciar no seu local de trabalho.

No texto introdutório do instrumento EACM é efetuada a sua explicação, na qual se encontra referido o seguinte:

“Vai encontrar uma lista com diferentes situações ou condutas de *mobbing*, que poderá estar a sofrer no local principal de trabalho. Referindo-se especificamente a esse local de trabalho, assinale com uma cruz de acordo com a legenda...”.

Cada item da escala é apresentado sob a forma de autorrelato, sendo a sua estrutura tipo *lickert* com sete níveis de resposta que variam de 0 a 6. Sendo que 0 corresponde a nunca; 1, a “algumas vezes por ano”; 2, a “uma vez por mês”; 3, a “algumas vezes por mês”, 4, a “uma vez por semana”, 5, a “algumas vezes por semana”; e 6, a “todos os dias”.

População e Amostra

O questionário encontrava-se disponível na internet e destinava-se a todas as pessoas que exercessem pelo menos uma atividade a nível laboral.

A amostra total é constituída por 310 pessoas que exerciam funções a nível laboral em Portugal e que responderam ao questionário colocado via internet de 10 de Janeiro a 10 de Maio de 2010.

Dos 310 sujeitos que fazem parte da amostra, 60,32% são do género feminino e 39,68% do género masculino. As suas idades oscilaram entre os 20 e os 62 anos, com uma média de 35,81 anos e um desvio padrão de 8,93.

Mais de metade dos profissionais são casados ou vivem em união de facto (57,42%), sendo que apenas 35,16% são solteiros e 7,42% divorciados. Ao nível de habilitações académicas, a maioria possui a licenciatura (50,65%), a percentagem dos que possuem mestrado (17,42%) e o ensino secundário (17,10%) é bastante inferior.

Em relação à área/sector no qual exercem funções verificou-se que os trabalhadores desempenham funções predominantemente na área/sector da saúde (21,29%), educação (18,39%) e serviço social (12,26%), tal como poder-se-á ver na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo a área/sector profissional

Sector/Área de Atividade	N	%
Saúde	66	21,29
Educação	57	18,39
Serviço social	38	12,26
Atividades administrativas	26	8,39
Segurança pública	21	6,77
Engenharia	18	5,81
Comércio	17	5,48
Economia	12	3,87
Direito	8	2,58
Transportes	8	2,58
Informática	6	1,94
Construção civil	5	1,61
Outra	28	9,03
Total	310	100,00

No que concerne à distribuição geográfica da amostra, a maioria dos sujeitos exerce funções no distrito de Lisboa (29,45%), Leiria (11,00%) e Porto (10,03%).

O tempo de serviço variou de 1 mês a 40 anos, sendo a média de anos no serviço de 9,19 anos (DP=8,29).

O regime laboral mais praticado é o fixo (64,84%) e logo de seguida o por turnos (17,10%), sendo que em média cada profissional trabalha 36,95 horas por semana (DP=11,20).

Estes profissionais possuem essencialmente um vínculo laboral estável (68,71%), ou seja 55,48% dos trabalhadores possuem contrato de trabalho em funções públicas e 13,23% contrato individual de trabalho sem termo.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Validade de Conteúdo da EACM

O estudo das características Psicométricas da escala EACM foi realizado com a amostra total que respondeu ao questionário, ou seja 310 sujeitos.

A validade da prossecução da aplicação de uma análise fatorial foi efetuada através da avaliação

do KMO (Kaiser-Meyer-Olkin *Measure of Sampling Adequacy*) e do teste de esfericidade, de Bartlett. De acordo com Marôco (2010) é uma medida de homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis.

O valor de KMO encontrado foi de 0,910, o que segundo Marôco (2010), é considerado excelente.

O teste de Bartlett apresenta um valor de $\chi^2(1485)=12233,894$ e com significância estatística ($p<0,001$), o que significa que as variáveis se encontram correlacionadas significativamente (tabela 2).

Deste modo, e mediante o que foi referido anteriormente, poder-se-á afirmar que com a amostra disponível, a escala é passível de análise fatorial.

Tabela 2 - KMO e teste de Bartlett para a EACM

Medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy)		,910
Teste de Bartlett (Teste de Esfericidade)	Qui-quadrado	12233,894
	Df	1485
	Sig.	,000

Foi efetuada a análise fatorial da EACM, tendo sido retidos 6 fatores, seguindo o critério de Kaiser com valor próprio superior a 1 (ver tabela 3) que explicam 56,85% da variância total. Estes valores foram rodados ortogonalmente usando o procedimento *varimax*.

Tabela 3 - Matriz de componentes rodada da EACM

	Valor Próprio	% de Variância	% Variância Acumulada	Valor Próprio	% de Variância	% Variância Acumulada
1	19,329	35,143	35,143	8,785	15,972	15,972
2	3,570	6,491	41,634	8,208	14,924	30,897
3	2,833	5,151	46,785	4,299	7,816	38,713
4	2,415	4,391	51,176	3,723	6,770	45,482
5	1,683	3,059	54,236	3,365	6,119	51,601
6	1,440	2,618	56,854	2,889	5,253	56,854
7	1,340	2,436	59,289			
8	1,224	2,225	61,515			
...						
55	,072	,130	100,000			

Na presente análise factorial não foi excluído nenhum item, apresentando todos um valor de correlação superior a 0,30. Para a designação dos factores, foi tido em consideração o referencial teórico.

A nomenclatura atribuída a cada dimensão da EACM foi a seguinte:

- Bloqueio à comunicação e ao progresso;
- Isolamento e humilhação laboral;
- Difamação pessoal;
- Intimidação e agressão física;
- Sobrecarga e desprestígio laboral;
- Manipulação profissional.

Bloqueio à comunicação e ao progresso

A primeira dimensão encontrada após a execução da análise factorial foi designada como bloqueio à comunicação e ao progresso.

Ela faz referência a condutas de agressão que visam impedir a comunicação e o progresso profissional da vítima. O principal objetivo deste tipo de agressão é conduzir a vítima ao fracasso.

Esta dimensão é constituída por 19 itens que explicam 35,14% da variância total, tal como poderá ser visualizado na tabela 4.

Tabela 4 - Itens e pesos da dimensão “bloqueio à comunicação e ao progresso”

Itens	Bloqueio à comunicação e ao progresso (35,14% da Variância)	Pesos
3	Gritam ou repreendem-me em voz alta em frente dos meus colegas de trabalho.	,793
4	Gritam ou repreendem-me em voz alta quando nenhum dos meus colegas de trabalho está presente.	,741
2	Os meus superiores não me deixam falar ou expressar.	,693
22	Humilham-me e desvalorizam o meu trabalho perante outros colegas.	,667
12	Quando cometo um erro, ampliam-no ou aumentam-no no sentido de aumentar a sua gravidade.	,640
11	Sou acusado de cometer erros sem efetivamente os cometer.	,634
10	Criticam o trabalho que realizo.	,623
14	Distorcem de modo mal intencionado o que digo ou faço no meu trabalho.	,598
35	Provocam-me no sentido de me obrigar a reagir emocionalmente.	,591
31	Recebo ameaças verbais no meu local de trabalho.	,560

18	As tarefas ou trabalho que realizo são desvalorizados.	,551
42	Avaliam o meu trabalho de um modo desigual em relação aos meus colegas.	,544
13	Falam mal de mim nas minhas costas.	,543
1	Quando falo interrompem o meu discurso.	,531
43	Escondem ou ocultam informações importantes na execução do meu trabalho.	,502
49	Quando tenho novas ideias ou iniciativas, as mesmas são desvalorizadas.	,492
41	Quando peço dispensa para frequentar um curso, formação, ou seminário, a mesma é me vedada, ou são colocados obstáculos ao meu pedido.	,478
54	Controlam excessivamente o meu horário.	,442
39	Atribuem-me tarefas que põem em perigo a minha integridade e saúde física.	,342

Isolamento e humilhação laboral

Nesta segunda dimensão, todos os itens sugeriam atitudes e comportamentos de solidão, abandono, afastamento e exclusão. Estas condutas levam ao isolamento e à humilhação devido ao facto da vítima ser vista como um elemento diferente dos restantes e não aceite. Assim, tendo em conta os pressupostos teóricos, esta dimensão foi denominada de isolamento, sendo constituída por 14 itens que explicam 6,49 % da variância total (tabela 5).

Tabela 5 - Itens e pesos da dimensão “isolamento e humilhação laboral”

Itens	Isolamento e humilhação laboral (6,49% da Variância)	Pesos
26	Não olham para mim, fingem que eu não existo no meu local de trabalho.	,803
29	Não consigo falar com ninguém, todos me evitam.	,793
27	Quando me dirijo ou chego a um local, os meus colegas de trabalho afastam-se.	,734
25	Não me atribuem trabalho ou atribuem-me poucas coisas para fazer.	,704
23	Olham-me com desprezo.	,689
24	No meu local de trabalho sou colocado num local isolado dos meus colegas.	,656
55	Tratam-me como se tivesse uma doença psiquiátrica ou dão a entender que sou doente psiquiátrico	,586
5	Os meus colegas de trabalho não falam comigo, ou não me dirigem a palavra.	,582
20	Atribuem-me tarefas rudimentares e sem nenhum interesse para a organização.	,546
28	Proíbem os meus colegas de trabalho de falar comigo.	,531
8	Gozam com a minha forma de falar, de andar, com o meu modo de ser.	,531

6	Os meus colegas excluem-me das suas conversas, fazem-me sentir à parte.	,518
7	Criticam a minha aparência e com o modo como me visto.	,497
19	Atribuem-me tarefas inferiores às minhas competências.	,474

Difamação pessoal

O terceiro factor obtido é composto por 4 itens, que explicam 5,15% da variância total (tabela 6).

Foi atribuído a este factor o nome de difamação pessoal devido a todos os itens fazerem referência a críticas e/ou falsos rumores efectuados sobre a vida pessoal da vítima com o intuito de a prejudicar.

Tabela 6 - Itens e pesos da dimensão “difamação pessoal”

Itens	Difamação pessoal (5,15% da Variância)	Pesos
15	Criticam a minha vida privada.	,844
16	Ridicularizam ou riem-se da minha vida privada.	,811
9	Fazem circular rumores ou boatos falsos sobre a minha vida privada.	,719
17	Gozam e/ou criticam as minhas convicções políticas e/ou religiosas.	,359

Intimidação e agressão física

A presente dimensão obtida é composta por 6 itens que explicam 4,39% da variância total (tabela 7). Os itens que a constituem fazem alusão a ameaças e também a condutas de agressão física sofridas pelas vítimas. Neste sentido, optou-se por denominar esta dimensão de intimidação e agressão física.

Tabela 7 - Itens e pesos da dimensão “intimidação e agressão física”

Itens	Intimidação e agressão física (4,39 % da Variância)	Pesos
34	Recebo ameaças por telefone ou por escrito fora do meu local de trabalho.	,628
33	Ameaçam agredir-me fisicamente no meu local de trabalho.	,618
40	Sou alvo de ataques físicos diretos extremamente violentos.	,607
36	Sou alvo de ataques físicos leves, tais como empurrões, palmadas na cabeça, ou no ombro...	,589
30	Insultam-me verbalmente, chamando-me nomes desagradáveis ou através do recurso a alcunhas.	,586
37	Sou alvo de insinuações ou gestos sexuais.	,555

Sobrecarga e desprestígio laboral

A quinta dimensão encontrada após a execução da análise fatorial foi designada como sobrecarga e desprestígio laboral. Esta dimensão é constituída por 7 itens que explicam 3,06% da variância total, tal como poderá ser visualizado na tabela 8.

As condutas incluídas neste fator sugerem a existência de uma solicitação abusiva de tarefas impossíveis de realizar para a vítima, devido não só às suas competências, mas também aos seus princípios éticos. Estas condutas de sobrecarga e de desprestígio a nível laboral têm consequências avassaladoras, levando à redução da autoestima e sobretudo à auto-culpabilização da vítima.

Tabela 8 - Itens e pesos da dimensão “sobrecarga e desprestígio laboral”

Itens	Sobrecarga e desprestígio laboral (3,06 % da Variância)	Pesos
45	Atribuem-me mais trabalho do que aquele que posso efetivamente realizar.	,656
38	Sou alvo de ataques de foro sexual diretos.	,598
21	Sou forçado(a) a realizar tarefas que vão contra os meus princípios éticos.	,584
47	Mudam as minhas responsabilidades ou tarefas a executar sem me dizerem nada.	,574
46	Ocasionam-me gastos com a intenção de me prejudicar economicamente.	,550
44	Atribuem-me tarefas superiores às minhas competências.	,473
48	Atribuem-me prazos impossíveis para entrega de um trabalho.	,444

Manipulação Profissional

Nesta subescala foram incluídos os ataques que têm como intuito privar as pessoas dos seus instrumentos de trabalho e informações relevantes para o seu desempenho profissional. Foram incluídos nesta subescala 5 condutas de agressão que explicam 2,62% da variância total (tabela 9).

Tabela 9 - Itens e pesos da dimensão “manipulação profissional”

Itens	Manipulação Profissional (2,62% da Variância)	Pesos
51	Provocam danos nos meus bens pessoais ou na minha viatura	,758
50	Causam danos ou destroem os meus instrumentos de trabalho.	,694
53	Limitam o meu acesso ou privam-me de instrumentos de trabalho e documentos necessários ao desenvolvimento das minhas funções.	,535

32	Sou alvo de gestos e escritos intimidatórios no meu local de trabalho.	,417
52	Manipulam ou usam indevidamente os meus instrumentos de trabalho.	,353

Fiabilidade da LIPT-60

O *alfa de Cronbach* é um importante indicador estatístico de fidedignidade de um instrumento psicométrico. Segundo Hill e Hill (2009), o coeficiente de fiabilidade interna (α) estima o valor médio de todos os coeficientes possíveis.

O *alfa de Cronbach* da totalidade dos itens da escala EACM é de 0,96.

Na primeira e segunda dimensão da escala foram encontrados valores de alfa de Cronbach excelentes. Na terceira dimensão um valor considerado bom. Nas dimensões subsequentes (quarta e quinta) foram obtidos valores razoáveis. Na última dimensão, manipulação profissional, foi obtido cujo valor é considerado fraco (0,68) (tabela 10), Porém, segundo a bibliografia anteriormente citada, o mesmo é considerado aceitável para a persecução do estudo.

Tabela 10 - Consistência interna das sub-escalas da EACM

Subescalas LIPT-60	Estudo Actual
Bloqueio à comunicação e ao progresso	,941
Isolamento e humilhação laboral	,925
Difamação pessoal	,862
Intimidação e agressão física	,722
Sobrecarga e desprestígio laboral	,745
Manipulação profissional	,681

CONCLUSÃO

Os resultados da aplicação da escala EACM indicam que a sua utilização é válida em diferentes contextos laborais.

A análise factorial efectuada, na qual se obtiveram 6 factores que abrangem os diferentes tipos

de agressão que poderão ser vivenciados no local de trabalho, foi bem sucedida. A denominação atribuída a cada factor, teve por base o referencial teórico.

Foram encontrados índices de fiabilidade aceitáveis à persecussão do estudo em cada uma das dimensões da EACM. Apenas a dimensão manipulação profissional teve um valor considerado baixo, mas aceitável.

Em contextos organizacionais a utilização desta escala é um instrumento de fulcral importância, no sentido de detectar possíveis vítimas de agressão com o objectivo de actuar o mais atempadamente e de forma a minimizar possíveis danos psicológicos e físicos.

O *mobbing* é uma realidade em muitos locais de trabalho que acarreta não só consequências para a vítima como para a própria organização e sociedade. Deste modo, torna-se prioritário que todas as entidades se envolvam no sentido de combater o maltrato laboral. A escala EACM é um instrumento que permitirá certamente estudar melhor esta realidade e ao mesmo tempo levar ao estabelecimento de projectos de intervenção.

Considero que a aplicação deste instrumento numa amostra de maiores dimensões poderá ser uma mais valia no sentido de estuar mais aprofundamente esta problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims*, 5, 119-126.
- Leymann, H. (1996). *La persécution au Travail*. Paris: Seuil.
- Luna, M. (2003). *Acoso Psicológico en el Trabajo (Mobbing)*. Madrid: Ediciones GPS.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Piñuel, I. (2003). *Mobbing: como sobreviver ao assédio psicológico no trabalho*. São Paulo: Edições Loyola.
- Piñuel, I. e Fidalgo A. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16, 615-624.
- Rivera, J. & Abuín, M. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo: El LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, vol. 24, 59-69.

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO CUIDAR DA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Marisa Brasil⁽¹⁾



Resumo

Problemática: As unidades de tratamento intensivo são lugares onde a incerteza, a falta de tempo dos profissionais e a valorização do tecnicismo em detrimento do cuidado holístico são condicionantes que geram ansiedade nas famílias. A comunicação como estratégia terapêutica no cuidar da família da pessoa em situação crítica pode contribuir para a humanização dos cuidados, ajudando a compreender as suas necessidades nesta fase de transição e a desenvolver as suas capacidades de resiliência.

Objetivo: Determinar a melhor evidência disponível relativamente às estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com a família da pessoa em situação crítica.

Metodologia: O método utilizado foi o PI[C]OD.

Resultados: Os enfermeiros utilizam como estratégias de comunicação a escuta, a clarificação da informação, a compreensão, a atenção, a paciência, o cuidado individualizado e a empatia. O alargamento do horário das visitas e a criação de espaços de reunião são outras das estratégias utilizadas.

Conclusão: A Revisão Sistemática da Literatura realizada permitiu encontrar respostas para as questões inicialmente formuladas, contudo os estudos não parecem suficientemente exaustivos relativamente ao tema em questão. Em Portugal, encontrou-se apenas um estudo nesta área o que denota a necessidade de explorar mais esta temática.

Palavras-chave: Comunicação, enfermeiro, pessoa, família, cuidados humanizados.

Abstract

THE COMMUNICATION PROCESS AS A THERAPEUTIC STRATEGY IN CARING FOR THE FAMILY OF THE PERSON IN CRITICAL CONDITION.

Problem: Hospital intensive care units are places where uncertainty, the lack of time of health professionals and the valorization of technicality at the expense of holistic care may cause anxiety in the families of the patients. Communication as a therapeutic strategy in the caring of the family of those whose condition remain critical may contribute to the humanization of health care treatments, by helping to understand their needs in this transitional phase and also to develop skills of resilience.

Overarching aim: To determine the best available strategies used by nurses to communicate with the family of the person in a critical condition.

Methodology: The method used was the PI [C] OD.

Evidences: Nurses usually use several types of communication strategies such as listening, the clarification of the information received, affection, attention, patience, individualized care treatments and empathy. The extension of the period of family visits and the creation of meeting areas are also strategies that are typically used.

Conclusions: The systematic review of the literature which has been conducted allowed us to find answers to the questions initially raised, despite the fact that the studies do not appear to be sufficiently comprehensive and exhaustive regarding the issue at hand. In Portugal, I found only one study in this area which, consequently, indicates the need to further explore this issue.

Keywords: Communication, nurse, patient, family, humanized care.

Resumen

EL PROCESO DE COMUNICACIÓN COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL CUIDADO DE LA FAMÍLIA DE LA PERSONA EN SITUACIÓN CRÍTICA.

Problemática: Las unidades de cuidados intensivos son lugares donde la incertidumbre, la falta de tiempo y la apreciación del tecnicismo en detrimento de la atención integral son condiciones que generan ansiedad en las familias. La comunicación como estrategia terapéutica en el cuidado de la familia de la persona en situación crítica puede contribuir a la humanización de los cuidados, lo que ayuda a entender sus necesidades en esta etapa de transición y desarrollar sus habilidades de resiliencia.

Objetivo: Determinar la mejor evidencia científica disponible en las estrategias utilizadas por los enfermeros para comunicarse con la familia de la persona en situación crítica.

Metodología: El método utilizado fue el PI OD [C].

Resultados: Los enfermeros utilizan estrategias de comunicación como escuchar, aclarar la información, comprensión, atención, paciencia, el cuidado individualizado y la empatía. Extendiendo el momento de las visitas y la creación de espacios de encuentro también son estrategias utilizadas.

Conclusión: La revisión sistemática de la literatura llevada a cabo encontro respuestas a las preguntas planteadas al principio, pero los estudios no parecen suficientemente completos sobre el tema en cuestión. En Portugal, se encontró sólo un estudio en esta área que indica la necesidad de estudiar más detenidamente esta cuestión.

Palabras clave: Comunicación, enfermero, persona, familia, cuidado humanizado

Rececionado em outubro 2014. Aceite em dezembro 2014

⁽¹⁾ Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; CHLN, Hospital Santa Maria - Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios. Email: marisabrasil77@gmail.com

ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

O progresso tecnológico veio contribuir para a melhoria da assistência à pessoa em situação crítica, com especial ênfase nos serviços de terapia intensiva. Contudo, essa tecnologia pode ser considerada como força desumanizante quando é utilizada de forma isolada, sem valorizar todas as dimensões inerentes ao cuidar (Barra, *et al* 2006; Caetano, *et al*, 2007).

Sabemos que apesar das unidades de tratamento intensivo serem serviços de ponta, onde a perspectiva de tratamento curativo é elevada, a experiência de internamento continua a ser vivenciada de forma dolorosa, independente do sexo, cultura e papel social da pessoa doente, estando diretamente vinculada ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido e da solidão. Esta situação pode induzir uma série de problemas psicológicos (agitação, depressão) na pessoa doente, mas também pode ter consequências diretas na família (Gomes-Pereira, *et al*, 1999; Meleis, 2005).

A incerteza sobre a evolução da condição clínica do familiar, as alterações nas rotinas diárias, as consequências económicas no orçamento familiar, a separação, a restrição do horário de vistas, o grande aparato tecnológico (monitores, ventiladores, sondas, drenagens, tubos, meios complementares de diagnóstico, alarmes), a ausência de informação, a falta de tempo dos profissionais e a valorização do tecnicismo em detrimento do cuidado holístico são condicionantes que geram ansiedade na família (Gomes-Pereira, *et al*, 1999; Schneider, *et al*, 2009; Casanova, 2009). Estudos recentes mostram que os familiares podem sofrer de alterações psicológicas como ansiedade, *stress* traumático e depressão durante e depois da doença crítica de um familiar (Azoulay, *et al*, 2005; McAdam, 2012).

O enfermeiro especialista, perante os fatores descritos anteriormente, necessita estar munido de conhecimentos sobre o comportamento humano e as respostas humanas face aos problemas de saúde atuais ou potenciais, o significado da situação para quem a vive, como pode confortar e oferecer compreensão, com vista a amenizar o ambiente inóspito das unidades de tratamento intensivo (Caetano, *et al*, 2007).

Desta forma, um novo paradigma assume relevância no cuidar da família da pessoa em situação crítica, promovendo uma visão global das suas necessidades: valorizando o calor humano, a privacidade e individualidade, o respeito, a preservação do conforto e bem-estar, a proximidade entre a pessoa doente e os familiares, a comunicação eficaz entre o enfermeiro, a pessoa/família e a restante equipa (Watson, 2002; Kolcaba, 2003; Caetano, *et al*, 2007).

Na procura da humanização do cuidado à família da pessoa em situação crítica, a comunicação assume um papel preponderante sendo considerada um instrumento básico do cuidar. É através da comunicação estabelecida com a família que podemos compreendê-los no seu todo e ajudá-los nesta fase de transição (Stefanelli, *et al*, 2005; Meleis, 2005; Schneider *et al*, 2009; Ruedell, *et al*, 2010).

A palavra “comunicar” tem origem no latim “comunicare” que significa “por em comum. A comunicação humana, através da compreensão, põe ideias “em comum” e o seu objetivo é o entendimento entre os homens (Penteado, 1993). O fenómeno da comunicação tem sempre um carácter processual, sendo uma produção dos seus intervenientes na medida em que a verdade resulta sempre da interpretação que cada um lhe dá, sendo assim uma perspectiva obtida desde o nosso ponto de vista (Gomes-Pereira, *et al*, 1999). Para Riley (2004) a comunicação é um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas, podendo efetivar-se através da comunicação verbal ou não verbal.

Na comunicação entre o enfermeiro e o familiar da pessoa em situação crítica, o papel do emissor e do recetor é alternado consoante a interação: o emissor não se limita apenas a enviar a mensagem ao recetor, mas aguarda para que o recetor receba a mensagem e a decifre para poder responder, verificando-se assim uma reciprocidade no processo de comunicação. A reciprocidade do fenómeno da comunicação implica também a compreensão e capacidade de escuta, de observação da expressão facial, do tom de voz, do comportamento da pessoa, sendo que esta análise do seu discurso e da sua maneira de estar facilita a compreensão do nível necessário ao estabelecimento de uma comu-

nicação real (Phaneuf, 2005).

A comunicação interpessoal em contexto de situação crítica não é portanto algo simples pois nada pode ser considerado de maneira isolada. Ela está presente em todos os momentos de atuação do enfermeiro, pelo que é importante que este se familiarize com estes pressupostos que constituem um dos pilares de sustentação dos cuidados de enfermagem (Stefanelli, *et al*, 2005).

Sendo a comunicação um foco de atenção da disciplina humana da enfermagem e um conceito relevante em diferentes taxonomias, nomeadamente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão Beta 2), assim como, um dever profissional salvaguardado no artigo n.º 84 do Código Deontológico do Enfermeiro (DL 104/98), pareceu-nos pertinente investigar sobre o tema, através desta Revisão Sistemática da Literatura.

Questão de investigação

Com a finalidade de contribuir para um conhecimento mais alargado do fenómeno e mediante esta Revisão Sistemática da Literatura, procuramos resposta para a seguinte questão: “Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com a família da pessoa em situação crítica?”

Paralelamente, procuramos dar resposta a outras questões secundárias como: Qual a importância da comunicação com a família da pessoa em situação crítica? Quais as concepções dos enfermeiros e dos familiares acerca da comunicação neste contexto? A comunicação existente entre enfermeiros e família da pessoa em situação crítica é considerada por eles como eficaz?

Partindo das questões formuladas anteriormente passamos a apresentar os aspetos metodológicos e resultados encontrados.

Considerações metodológicas

O objetivo deste trabalho é determinar a melhor evidência disponível relativamente às estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com a família da pessoa em situação crítica, contribuindo para o processo de procura, seleção, organização e síntese de estudos sobre o fenómeno descrito

anteriormente, tendo por base critérios rigorosos de pesquisa científica.

Na formulação da questão de investigação, na definição dos critérios de seleção e na composição da amostra utilizou-se o método designado de PI[C]OD: participantes, intervenção, *outcomes* e desenho (Santos, *et al*, 2007).

O presente trabalho consiste numa Revisão Sistemática da Literatura em que foram definidos critérios de inclusão e exclusão que se apresentam seguidamente (quadro 1).

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão de estudos

Critérios de seleção	Critérios inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros prestadores de cuidados em UTI Familiar da pessoa em situação crítica	Enfermeiros não prestadores de cuidados em UTI Outros profissionais de saúde Familiar da pessoa em fase terminal Crianças
Intervenção	Estratégias de Comunicação	
Desenho	Evidência científica obtida através de estudos primários de abordagem qualitativa	Evidência científica obtida através de estudos de abordagem quantitativa Estudos secundários

Numa tentativa de procurar o sentido da vivência num contexto situacional, com o objetivo de captar a profundidade das experiências humanas de comunicação e das interpretações que os participantes do estudo fazem delas, optamos por incluir apenas estudos realizados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), com enfermeiros e familiares/pessoa significativa de pessoas em situação crítica, contribuindo para um esclarecimento mais profundo do tema.

Na definição dos critérios de exclusão tivemos em consideração determinados fatores, que pela sua especificidade poderiam interferir com os resultados obtidos, excluindo-os do estudo: enfermeiros não prestadores de cuidados em UTI, outros profissionais de saúde, familiares da pessoa em fase terminal e crianças.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa dos artigos realizou-se em bases de dados bibliográficas on-line nacionais e internacionais, no mês de janeiro de 2013, utilizando a língua inglesa e a língua portuguesa, sendo o intervalo de tempo de publicação dos respectivos artigos compreendido entre 2002 e 2012, com limitação da pesquisa aos termos: *communication, skills, nurse, strategies, family, caregiver, critical care, Nurse-Family Relations*. Em algumas bases não foi possível utilizar expressão de busca tão extensa, pelo que optamos pelos mesmos termos, mas progressivamente adicionados, numa lógica de refinamento de pesquisa.

A busca eletrônica foi realizada em várias bases de dados com os seguintes resultados entre parêntesis: Biblioteca do conhecimento on-line

(1); EBSCO (CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE with Full text; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; Medclatina; Health Technology Assessments; Academic Search Complete; NHS Economic Evaluation Database; ERIC; Fuente Académica; Economia Y Negocios e Business Source Complete (1); LILACS Database (1); Repositório Científico de Acesso Aberto (1). Pesquisamos também a partir de referências bibliográficas de estudos publicados (1).

Processo de constituição da amostra

A investigação qualitativa estuda as pessoas em ambientes naturais e tenta entender ou interpretar

Quadro 2 - Características gerais dos estudos constituintes da amostra bibliográfica

Estudos primários	Objetivos	Participantes contexto	Intervenção e método de análise
Corrêa, et al (2002)	Descrever as percepções dos enfermeiros em relação à comunicação com a família da pessoa em situação crítica	9 Enfermeiros (participantes no Curso de Especialização em Enfermagem de Cuidados Intensivos)	Concepções do enfermeiro relativamente à comunicação com família da pessoa em situação crítica. Questionário com duas perguntas abertas Análise de conteúdo em unidades significativas
Inaba, et al (2005)	Verificar a eficácia da comunicação da equipa de enfermagem, na perspectiva do familiar da pessoa em situação crítica.	13 Familiares (internamento superior a três dias)	Percepção dos familiares da pessoa em situação crítica sobre a eficácia da comunicação enfermeiro-família Entrevistas realizadas em novembro de 2003 Análise de conteúdo de Bardin
Silva, et al (2009)	Conhecer a opinião dos familiares da pessoa em situação crítica sobre o processo de comunicação enfermeiro-família.	10 Familiares (internamento com pelo menos cinco dias)	Percepção dos familiares da pessoa em situação crítica sobre o processo de comunicacional enfermeiro-família Entrevistas semiestruturadas realizadas entre abril e maio de 2008 Análise temática
Saiote, et al (2011)	Analisar o posicionamento dos enfermeiros de uma unidade de tratamento intensivo sobre a importância da partilha de informação entre os enfermeiros e os familiares.	12 Enfermeiros	Comunicação: centralidade na prática de enfermagem versus dificuldades na operacionalização do processo comunicativo com os familiares. Entrevista semiestruturada realizadas entre julho e setembro de 2009 Técnica da análise de conteúdo
Carmo, et al (2012)	Avaliar a comunicação entre enfermeiros e familiares da pessoa em situação crítica	7 Enfermeiros e 6 Familiares	Comunicação: instrumento terapêutico Entrevista semiestruturada Análise de conteúdo de Bardin.

os significados que as pessoas atribuem às suas experiências, sendo que o critério mais importante é a riqueza da informação que se obtém, sendo o tamanho da amostra muito relativo (Denzin, 2000).

A pesquisa qualitativa fortalece a prática baseada na evidência, pois permite apreender a singularidade do sujeito-objeto da intervenção, de modo a atender suas reais ansiedades no enfrentar do processo saúde-doença e, manter e adaptar as técnicas dos procedimentos às especificidades da pessoa (Ailinger, 2003).

A amostra inicial foi constituída por 137 artigos, os quais foram avaliados e selecionados posteriormente, tendo em conta os critérios definidos, através do título e resumo e quando possível a leitura integral, eliminando-se artigos repetidos. A exclusão da maioria dos artigos deveu-se essencialmente a dois aspetos: inclusão do termo “family” e exclusão do termo “children”. Outros estudos foram excluídos devido ao facto dos participantes serem outros membros da equipa multidisciplinar: médicos; fisioterapeutas; nutricionistas ou outros técnicos. Consideramos válidos os estudos que reuniram os critérios de inclusão sem que apresentassem omissões de informação de relevância, evitando comprometer a confiança nos achados. Como resultado desta seleção da amostra bibliográfica apresento 5 estudos primários (quadro 2).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

No seguimento do trabalho, após a seleção dos artigos, procedemos à identificação do conteúdo relevante e à extração dos dados centrais e nucleares de cada estudo primário, com o objetivo de dar resposta à questão inicial “Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com a família da pessoa em situação crítica?”. Para isso realizamos uma leitura dos artigos a fim de identificar, analisar e interpretar os achados de cada um deles que se apresentam no quadro 3.

Quadro 3 - Achados dos estudos constituintes da amostra bibliográfica

Estudos	Achados
Corrêa, et al (2002)	<p><u>Conceções do enfermeiro relativamente à comunicação com família da pessoa em situação crítica:</u> a família não é entendida como uma prioridade no cuidar, embora sejam reconhecidas necessidades da família, nomeadamente de informação sobre o estado da pessoa doente e do ambiente; o enfermeiro reconhece dificuldades em comunicar eficazmente com a família.</p> <p><u>Dificuldades na comunicação enfermeiro-família:</u> dificuldade em lidar com os próprios sentimentos e com os dos familiares; conflito de prioridades relativamente à pessoa doente; falta de tempo; empatia; limitação da formação relativa a lidar com a componente emocional.</p> <p><u>Estratégias utilizadas pelos enfermeiros:</u> dar informações; dar apoio emocional à família; alargar o horário das visitas; aumentar o número de visitas; criar grupos multidisciplinares para reunir com os familiares; valorizar a individualidade; aprender a lidar com as emoções pessoais,</p>
Inaba, et al (2005)	<p><u>Perceção dos familiares sobre comunicação:</u> conversar, orientar, dar informações pertinentes, claras e objetivas sobre a pessoa doente, sobre os equipamentos, ser compreendido, sentir-se bem atendido, tratado com carinho e paciência.</p> <p><u>Estratégias de comunicação identificadas pelos familiares:</u> clarificação, repetição, orientação, empatia, proporcionar conforto, atenção, paciência, calma, compreender o que a família quer ou não saber, conhecer as próprias emoções, comunicação não-verbal (expressões faciais), ter um enfermeiro de referência.</p>
Silva, et al (2009)	<p><u>Opinião dos familiares da pessoa em situação crítica sobre o processo comunicacional enfermeiro-família:</u> a comunicação é insuficiente entre os enfermeiros e a família, falta disponibilidade e empatia, a iniciativa parte sempre da família, os enfermeiros utilização linguagem tecnicista.</p> <p><u>Estratégias comunicação que deveriam ser utilizadas pelos enfermeiros:</u> conhecer as perceções dos familiares, disponibilizar a dar informações dirigindo a palavra com questões abertas, corrigir eventuais distorções, evitar transmitir informações incompletas, incentivar os familiares a manifestar as suas dúvidas, adotar medidas institucionais que garantam a mudança de paradigma (reuniões com as famílias), valorização do diálogo e da escuta.</p>

<p>Saiote, et al (2011)</p>	<p><u>Comunicação com a família</u>: os enfermeiros não valorizam as necessidades de comunicação da família, colocam-nas em segundo plano na sua esfera de prioridades, predominando atividades tecnicistas.</p> <p><u>Barreiras à comunicação com a família</u>: excesso de trabalho, falta de tempo, características inerentes ao ambiente e às dificuldades do processo comunicativo.</p> <p><u>Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica</u>: demonstrar dedicação e disponibilidade, fornecer informação adequada, apoiar e orientar a família, sensibilidade.</p>
<p>Carmo, et al (2012)</p>	<p><u>Eficácia do processo comunicacional</u>: a comunicação com a família da pessoa em situação crítica, na maioria das vezes, é apenas de cariz informativo.</p> <p><u>Estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com os familiares da pessoa em situação crítica</u>: comunicação verbal, comunicação não-verbal, transmissão de informação.</p> <p><u>Estratégias de comunicação a implementar</u>: criação de equipas multidisciplinares de apoio ao familiar com a finalidade de esclarecer questões pertinentes relativas ao ambiente, às condições de saúde do familiar, aos termos técnicos seria importante para reduzir o distanciamento observado entre o profissional de saúde e os familiares.</p>

No decorrer desta Revisão Sistemática da Literatura analisamos cinco estudos qualitativos primários com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre o fenómeno em estudo. Em dois estudos analisados os participantes eram familiares, em dois estudos os participantes eram enfermeiros e um estudo apresentava como participantes familiares e enfermeiros.

A comunicação é parte essencial no processo de cuidar em contexto de cuidados intensivos, sendo que o enfermeiro deve considerá-la como parte integrante do cuidado à pessoa em situação crítica e à sua família. Para Corrêa, *et al* (2002), embora os enfermeiros reconheçam as necessidades de cuidado da família, não lhe atribuem valor no momento de cuidar. Saiote, *et al* (2011), através da análise do discurso dos enfermeiros entrevistados, também verificou que estes têm noção da multiplicidade de emoções experienciadas pelos familiares e reconhecem que estes necessitam de

apoio, informação e ajuda, no entanto, não a sentem como uma prioridade dos cuidados.

A comunicação adequada, para Silva (1996), é aquela que se adapta a uma determinada situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo. Stefanelli (2005) por seu lado refere que a comunicação contribui para a excelência da prática de enfermagem, podendo despertar sentimentos de confiança que proporcionam sensação de segurança e satisfação. Sabendo que, como afirma Schneider *et al* (2009) e Ruedell, *et al* (2010), a comunicação pode ser um instrumento fundamental na inter-relação entre profissionais de enfermagem, pessoas doentes e familiares, podemos utilizá-la como meio para facilitar as vivências dolorosas em tratamento intensivo.

As famílias também reconhecem a comunicação como importante no processo de cuidar. No estudo realizado por Inaba *et al* (2005), as famílias percebem a comunicação como dar informação clara e precisa sobre a pessoa doente e sobre o ambiente envolvente, mas atribuem-lhe uma dimensão mais abrangente que inclui presença, empatia, compreensão, carinho e verdade. Estes achados parecem ir ao encontro de outros estudos que concluem que as necessidades relatadas pelas famílias de pessoas internadas em tratamento intensivo recaem, sobretudo, na necessidade de informação sobre a pessoa internada, ter a certeza que o familiar está a receber os melhores cuidados, sentir-se acolhido, conversar sobre sentimentos em relação ao que está a acontecer, sentir-se à vontade para chorar (Maruiti e Galdeano, 2007; Kinrade, *et al*, 2009; Marques *et al*, 2009).

Nos estudos que analisei observa-se que a comunicação é valorizada tanto pelos enfermeiros, como pelos familiares, mas no que concerne à prática de enfermagem a sua utilização como intervenção terapêutica é limitada. De acordo com Silva, *et al* (2009), a comunicação é insuficiente entre os enfermeiros e a família. As famílias reconhecem que existe pouca disponibilidade, empatia e iniciativa da parte dos enfermeiros para conversar. O estudo realizado por Carmo, *et al* (2012) verifica que existem enfermeiros que utilizam a comunicação verbal e não-verbal como instrumento terapêutico, contudo, corrobora a ideia do autor anterior, referindo que a comunicação com

a família está direcionada maioritariamente para transmissão de informação à medida que as dúvidas vão aumentando, durante o horário de visita. Os achados dos estudos em análise evidenciam as dificuldades de comunicação que ainda existem entre enfermeiros e familiares. De acordo com Santos e Silva (2006), a conversa com a família durante o horário de visita é tida como o momento mais difícil e cansativo da unidade de tratamento intensivo.

Os fatores perturbadores da comunicação entre o enfermeiro e a família são descritos por Corrêa, *et al* (2002) como devendo-se à falta de tempo, à falta de formação sobre como lidar com a componente emocional, à dificuldade em lidar com os próprios sentimentos e com os sentimentos dos familiares, ao conflito de prioridades relativamente à pessoa doente, ao contexto de imprevisibilidade e a empatia entre o enfermeiro e a família. A empatia, neste estudo, é considerada por alguns entrevistados como sendo desfavorável ao processo de comunicação e interação com a família, dado que o enfermeiro, de certo modo, sente a dor do outro e depara-se com os seus próprios sentimentos. Em nenhum dos outros estudos que analisamos a empatia surge como barreira à comunicação, pelo contrário, é um fator que contribui para a aproximação do enfermeiro com a família (Inaba, *et al* 2005; Silva, *et al* 2009; Saiote, *et al* 2011; Carmo, *et al* 2012).

O processo comunicacional reveste-se de complexidade onde existe, como refere Phaneuf (2005), criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas. Contudo, as pessoas são diferentes tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares que interferem no processo de comunicação entre as pessoas.

No que alude às estratégias utilizadas pelos enfermeiros na comunicação com a família da pessoa em situação crítica, a linguagem verbal surge em todos os estudos como componente fundamental da comunicação, sobretudo no que diz respeito à sua importância na transmissão de informações pertinentes, claras e precisas (Inaba, *et al* 2005). Contudo esta linguagem nem sempre foi suficiente, nem adequada ao seu recetor (Corrêa, *et al*

2002; Silva, *et al* 2009; Saiote, *et al* 2011; Carmo, *et al* 2012). De acordo com Riley (2004), o emissor da mensagem deve escolher as palavras certas congruentes com o que tenciona transmitir, dado que o seu objetivo é transmitir uma mensagem que seja clara e compreensível para o recetor. Phaneuf (2005) corrobora esta afirmação mencionando que a comunicação deve ser clara, precisa, simples, direta, adequada às circunstâncias e às necessidades do recetor.

No processo comunicacional é referido por Inaba, *et al* (2005) que os enfermeiros utilizam a compreensão, a atenção, a paciência, o cuidado individualizado como estratégia na comunicação com a família, procurando entender o que esta quer ou não saber. Para exercer uma relação centrada na pessoa, o enfermeiro deverá ser autêntico, sincero, empático e demonstrar comprometimento com a realidade da pessoa (Rogers, 1975). Para Hesbeen (2001) compreender o outro proporciona-lhe alívio do seu sofrimento. A resposta às emoções da pessoa doente e da sua família é um dos elementos cruciais na comunicação (Barbosa e Neto, 2010).

Silva, *et al* (2009) faz referência à utilização da escuta como estratégia utilizada na comunicação por parte dos enfermeiros. Este achado vai ao encontro de Watzlawick, *et al* (1971) que referia que a “atividade ou inatividade, palavras ou silêncios, tudo possui valor de mensagem”. A escuta abre-nos aos outros, às suas ideias e pensamentos, devolvendo-lhe importância e centralidade (Penteado, 1993). Hesbeen (2001) corrobora esta afirmação acrescentando que a escuta ajuda a pessoa a identificar e a verbalizar as respostas que encontra em si próprio. Desta forma, para que exista comunicação terapêutica, a mensagem deve ter um significado comum, o emissor deve compreender as mensagens verbais ou não verbais que o recetor emite para que ocorra interação (Stefanelli, 2005).

No estudo realizado por Corrêa, *et al* (2002) ressalta um aspeto importante na comunicação com a família, a dificuldade em lidar com os próprios sentimentos e com os dos familiares. Perante este achado, Inaba, *et al* (2005), refere que o enfermeiro deve desenvolver o seu autoconhecimento pois, muitos destes obstáculos advêm da sua dificuldade em lidar com as próprias emoções. Phaneuf

(2005) corrobora esta afirmação afirmando que comunicar é estar em relação com o outro, mantendo-se em relação consigo próprio.

A nível institucional também é referenciada a criação de um espaço para reuniões com a equipa e a família, bem como, o alargamento do horário das visitas. Esta estratégia é evidenciada em três artigos como sendo uma medida a implementar nas unidades de tratamento intensivo com o objetivo de informar, esclarecer e apoiar as famílias neste processo (Corrêa, *et al* 2002 Silva, *et al* 2009 Carmo, *et al* 2012). O estudo realizado por Saiote, *et al* (2011) também vem afirmar que as circunstâncias inerentes ao ambiente de tratamento intensivo, como a necessidade de atenção à pessoa doente, a execução contínua de procedimentos, a estabilização hemodinâmica e elétrica, os apelos constantes do médico ou de um alarme que toca condicionam a comunicação ou mesmo interrompem-na não sendo, por vezes, possível retomá-la. Gauntlett e Laws (2008) alertam para o facto das reuniões com as famílias serem complementadas com outras estratégias de comunicação, pois os familiares pela ansiedade e *stress* podem não conseguir compreender a informação transmitida nesses momentos.

CONCLUSÃO

A Revisão Sistemática da Literatura realizada permitiu encontrar respostas, se bem que de forma particular e parcialmente, para às questões inicialmente formuladas, o que nos leva a concluir que os estudos não parecem suficientemente exaustivos relativamente ao tema em questão. O pequeno número de estudos encontrados conduz inevitavelmente à necessidade de uma maior clarificação sobre o tema em análise e pode revelar-se como uma limitação do presente estudo.

Perante as conclusões mencionadas anteriormente, parece-nos pertinente desenvolver estudos que remetam para o tema enquanto experiência individual e particular partindo de uma realidade concreta que procure compreender a comunicação no contexto do cuidar do familiar da pessoa em situação crítica; quais as necessidades de comunicação, as barreiras comunicacionais relacionadas

com prestação de cuidados a familiares de pessoas em situação crítica deslocados das suas residências; quais as estratégias de comunicação utilizadas pelos enfermeiros portugueses no processo comunicacional tendo em conta a legislação em vigor em Portugal com vista a contribuir para o aumento do conhecimento na área.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ailinger, R. Contributions of qualitative research to evidence-based practice in nursing. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(3):275-9.
- Barra, D., Nascimento, E., Martins, J., Albuquerque, G., Erdmann, A. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [online]. 2006, v. 08, n. 03, p. 422 – 430. [consultado em 2013-02-04]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7081/5012>
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(9): 987-994.
- Barbosa, A., Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2ª Edição. Lisboa.
- Caetano, J., Soares, E., Andrade, L., Ponte, R. (2007). Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11 (2), 325-30.
- Carmo, A., Dias, N., Dias, P., Mendes, R., Moura, L. O cuidado e a comunicação: Interação entre enfermeiros e familiares de usuários em uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Pesquisa: cuidados fundamentais*. 2012. jul./set. 4(3):2730-43.
- Casanova, E., Lopes, G. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62 (6): 831-6.
- Corrêa AK, Sales CA, Soares L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. *Ata Scientiarum, Maringá (PR)* 2002 jul/dez:24(3):811-18.
- Conselho Internacional de Enfermagem. *Classificação internacional para prática de enfermagem CIPE Beta 2*. São Paulo: CENFOBS/UNIFESP; 2003.
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril.
- Denzin, N., Lincoln Y., (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2ª edição.
- Gauntlett R, Laws D. Communication skills in critical care. *Continuing Education in Anaesthesia and Critical Care* 2008; 8: 121.
- Gomes-Pereira, J., Cascais, A., Marcos, M., Babo, M., Patrício, M., Barbosa, A., Carneiro, A., Clara, J., Silva, J., Reis, L., Alves, M., (1999). *Comunicar: na clínica, na educação, na Investigação e no Ensino*. Lisboa. Faculdade de Medicina

de Lisboa.

Hesbeen, W. (2001) *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Inaba, Luciana Cintra, Silva, Maria Júlia Paes da, & Telles, Sandra Cristina Ribeiro. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (4), 423-429.

Kinrade, T., Jackson, A., & Tomnay, J. (2009). The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 27 (1), 82-88.

Kolcaba, K. (2003). *Confort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Marques, C., R., Silva, M., Maia, F. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*. janeiro/março (2009), Vol. 17, pp. 91-95.

Maruiti, M., Galdeano, L. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Ata paul. enferm.* [online]. 2007, vol. 20, n.º 1, pp. 37-43. [Consultado a 08.11.2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100007

McAdam, J., Fontaine, D., White, D., Dracup, K., Puntillo, K. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 21(6), 386-393.

Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing development and progress*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Penteado, W. (1993). *A técnica da comunicação humana*. São Paulo. Livraria Pioneira Editora. 12ª Edição.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Montreal: Lusociência.

Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Camarate. Lusociência. 4ª Edição.

Rogers, C. (1975). *A terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes.

Ruedell, L., Beck, C., Silva, R., Lisboa, R., Prochnow, A., Prestes, F. Relações interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico. *Cogitare Enferm.* 2010;15 (1):147-52.

Saiote E, Mendes F. A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: uma importância atribuída por enfermeiros. *Cogitare enferm.* 2011;16(2):219-25.

Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (3), 508-511

Santos, K., Silva, M. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2006, vol.59, n.1, pp. 61-66. [Consultado a 20.10.2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scie->

[lo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012)

Schneider, C., Bielemann, V., Sousa, A., Quadros, L., Kantorski, L. Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites – visão da enfermagem e familiares. *Ciência, Cuidado e Saúde*. outubro/dezembro de 2009, Vol. 8 (4), pp. 531-539.

Silva, M. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 4ª ed. São Paulo: Gente; 1996

Silva, S., Prochnow, A., Santos, J., Guerra, S., Barrios, S. (2009). The communication between nursing team and the families of intensive care patients: qualitative study. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 8 (2).

Stefanelli, M. (2005) *Introdução à comunicação terapêutica*. M. C. Stefanelli & E.C. Carvalho. A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem. São Paulo. Manole.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1971). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE APRENDIZAGEM CLÍNICO, SUPERVISÃO E PROFESSOR DE ENFERMAGEM

Joana Margarida Martins da Silva⁽¹⁾; Maria Isabel Domingues Fernandes⁽²⁾; Luís Manuel de Jesus Loureiro⁽³⁾



Resumo

Contexto: Para que um estudante de enfermagem tenha uma aprendizagem significativa em contexto clínico necessita do suporte que a relação supervisiiva lhe proporciona. Quanto mais forte for a relação entre os atores deste processo maior será a facilitação da aprendizagem e do desenvolvimento profissional do estudante. **Objetivo:** Adaptar e validar para a população portuguesa a Clinical Learning Environmental, Supervision and Nursing Teacher Evaluation Scale (CLES+T) de Saarikoski, Isoaho, Warne & Leino-Kilpi (2008). **Metodologia:** Esta investigação tem por base a metodologia quantitativa, focada num estudo de validação de instrumento, tendo o instrumento sido aplicado, após adaptação cultural, a 223 estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). **Resultados:** Os resultados obtidos revelam que a CLES+T apresenta valores de consistência interna considerados, estando compreendidos entre ,70 e ,97 nas suas dimensões. A medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é de ,941, valor considerado muito bom, assim como o resultado do teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2(561) = 6229,261; p=.000$). Na análise realizada, emergiu uma solução com seis fatores, mais um que na versão original. **Conclusão:** A CLES+T quando aplicada a estudantes de enfermagem revela ser uma medida válida e fiável. Sugerem-se outros estudos e que a aplicação da escala seja estendida a outras populações.

Palavras-chave: Estágios; Docente; Supervisão de Enfermagem; Estudantes de enfermagem

Abstract

ADAPTATION AND VALIDATION OF CLINICAL LEARNING ENVIRONMENTAL, SUPERVISION AND NURSING TEACHER EVALUATION SCALE

Context: To have a significant learning in clinic context, a nurse student requires the support that supervision relationship provides. The stronger is the relationship between the actors of this process, greater facilitation of learning and professional development of student. **Objective:** Adapted and validated for the Portuguese population a Clinical Learning Environmental, Supervision and Nursing Teacher Evaluation Scale (CLES+T) de Saarikoski et al. (2008). **Methodology:** This research is based on quantitative methodology, focused on an instrument validation study. The instrument was applied, after cultural adaptation, to 223 students from the 4th year of Nursing Graduation. **Results:** The results shows that CLES+T presents considered internal consistency values, comprised between ,70 and ,97 in their dimensions. KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) measure is ,941, which is considered a very good value, as the result of the roundness Bartlett test ($\chi^2(561) = 6229,261; p=.000$). In the analysis performed, emerged a solution with six factors, one more than the original version. **Conclusion:** When applied nursing students, CLES+T proves to be a valid and reliable measure. Other studies are suggested and also the application of the scale can be extended to other populations.

Keywords: Internships; Faculty; Nursing Supervisory; Students Nursing.

Resumen

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL AMBIENTE DE APRENDIZAJE CLÍNICO, SUPERVISIÓN Y PROFESOR DE ENFERMERÍA.

Contexto: Para que un estudiante de enfermería haga un aprendizaje significativo en contexto clínico necesita del soporte que la relación supervisiiva le proporciona. Cuanto más fuerte sea la relación entre los actores de este proceso mayor será la facilitación del aprendizaje y del desarrollo profesional del estudiante. **Objetivo:** adaptar y validar para la población portuguesa la Clinical Learning Environmental, Supervision and Nursing Teacher Evaluation Scale (CLES+T) de Saarikoski et al. (2008). **Metodología:** Esta investigación está basada en la metodología cuantitativa, con enfoque en un estudio de validación de instrumento que ha sido aplicado, después de una adaptación cultural, a 223 estudiantes del 4º curso de la carrera de Licenciatura en Enfermería. **Resultados:** Los resultados obtenidos muestran que la CLES+T presenta valores de consistencia interna considerables, entre ,70 y ,97, en sus dimensiones. La medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) es de ,941, valor considerado muy bueno, así como el resultado del test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(561) = 6229,261; p=.000$).

Recebido em dezembro 2014. Aceite em janeiro 2015

⁽¹⁾ Enfermeira; Mestre em Enfermagem, área de Supervisão, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Contacto: 916525405. joanammsilva@live.com.pt

⁽²⁾ Professora adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Doutorada em Didática. isabel@esenfc.pt

⁽³⁾ Professor adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Doutorado em Saúde Mental. luisloureiro@esenfc.pt

En el análisis realizado, emergió una solución con seis factores, uno más que en la versión original. Conclusión: La CLES+T, cuando es aplicada a estudiantes de enfermería muestra ser una medida válida y fiable. Se sugieren otros estudios y que la aplicación de la escala se extienda a otras poblaciones.

Palabras clave: Prácticas Clínicas; Docente; Supervisión de Enfermería; Estudiantes de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A investigação sobre formação inicial em enfermagem tem evidenciado a importância da formação e da aprendizagem em contexto clínico. Em Portugal, nos últimos anos tem vindo a registar-se um aumento de publicações relacionadas com a supervisão clínica em enfermagem, com especial enfoque na supervisão em ensino clínico.

A formação inicial em enfermagem em Portugal, compreende períodos de ensino em contexto escolar, com abordagens teóricas, teórico-práticas e práticas e, períodos de aprendizagem realizados em contexto clínico - os ensinamentos clínicos (Garrido, Simões e Pires, 2008). Entende-se por ensino clínico “a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade” (Diretiva 2005/35/CE, p. 41). Estes, de acordo com a Portaria n.º 799-D/99, têm por objetivo promover a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes relevantes para a prática autónoma e interdependente de enfermagem.

Durante o ensino clínico o estudante confronta-se com uma nova realidade social e cultural, que o conduz num processo de enriquecimento e desenvolvimento pessoal e social, graças aos processos de interação que estabelece com o meio. Entende-se por ambiente clínico, as características dos serviços e das instituições onde decorre o ensino clínico e que podem ter um contributo positivo ou negativo no processo de aprendizagem dos estudantes (Simões *et al.*, 2006). Em contexto, o aluno aprende, também, pela interação que estabelece com os professores de enfermagem, os supervisores, os profissionais de saúde e utentes ou pelas características contextuais e pelo processo em si. Estas interações e as atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico potenciam o desen-

volvimento das competências no aluno (Bronfenbrenner, 2005; Abreu, 2007; Rua, 2011). Para que esse desenvolvimento ocorra de forma adequada é necessário que todo este processo de aprendizagem seja regulado, e que a supervisão esteja presente, uma dimensão importante na aprendizagem dos estudantes em ensino clínico.

Na investigação desenvolvida por Alarcão e Tavares (2003), no âmbito da formação de professores, é definida a supervisão como sendo um processo em que um professor mais experiente e informado intervém na formação e no desenvolvimento de um estudante ou de um professor menos experiente. No que concerne à supervisão clínica em enfermagem esta é percebida como um processo formal e estruturado baseado no relacionamento pessoal e profissional entre um estudante de enfermagem ou um enfermeiro que exerce práticas clínicas e um supervisor clínico, com vista ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Este acompanhamento permite ao supervisionado compreender o que é fundamental para o exercício da profissão de enfermagem e leva ao desenvolvimento de novos conhecimentos a partir das experiências da prática clínica (Garrido, Simões e Pires, 2008; Macedo, 2012).

O professor de enfermagem e o supervisor podem assumir papéis diferentes no processo supervivo dos estudantes e ambos devem desempenhar um papel facilitador do seu desenvolvimento potencializando o desenvolvimento das competências necessárias para a prática de enfermagem. Franco (2000) concluiu que ao professor de enfermagem são atribuídas funções de orientação pedagógica e a orientação-demonstração, enquanto que aos enfermeiros são atribuídas funções de integração dos estudantes e a promoção da aprendizagem. Estes papéis devem desenrolar-se em conjunto e em complementaridade, já que a presença destes dois profissionais contribuirá para a

formação de qualidade e para as mudanças necessárias no estudante (Franco, 2000; Rua, 2011). Na ausência do enfermeiro supervisor em contexto de aprendizagem clínica o professor de enfermagem, de acordo com Abreu (2007, p. 219), assume as suas funções substituindo-o, contudo, considera que a formação clínica nunca deve “dispensar a presença dos profissionais que exercem funções nas unidades de cuidados”.

O contexto onde decorre o ensino clínico é outro dos fatores envolvidos no desenvolvimento do estudante uma vez que cada contexto propicia diferentes experiências de aprendizagem. Todavia, para que as experiências constituam momentos significativos de aprendizagem é necessário que, por um lado, o estudante esteja motivado, tenha maturidade e capacidade cognitiva e, por outro, que existam processos facilitadores (Rua, 2011). É no contacto com o contexto clínico que os estudantes iniciam o seu processo de socialização da profissão, é aqui que o estudante atribui significado às práticas clínicas numa interação com todos os fatores: materiais, relacionais e simbólicos, que estão na base de uma organização de saúde (Abreu, 2007).

O processo sempre que prevê uma interação orientada do estudante com a ação profissional constitui um fator relevante na aprendizagem do estudante em ensino clínico. Assim, a orientação deverá promover uma articulação eficaz entre o referencial teórico de enfermagem e a prática dos cuidados observáveis nos contextos de ensino clínico (Rua, 2011).

A avaliação da experiência de aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem tem sido objeto de múltiplos estudos e vários instrumentos têm sido desenvolvidos para monitorizar as percepções dessas experiências.

Um dos instrumentos que possibilita a avaliação dos fatores atrás referidos é a *Clinical Learning Environment, Supervision and Nursing Teacher* (CLES+T), uma escala multidimensional de Saarikoski, Isoaho, Warne & Leino-Kilpi (2008), que resultou da escala *Clinical Learning Environment and Supervision* (CLES) de Saarikoski & Leino-Kilpi (2002) associada a uma nova sub-dimensão (T) focada na atividade desenvolvida pelo profes-

sor de enfermagem. Esta escala constitui uma ferramenta de avaliação que pode ser utilizada, em ensinamentos clínicos decorrentes em contexto hospitalar, de forma a assegurar a qualidade dos planos de estudo de enfermagem e integra os conceitos de ambiente de aprendizagem clínica, relação supervisory, papel do enfermeiro e do professor de enfermagem na prática clínica (Saarikoski e Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski *et al.*, 2008).

MÉTODOS

Participantes:

A amostra deste estudo é composta por 223 estudantes do 4º ano do curso de licenciatura em Enfermagem durante o ano letivo de 2012/2013, sendo 85,7% do sexo feminino e 14,3% do masculino. 90,6% dos estudantes participantes têm idades compreendidas entre os 21 e os 23 anos e 9,0% tem idade superior ou igual a 24 anos.

Descrição do Instrumento:

A validação da versão original da CLES+T foi efetuada junto de estudantes de enfermagem finlandeses, durante o ano de 2007, em que foram inquiridos 549 estudantes (N=549) a frequentar o terceiro e o quarto ano do curso de enfermagem. A escala é constituída por 34 itens agrupados em cinco dimensões (Saarikoski *et al.*, 2008):

- Contexto pedagógico do serviço - 9 itens;
- Relação supervisory - 8 itens;
- Estilo de liderança do enfermeiro chefe - 4 itens;
- Cuidados de enfermagem do serviço - 4 itens;
- Papel do professor de enfermagem - 9 itens.

O formato de resposta aos itens do questionário é Likert, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) pontos.

No questionário, explicitam-se alguns conceitos: o de supervisão que se refere a um processo em que um professor e um profissional de enfermagem proporcionam condições favoráveis ao desenvolvimento de capacidades e competências

nos estudantes de enfermagem que o conduzam ao seu desenvolvimento humano (pessoal e profissional), recorrendo a métodos de orientação, suporte e avaliação; o supervisor representa o profissional de enfermagem que colabora com o professor de enfermagem no processo de aprendizagem do estudante e que facilita a integração do mesmo no serviço onde decorre o ensino clínico e; o professor de enfermagem que é o responsável pelo processo supervisivo (aprendizagem e avaliação) do estudante no ensino clínico assim como pela articulação entre o contexto clínico e a escola de enfermagem.

A escala inclui ainda uma componente de dados socio-demográficos onde se incluiu sexo, idade e instituição e serviço onde realizou o ensino clínico.

Procedimentos:

A colheita de dados foi realizada com todos os estudantes, após esclarecimento dos objetivos da sua participação e assegurado o carácter voluntário da sua participação bem como o seu anonimato e a confidencialidade de todas as respostas.

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa de análise estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19. Realizou-se o estudo da validade de construto e consistência interna, recorrendo à análise fatorial exploratória, com extração de fatores por componentes principais, seguido de rotação Varimax (Marôco, 2011). Previamente calculou-se a medida KMO e o teste de esfericidade de Bartlett.

Para o estudo da fidelidade recorreu-se à análise da consistência interna para as dimensões da escala, através do cálculo do Alpha de Cronbach (Marôco, 2011).

Para a adaptação cultural e validação para a população portuguesa da escala CLES+T seguiram-se o conjunto sequenciado de etapas definidas por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000). Em primeiro lugar a escala foi traduzida para a língua portuguesa por um professor de língua inglesa, e outro, licenciado em enfermagem, com conhecimentos da língua materna da escala e com conhecimentos especializados na área de supervisão clínica em enfermagem. Nas tradu-

ções foram analisados os aspetos convergentes e divergentes até obter uma versão de tradução portuguesa. Seguiu-se a sua retrotradução, efetuada por uma profissional graduada em letras e especializada em literatura inglesa. Findo este processo, e consideradas as alterações propostas, a versão resultante da tradução para a língua portuguesa foi analisada por dois peritos da área da supervisão clínica em enfermagem, tendo esta análise sido efetuada no que respeita à equivalência concetual e semântica de modo a que se enquadrasse na realidade portuguesa. Com a escala obtida e com o intuito de validar a compreensão dos itens do questionário e aferir o tempo médio de resposta, realizou-se um *focus group*, com 6 estudantes do 2º ano do curso de licenciatura em enfermagem, com idades compreendidas entre os 19 e os 28 anos. O instrumento foi ainda aplicado, durante o mês de Fevereiro de 2013, a um grupo pré-teste constituído por 38 estudantes do 3º ano do curso de licenciatura em enfermagem que tinham realizado o ensino clínico de fundamentos de enfermagem em meio hospitalar no ano anterior.

Por último, o instrumento foi aplicado a um grupo de 223 estudantes do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos dados reunidos verificou-se que dos estudantes inquiridos, 62,1% teve como supervisor um enfermeiro, 14,6% um enfermeiro graduado, 22,4% um enfermeiro especialista e 0,9%, o enfermeiro chefe.

Quanto à supervisão a que foram sujeitos 58,4% dos estudantes referem ter sido nomeado um enfermeiro supervisor e que a relação entre ambos funcionou durante o ensino clínico (Tabela 1).

No que se prende com a frequência com que o estudante reuniu sem marcação com o enfermeiro supervisor sem que o professor de enfermagem estivesse presente, verificou-se que em 40,6% dos casos estas reuniões ocorriam com frequência (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas resumo das dimensões da

experiência supervisiva (N=223)

Variáveis	n	% Válida
Experiência supervisiva		
Não tive um enfermeiro supervisor	19	8,7
Foi nomeado um enfermeiro supervisor e a nossa relação não funcionou	13	5,9
O enfermeiro supervisor nomeado foi alterado sem planeamento	10	4,6
O enfermeiro supervisor varia	26	11,9
Supervisão em grupo	8	3,7
Foi nomeado um enfermeiro supervisor e a nossa relação funcionou	128	58,4
Outro	15	6,8
Não Resposta	4	-
Reuniões entre o tutor e o estudante		
Nunca	39	17,8
Uma a duas vezes	47	21,5
Menos de uma vez por semana	23	10,5
Aproximadamente uma vez por semana	21	9,6
Com frequência	89	40,6
Não Resposta	4	-
Total	223	100

Validade de Constructo:

Para o estudo da validade de constructo procedeu-se à realização de análises fatoriais pelo método de factorização do eixo principal, seguindo rotação ortogonal *varimax*. A medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO – 0.941) é muito boa assim como o resultado do teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(561)} = 6229,261$; $p=,000$). A solução encontrada (tabela 2) mostra 6 fatores com valores próprios $\geq 1,00$, que explicam na totalidade 66,95% da variância. Como se explicita, a estrutura fatorial resultante da análise é consistente bem como os pressupostos teóricos que levaram à construção do instrumento, no entanto o número de fatores resultante da análise fatorial na validação da escala para a população portuguesa é díspar da solução encontrada por Saarikoski *et al.* (2008). Na análise realizada, emergiu mais um fator, que na versão original. Optou-se por considerar esta análise já que quando se forçava a análise para 5 fatores a maioria dos itens saturava nas mesmas dimensões, não apresentando dimensões semelhantes às obtidas no instrumento original. Assim, o fator 1, designado “relação supervisiva” explica 23,793 da variação e agrega 8 itens, o fator 2, designado “papel do professor de enfermagem – componente

formativa” explica 10,847 da variação e agrega 6 itens, o 3º fator, designado “cuidados de enfermagem” explica 9,790 da variação e agrega 4 itens, o fator 4, designado “contexto pedagógico” explica 8,793 da variação e agrega 9 itens, o 5º fator, designado “Estilo de Liderança do Enfermeiro Chefe” explica 7,942 da variação e agrega 4 itens, por último o fator 6, designado “papel do professor de enfermagem – componente relacional” explica 5,783 da variação e contempla 3 itens.

Tabela 2 – Matriz de saturação dos itens nos fatores para a solução rodada ortogonal Varimax com seis fatores (N=223) da CLES+T

Itens	h^2	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
Item 1	,703				,537		
Item 2	,597				,488		
Item 3	,580				,399		
Item 4	,682				,496		
Item 5	,658				,455		
Item 6	,593				,539		
Item 7	,640				,440		
Item 8	,572				,459		
Item 9	,749				,551		
Item 10	,526					,595	
Item 11	,632					,748	
Item 12	,730					,805	
Item 13	,614					,598	
Item 14	,648			,635			
Item 15	,568			,660			
Item 16	,584			,727			
Item 17	,340			,498			
Item 18	,852	,867					
Item 19	,668	,733					
Item 20	,717	,779					

Item 21	,895	,893					
Item 22	,853	,867					
Item 23	,870	,877					
Item 24	,829	,860					
Item 25	,871	,887					
Item 26	,770		,845				
Item 27	,725		,796				
Item 28	,747		,817				
Item 29	,387						,552
Item 30	,538						,565
Item 31	,712		,526				
Item 32	,712		,508				
Item 33	,533						,475
Item 34	,667		,521				
Valores próprios	8,090	3,688	3,329	2,990	2,700	1,966	
% Variância explicada	23,793	10,847	9,790	8,793	7,942	5,783	
% Variância acumulada	23,793	34,640	44,430	53,223	61,165	66,948	

KMO = ,941; Teste de Bartlett ($\chi^2_{(561)} = 6229,261$; $p = .000$).

Fator 1 – Relação Supervisiva; Fator 2 - Papel do professor de enfermagem – componente formativa; Fator 3 – Cuidados de Enfermagem; Fator 4 - Contexto Pedagógico; Fator 5 - Estilo de Liderança do Enfermeiro Chefe; Fator 6 - Papel do professor de enfermagem – componente relacional.

Os itens 3, “Durante as reuniões de equipa (por exemplo, antes dos turnos) sentia-me à vontade para participar nas discussões”, e 7, “As situações de aprendizagem significativas no serviço eram suficientes”, apesar de saturarem com valores mais elevados no fator 1 e 3, respetivamente, foram mantidos nos respetivos fatores teóricos com base na análise das características do seu conteúdo.

Estudo de Fidelidade:

Relativamente ao estudo da fidelidade do instrumento, (tabela 3), observam-se valores de con-

sistência interna considerados bons, em todos os fatores.

Tabela 3 – Valores de coeficiente de alpha de Cronbach obtidos na validação para a população portuguesa da escala CLES+T

Dimensões	n.º de itens	(α)
Contexto pedagógico	9	,93
Estilo de liderança do enfermeiro chefe	4	,84
Cuidados de Enfermagem	4	,81
Relação Supervisiva	8	,97
Papel do professor de enfermagem – componente formativa	6	,91
Papel do professor de enfermagem – componente relacional	3	,70
Total	34	,96

DISCUSSÃO

As cinco dimensões da escala na sua versão original, finlandesa, não foram confirmadas na versão portuguesa da CLES+T. Da análise fatorial emergiram 6 fatores, subdividindo o fator “Papel do Professor de Enfermagem” em dois factores – componentes formativa e relacional - sendo esta a diferença mais notória observada comparativamente com a versão de Saarikoski *et al.* (2008).

Da análise fatorial realizada, constata-se que a relação supervisiva é o fator que mais contribui para a experiência de aprendizagem clínica. Esta evidência é confirmada na versão original da CLES+T (Saarikoski *et al.*, 2008), bem como na validação da versão sueca (Johansson *et al.*, 2010) e alemã (Henriksen; Normann e Skaalvik, 2012) da escala.

O presente estudo corrobora o facto de que a CLES+T apresenta bons valores de consistência interna global e correlações consistentes inter-itens tal como nos restantes estudos de validação (Saarikoski *et al.*, 2008; Johansson *et al.*, 2010; Henriksen; Normann e Skaalvik, 2012).

CONCLUSÕES

Neste estudo, a Escala de Avaliação do Contexto de Aprendizagem Clínica, Supervisão e Professor de Enfermagem demonstrou ser uma medida fide-

digna e válida. Apresenta níveis de consistência interna das dimensões, considerados bons ou excelentes, apesar das alterações no número de dimensões relativamente à escala original.

O presente estudo mostra que a versão portuguesa da escala de avaliação CLES+T apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, pelo que pode ser considerado um instrumento indicado para medir a qualidade do ensino clínico em enfermagem.

No entanto, consideramos que são necessários estudos complementares em amostras ou populações de outros contextos educacionais, que poderão ajudar a explorar as dimensões da escala agora obtidas.

A CLES+T ao ser um instrumento que permite a mensuração de dimensões cruciais da formação do estudante em ensino clínico permite a avaliação do processo supervisivo do estudante de enfermagem. Deste modo, possibilita a identificação de áreas de intervenção para a implementação de estratégias promotoras e/ou facilitadoras do processo de aprendizagem do estudante durante os períodos de ensino em contexto clínico.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. - **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico - Fundamentos, teorias e considerações didácticas**. Coimbra: Formasau, 2007.
- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. - **Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem** 1ª ed. Coimbra: Almedina, 2003.
- BEATON, D. [et al.] - Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**. ISSN 3186-2191. Vol. 25, nº 24 (2000).
- BRONFENBRENNER, U. - **Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.
- FRANCO, J. - Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695. Nº1 (2000) p. 32-50.
- GARRIDO, A.; PIRES, R.; SIMÕES, J. - **Supervisão Clínica em Enfermagem. Perspectivas práticas**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- HENRIKSEN, N.; NORMANN, H. & SKAALVIK, M. - Development and testing of the norwegian version of the Clinical Learning Environment, supervision and nurse teacher (CLES+T) evaluation scale. **International Journal of Nursing Education Scholarship**. doi: 10.1515/1548-923X.2239. Vol. 9, nº1 (2012) p. 1-15.
- JOHANSSON, U.-B. - Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher Evaluation Scale: psychometric evaluation of the Swedish version. **Journal of Advanced Nursing**. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05370.x. Vol. 66, nº 9 (2010) p. 2085-2093.
- MACEDO, A. **Supervisão em enfermagem: construir as interfaces entre a escola e o hospital**. Santo Tirso: De Facto, 2012.
- MARÓCO, J. - **Análise estatística com o SPSS statistics**. 5ª ed. Pero Pinheiro: ReportNumber, 2011.
- PORTARIA nº799-D/99 D.R.. *I Série*. 219 (18-9-1999) 6510-(2)- 6510-(3).
- RUA, M. - **De Aluno a Enfermeiro - Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico**. Loures: Lusociência, 2011.
- SAARIKOSKI, M. [et al.] - The nurse teacher in clinical practice: developing the new sub-dimension to clinical learning environment and supervision (CLES) scale. **International Journal of Nursing Studies**. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.07.009. Vol. 45, nº8 (2008) p. 1233-1237.
- SIMÕES, J. - Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Três olhares cruzados. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695. Nº 14 (2006) p. 3- 14.
- UNIÃO EUROPEIA. Diretiva 2005/35/CE de 30 de setembro. **Jornal Oficial da União Europeia - 255/11 - 255/21**. União Europeia: Bruxelas (2005).

ESQUIZOFRENIA

Carlos Melo-Dias⁽¹⁾; Carlos Fernandes da Silva⁽²⁾



Resumo

A esquizofrenia é uma doença de qualquer momento da vida, duma perturbação contínua da vulnerabilidade, que se pode tornar saliente em qualquer transição desenvolvimental.

A experiência da pessoa doente com esquizofrenia apresenta-se numa perspetiva centrada na pessoa considerando-se o continuum dinâmico, pretendendo salientar-se a desvantagem acumulada resultante desta circunstância clínica

Questionou-se como sintetizar a desvantagem acumulada da circunstância da pessoa doente com esquizofrenia, numa visão centrada na pessoa, que seja clinicamente útil e atual?

A revisão baseou-se na pesquisa de Dezembro de 2012 e Fevereiro de 2013, em 15 bases de dados, selecionando apenas um artigo, de revisão, o mais recente, de cada base de dados, tendo Esquizofrenia no título.

A seleção dos 15 artigos permitiu uma abordagem lata e profunda das evidências que parecem traduzir a desvantagem acumulada na maior probabilidade de desemprego e de ser sem-abrigo; cerca de 2/3 nunca se casam, têm pouco contacto com a família, e têm poucos amigos, sendo baixa a qualidade de vida percebida; e para as famílias um elevado peso (subjetivo e objetivo); reduzido acesso a tratamentos baseados na evidência, reduzido suporte social, e problemas financeiros; e para a sociedade redução substancial da produtividade, associada a sem-abrigo, ao desemprego, e elevada comorbilidade.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Desvantagem; Enfermagem; Revisão Sistemática

Abstract

SCHIZOPHRENIA.

Schizophrenia is a lifetime disorder of development with windows of vulnerability at all stages of life.

The experience of the patient with schizophrenia is presented here from a person-centered Nursing perspective, taking into account the dynamic continuum of the person's complex clinical evolution.

We aim to highlight the cumulative disadvantage resulting from the circumstance of the patient with schizophrenia.

How to synthesize the cumulative disadvantage of the circumstance of the patient with schizophrenia from a patient-centered approach, in a way that is both clinically useful and current?

The review was based on a search conducted in 15 databases in December 2011. A single literature review paper was selected from each database, with schizophrenia in the title.

A selection of 15 papers provided a broader and more in-depth approach of evidence that seems to translate the cumulative disadvantage into greater likelihood of unemployment and homelessness; about two-thirds never get married, they have little contact with families and have few friends; low perceived quality of life; higher burden for families (subjective and objective); reduced access to evidence-based treatments, reduced social support, and financial problems. From a societal perspective, it leads to a substantially reduced productivity associated to homelessness, unemployment, and high comorbidity.

Keywords: Schizophrenia; Disadvantage; Nursing; Systematic Review

Resumen

ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia es una enfermedad que puede aparecer en cualquier momento, es un trastorno continuo de la vulnerabilidad, notable en el desarrollo, la plasticidad o el envejecimiento, con fases de vulnerabilidad en cualquier período de la vida.

La experiencia de la persona con esquizofrenia se presenta aquí de una perspectiva de Enfermería centrada en la persona y considerando el continuum dinámico de su compleja evolución clínica.

¿Cómo se puede sintetizar la desventaja acumulada por la situación de la persona con esquizofrenia desde una perspectiva centrada en la persona y de forma clínicamente útil y actual?

La Extracción y Registro de la Información, como método de revisión sistemática, se basó en la búsqueda realizada en diciembre de 2011 en 15 bases de datos, seleccionando solo el artículo de revisión más reciente de cada base de datos que tuviese, al menos, el expresión «esquizofrenia» en el título.

Rececionado em dezembro 2014. Aceite em janeiro 2015

⁽¹⁾ Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), UCP Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestre em Ciências de Enfermagem (ICBAS). Doutor em Enfermagem (Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Porto); Investigador na UICISA-E; Investigador responsável do Projeto PBE-MENTAL. Email: cmelodias@esenfc.pt

⁽²⁾ Professor Catedrático. Doutoramento em Psicologia Clínica e Agregação em Psicologia. Coordenador do Laboratório de Psicologia Experimental e Aplicada – PsyLab (Universidade de Aveiro). Investigador no IBILI, Coimbra Departamento Ciências da Educação. Universidade de Aveiro, Portugal. csilva@ua.pt

Con un enfoque amplio y profundo, las evidencias parecen traducir la desventaja acumulada en una mayor probabilidad de ser desempleado y sin techo; cerca de 2/3 nunca se casan, tienen poco contacto con la familia y tienen pocos amigos; la calidad de vida observada es baja; para las familias suponen un elevado peso (subjetivo y objetivo); tienen un reducido acceso a tratamientos basados en la evidencia, un reducido apoyo social y diversos problemas financieros; para la sociedad suponen una reducción sustancial de la productividad, asociada a ser desempleado y sin techo, así como a la elevada comorbilidad.

Palabras clave: Esquizofrenia; Desventaja; Enfermería; Revisión Sistemática

INTRODUÇÃO

Este artigo pretende apresentar a circunstância da pessoa doente com a experiência de esquizofrenia numa visão centrada na pessoa que tem uma doença, que fosse sintética, atual, e clinicamente útil.

A Enfermagem, e a de Saúde Mental e Psiquiatria, em particular, independentemente do setting de exercício, concentra os seus focos de atenção na pessoa doente, de forma mensurável e realista, para a obtenção completa ou parcial da resolução do/s problema/s dessa pessoa.

Considera-se pertinente o continuum dinâmico da complexa evolução clínica na vida do doente podendo virtualmente assumir qualquer posição (de autonomia/dependência) ao longo desse continuum, em qualquer momento do tempo, decorrente dos fatores predisponentes – influência genética/hereditária, experiências anteriores, e precipitantes clínicos atuais.

Este texto respeitou a coerência da metodologia em uso, com a perspetiva da pessoa do enfermeiro que explora, recolhe e reflete sobre a outra pessoa, aqui o doente com esquizofrenia, com quem estabelecerá relações terapêuticas, investindo na confiança, empatia, e na ajuda, de modo a incrementar o autoconhecimento do outro interlocutor relacional, em relação aos de história pessoal, de personalidade e de padrões de relacionamento interpessoal.

A pesquisa de materiais seguiu a mesma lógica sistemática do método da revisão sistemática da literatura.

MÉTODO

A Extração e Registo da Informação (ERI) (2) foi alimentada pela estratégia de pesquisa em associação com os critérios genéricos e específicos de inclusão de materiais:

– Pesquisa em 15 bases de dados: Annual Reviews, CINAHL, DOAJ, ERIC, Hubmed, PsycNET, PubMed, RCAAP, Scielo, ScienceDirect, SCIRUS, SpringerLink, Universia, Web of Knowledge, Wiley Online Library.

– Artigos em Inglês, Português, e Espanhol.

– Pesquisa no título: Esquizofrenia; e tipo de artigo: Revisão.

– Apenas um artigo de cada base de dados, o mais recente possível, de periódico.

– Pesquisa de Dezembro de 2012 e Fevereiro de 2013

– Análise Crítica dos Materiais (ACM), abstracts e artigos, utilizando como “filtro de leitura” conteúdos que abordem “a circunstância da pessoa doente com esquizofrenia”.

Desta criteriosa e intencional pesquisa obtiveram-se 15 artigos:

1. Schizophrenia: New Pathological Insights and Therapies, de Jarskog, Miyamoto & Lieberman (2007);
2. Schizophrenia as a disorder of disconnectivity, de Schmitt, Hasan, Gruber & Falkai (2011);
3. From Social Neurons to Social Cognition: Implications for Schizophrenia Research, de Brüne & Ebert (2011);
4. An Update on the Epidemiology of Schizophrenia with a Special Reference to Clinical

- cally Important Risk Factors, de El-Missiry, Aboraya, Manseur, Manchester, France & Border (2011);
5. Schizophrenia Across Cultures, de Myers (2011);
 6. Neurocognition in first-episode schizophrenia: A meta-analytic review, de Meshulam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone & Seidman (2009);
 7. Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths, de Messias, Chen, & Eaton (2007);
 8. Esquizofrenia: uma Revisão, de Silva (2006);
 9. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais, de Neto, Bressan, e Filho (2007);
 10. History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia, de Tsoi, Hunter & Woodruff (2008);
 11. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization, de Tandon, Nasrallah & Keshavan (2009);
 12. Schizophrenia pathophysiology: are we any closer to a complete model? de Lakhan & Vieira (2009);
 13. What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both? A critical analysis, de Gupta & Kulhara (2010);
 14. Schizophrenia: A Systematic Review of the Disease State, Current Therapeutics and their Molecular Mechanisms of Action, de Shin, Malone, Crosby & Capuano (2011);
 15. Genes and schizophrenia: a pseudoscientific disenfranchisement of the individual, de Fleming & Martin (2011).

CONCEPTUALIZAÇÃO

Clínica

O clássico da esquizofrenia é representado pela demência precoce de Kraepelin, incluindo como sintomas característicos as alucinações, perturbações da atenção, da compreensão e do fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos (3; 4; 5; 6; 7).

O conceito esquizofrenia foi criado por Bleuler (*esquizo* = divisão, *phrenia* = mente) indicando a presença de uma fragmentação entre cognição, a emoção e o comportamento, demonstrada na incoerência e descoordenação das funções dos processos mentais; Nomeou como sintomas fundamentais da esquizofrenia, os quatro “A’s”: de perturbação da Associação de ideias, Ambivalência, Autismo e alterações dos Afetos, e ainda os sintomas secundários, nomeadamente as alucinações e os delírios (8; 7; 5; 6).

Com foco na cultura dos povos, a esquizofrenia pode ser a versão final dum modelo de continuum psicótico em que as pessoas podem experienciar uma psicose não-clínica, ou de outro modo experienciar uma multiplicidade de diagnósticos de perturbação psiquiátrica.

Estudos efetuados nos países ocidentais mostram 5% a 8% da população geral referia experiências como que psicóticas, mas tipicamente passageiras, que não perturbavam o funcionamento social, enquadradas nos critérios de psicose não-clínica (8).

A apresentação clínica conta com variáveis que se podem considerar patognomónicas da esquizofrenia, nomeadamente: Sintomas positivos; Sintomas negativos; Desorganização do pensamento; Alterações do humor; Alterações motoras; Cognição; Défice de insight; Comportamento violento; e Sinais neurológicos.

Os sintomas positivos implicam na incapacidade de fazer o teste de realidade podendo ser de diferentes tipos, com diversos graus de persistência e de sistematização, nomeadamente as alucinações – vozes comentadoras que ameaçam e acusam (as mais frequentes), vozes a conversarem entre elas, e ouvir os próprios pensamentos; e os delírios: os delírios de perseguição e delírios de referência (os mais frequentes), de perda do controlo, inserção, roubo, e difusão do pensamento (5; 6).

A essência da sintomatologia negativa é o estado de défice (a perda de função) podendo ser dividida em cinco dimensões: I. Alogia = empobrecimento da cognição (pobreza do discurso, pensamento perseverante); II. Embotamento afetivo = empobrecimento da expressividade, fâcies e voz inexpressivos; III. Avolição e Apatia = falta de energia (letargia, impersistência, falta de iniciativa e

de interesse); IV. Anedonia e Isolamento social = dificuldade em sentir interesse e prazer (redução na atividade recreativa, relacionamentos interpessoais reduzidos); V. Inatenção = dificuldade em focar a atenção (inatenção social, déficit no funcionamento social) (6).

Na desorganização e fragmentação da lógica, da progressão e direção do processo de pensamento são típicas as alterações da forma nomeadamente descarrilamento, tangencialidade, neologismos, pobreza no conteúdo do discurso, incoerência, pressão da fala, fuga de ideias e fala retardada ou mutismo, neologismos, e salada de palavras (5).

Nas alterações do humor embora também exista a elação, a depressão é comum na esquizofrenia, estando os sintomas depressivos presentes na maioria dos doentes, em qualquer fase da doença contribuindo substancialmente para a morbidade da doença (5).

Nas alterações motoras podemos observar dois extremos: a lentificação, associada aos sintomas negativos e depressivos; e a exacerbação, com excessiva atividade motora aparentemente sem finalidade, sendo grosseiramente desordenada, involuntária e catatónica, de movimentos, posturas e expressões faciais (estupor, catalepsia, automatismos, maneirismos, estereotípias, “caretas”, negativismo, e ecopraxia) (7; 5).

Em síntese, as evidências de déficit na cognição, cognição social, e metacognição (9; 10; 11; 12; 5; 6) expressam-se em:

- Persistir ao longo de todo o curso da doença (incluindo na fase premórbida) com diferentes graus de limitação, tendo uma prevalência elevada (talvez universal), quer como estado quer como traço de personalidade;

- Alterações na velocidade de processamento do pensamento, atenção, funções visuoespaciais, funções executivas, memória de trabalho, e na resolução de problemas, sendo preditores incontornáveis dos resultados sociais e vocacionais;

- Déficit da atenção seletiva a estímulos salientes no ambiente, podendo levar à sobrecarga sensorial, resultando nos delírios da tentativa de fazer ligações absurdas entre itens de informação aleatórios;

- A incapacidade em identificar estados mentais

das outras pessoas (a chamada teoria da mente), como pensamentos, crenças e intenções;

- O déficit de insight é mais uma variável cardinal da esquizofrenia sendo significativa a quantidade de doentes que tipicamente acreditam que não tem nenhuma doença ou atribuem os sintomas a outras causas negando qualquer necessidade de tratamento (5).

Apesar de tipicamente serem receados, a maioria dos doentes com esquizofrenia não são violentos, sendo até mais provável que sejam vítimas de violência. Existe no entanto um considerável risco de violência circunstancial, particularmente relacionado com a severidade dos sintomas positivos e/ou déficit de controlo de impulsos e/ou concomitante consumo de substâncias (5).

Os sinais neurológicos maiores são a hipoalgesia (sensibilidade reduzida à dor), déficit no olfacto (alterações na identificação, reconhecimento e discriminação de odores), e déficit oculomotor. Os sinais neurológicos mínimos são os défices na capacidade motora dextra, presença de reflexos primitivos corticais, sinais de libertação cortical, dificuldades na sequenciação de atividades motoras complexas, défices da integração sensorial.

Curso dos episódios de doença

As pessoas apresentam uma diversidade considerável de problemas comportamentais, emocionais e cognitivos premórbidos, podendo existir cerca de cinco anos antes do primeiro episódio de sintomas psicóticos positivos (13; 5).

A fase prodrómica é por sua vez caracterizada por sintomas psicóticos subliminares e uma constelação de outros sinais clínicos, como défices cognitivos, sintomas negativos, alterações do humor, e declínio funcional. Dos estudos longitudinais com pessoas de alto risco de esquizofrenia (ou seja cumulativamente jovens com sintomas psicóticos, história familiar de esquizofrenia e défices neurológicos associados à esquizofrenia), definem que estes sintomas aparecem em média 5 anos antes do primeiro contacto clínico (5).

Definir o início exato da doença esquizofrenia mesmo seguindo os critérios nosológicos da DSM-IV pode ser complexo tendo em conta as variações na apreciação da sintomatologia e da cir-

cunståncia (Primeiro sintoma positivo? Primeira hospitalizaçaõ?). Assim, o mais consensual parece ser o início da esquizofrenia quando apresenta o primeiro episódio psicótico que inclui alucinações, delírio, discurso desorganizado, e sintomas negativos (7; 5).

O curso da doença é caracterizado por exacerbações e remissões, sendo as exacerbações tipicamente desencadeadas pelo stress, emoção expressa elevada, não adesão à medicação ou abuso de substâncias.

É frequente o atingir de um plateau de sintomatologia clínica caracterizado pela remissão ou pela cronicidade (5) com cerca de ¼ dos doentes com remissão completa da psicopatologia e cerca de ½ apresentam melhoria social.

A elevação de cerca de 60% da mortalidade e média de vida encurtada em cerca de 15 a 20 anos provem da maior prevalência de comorbilidades, baixa qualidade de autocuidados de saúde e ao maior risco de acidentes.

O risco de suicídio é mais elevado nos momentos iniciais da doença em particular quando associado a uma melhor função cognitiva premórbida e insight adequado; Cerca de 1/3 de doentes com esquizofrenia são para-suicidas e 5% morre dessa forma.

Como preditores de melhor prognóstico, temos o início agudo da doença, melhor funcionamento premórbido, género feminino, e idade mais avançada à data do início da doença (5).

ETIOLOGIA, VULNERABILIDADE/S E FATORES DE RISCO

Genética

Ter um familiar com esquizofrenia (apesar de não ser suficiente) é o fator mais consistente e significativo, com as seguintes perspetivas de risco: 1% para a população em geral; cerca de 2% primos em primeiro grau; entre 2 a 10% para irmãos; cerca de 16% irmão e progenitor com esquizofrenia (8; 14; 4; 7; 6); gémeos dizigóticos com 0 a 17%; e gémeos monoigóticos cerca de 40 a 79% (15).

O contributo dos genes para o desenvolvimento da esquizofrenia pode ocorrer em qualquer parte do percurso genético e apesar de alguma vulnera-

bilidade genética ter sido identificada a participação de cada gene ou de grupos de genes está ainda por clarificar conclusivamente (15; 11) parecendo mais evidente que a contribuição se faz por um contributo poligénico, em que o fator desencadeador será uma combinação das variações alélicas dos genes envolvidos (16).

Fatores Pré-Natais, Gravidez, e Pós-Natais

São fatores que apresentam prevalência de 20% na história dos doentes com esquizofrenia, apesar de cerca de 97% das pessoas que as sofreram não terem desenvolvido esquizofrenia (8; 4).

Estas complicações podem ser descritas nas seguintes dimensões:

- Complicações na gravidez (hemorragias, diabetes, desnutrição, anemia, doença pulmonar crónica, incompatibilidade sanguínea, pré-eclampsia);

- Restrição do crescimento e desenvolvimento do feto (baixo peso <2500g, má nutrição do feto, malformações congénitas, circunferência craniana reduzida, prematuridade <33 semanas, patologia hipóxico-isquémica);

- Complicações do parto (atonía uterina, asfíxia, cesariana de emergência) (8; 11; 13; 4; 7).

Ainda, como resultantes da ocorrência de deficiências e mutações nas redes neuronais em desenvolvimento parece ser típico que apresentem baixo Quociente de Inteligência, idade tardia no alcançar de metas de desenvolvimento, habilidade de atenção pobre, baixo nível de funcionamento cognitivo, perturbação do pensamento e ajustamento social pobre (13; 4).

Neuroquímica (Dopamina, Serotonina, Glutamato)

A hipótese dopaminérgica considera que uma hipofunção dopaminérgica no córtex pré-frontal seria responsável pelos sintomas negativos (e pelo acontecimento primário da doença esquizofrenia), levando a uma hiperfunção dopaminérgica secundária no estriado, o que por sua vez levaria ao aparecimento dos sintomas positivos (4).

Relativamente à serotonina os primeiros conhecimentos surgiram da observação clínica de pessoas que utilizaram LSD (dietilamina do ácido

lisérgico) por apresentarem sintomas semelhantes aos da esquizofrenia como desrealização, despersonalização e alucinações visuais, relativos ao excesso de atividade serotoninérgica provocada pelo efeito antagonista dos recetores serotoninérgicos (4; 16).

O glutamato é participante em diversas fases do neurodesenvolvimento (a migração, a sobrevivência e a plasticidade neuronal) expressas na adolescência pela plasticidade e poda neuronal, e na velhice pela neurodegenerescência e excitotoxicidade (3).

A hipofunção dos recetores de glutamato foi inicialmente constatada nas pessoas que consumiam drogas como o PCP (Fenciclidina) ou a Quetamina, pois funcionam como antagonistas produzindo uma diversidade de sintomas psicóticos quer positivos quer negativos (4; 6).

Neuropatologia

No campo da neuropatologia a síntese de causalidades são: alteração na volumetria das estruturas cerebrais; alterações da densidade do tecido cerebral; desconectividade/s neuronais; e dessincronização de frequências e respostas neuronais (11; 3; 10; 11; 17; 7; 6).

Acontecimentos Stressantes, Acidentes e Trauma

São acontecimentos que parecem contribuir de forma decisiva para o início de diversas doenças com substrato cerebral, como é o caso da esquizofrenia, através da sua interferência no desenvolvimento das estruturas cerebrais (8; 11; 13; 4; 7).

Parece ser na ocorrência algo infeliz e algo aleatória de uma determinada cadeia de acontecimentos que altera/danifica uma determinada estrutura ou estruturas vulneráveis que surge o precipitante para o início da doença, com lesões/anomalias que interagem em determinado momento com os normais acontecimentos do desenvolvimento e maturação, em particular no desenvolvimento do córtex pré-frontal e dos sistemas dopaminérgicos (11).

O risco parece por isso, aumentado em pessoas que estiveram expostas a acontecimentos stressantes nomeadamente maus tratos na infância e trauma com intencionalidade (como o bullying) (14).

Idade, Género e Epidemiologia

No homem a média de idade típica do primeiro episódio psicótico é entre os 15 e os 25 anos, e na mulher entre os 25 e os 35 anos e também entre os 40-49 anos (8; 6). Os valores assumidos são de consenso pois parece que nos homens a hospitalização ocorre mais cedo, pois apresentam mais sintomas negativos, mais défices cognitivos, pior funcionamento premórbido, e pior resposta aos medicamentos. No sentido oposto nas mulheres manifesta-se com menor severidade de sintomas, melhor resposta aos medicamentos, menos hospitalizações, e melhores períodos de recuperação (8).

Parece também que relativamente à elevada idade parental, em estudos relativamente recentes, sugerem evidências fortes de contributo para o risco dado o aparecimento de mutações no esperma (13).

Posição Socioeconómica

Existe comparativamente risco aumentado nas seguintes circunstâncias e condições: desemprego, baixo nível de escolaridade, ser solteiro, e baixo nível financeiro (8; 14). É no entanto complexo definir qual a posição de vulnerabilidade (causa ou efeito) pois é também verdade que é a própria circunstância de ser doente com esquizofrenia, pelas incapacidades psicossociais diversas que conduzem essa pessoa a uma determinada condição socioeconómica (8).

Emoção Expressa

O excesso de criticismo e de hostilidade dirigidos à pessoa doente em conjunto com o sobreenvolvimento emocional incrementa o risco de recaída e de rehospitalização (14; 6).

Consumo de Substâncias

O consumo excessivo de substâncias continua controverso enquanto determinante existindo duas posições opostas, a que indica que este consumo aumenta o risco de esquizofrenia e a que indica que os doentes com esquizofrenia são mais propensos ao consumo de substâncias (8). Por exemplo no consumo de Cannabis a relação abrange três dimensões: o consumo pode aumentar o risco de desenvolver esquizofrenia; o consumo corres-

ponde a um fator de stress preponderante que pode causar esquizofrenia apenas nas pessoas vulneráveis; o consumo serve de automedicação para os sintomas da esquizofrenia e/ou para os efeitos secundários da medicação antipsicótica (8; 11; 4; 6).

Doenças Autoimunes

Existem dados consistentes que mostram a ligação entre a esquizofrenia e algumas doenças classificadas como autoimunes (desconhece-se se causa ou consequência), nomeadamente uma menor suscetibilidade em desenvolver artrite reumatoide, e no oposto, uma maior suscetibilidade de desenvolver diabetes e doenças da tiroide e de doença Celíaca (3 vezes maior risco) (13).

Riscos Socio-Ambientais

Sabe-se que a probabilidade de risco é cerca de 2 a 4 vezes maior nas zonas urbanas, em oposição às zonas rurais, sendo sugerido que se relacione com a maior concentração de chumbo no ar e solo, com as diferenças específicas do ambiente cultural, com a ausência de família ascendente e a necessidade de um novo plano de vida, com a diferença nas práticas locais relativas ao nascimento e cuidados (como a amamentação), e ainda com a aglomeração de habitantes propiciando a disseminação de infeções (14; 13; 6).

Apesar de ser um dado controverso existe também a problemática da etnicidade e migrações parecendo que pessoas que vivem em locais com baixa densidade de etnia semelhante à sua (menor que 25%) têm maior risco (3 vezes mais) de desenvolver esquizofrenia que os demais habitantes vizinhos (14; 13; 6).

No referente ao clima, parece consistente no hemisfério norte a tendência de cerca de 10% das pessoas com esquizofrenia tenha nascido no inverno ou o início da primavera (não sendo estatisticamente significativo no hemisfério sul). Existem diferentes fatores (isolados ou em conjunto) apontados como possíveis precursores da doença como vírus, trauma perinatal, toxinas e má nutrição. No entanto o mais defendido refere-se que o 2º trimestre da gravidez tenha decorrido durante a época típica das epidemias de gripe (8; 11; 13), como aliás se sugerem também relativamente ao

surgir da toxoplasmose, rubéola, herpes simples, e meningite (13).

CONCLUSÃO

A visão mais justa da esquizofrenia parece ser a de uma doença de qualquer momento da vida, desde o desenvolvimento até ao envelhecimento, com janelas de vulnerabilidade em todos os estádios da vida.

O impacto psicossocial da experiência de esquizofrenia é ilustrado pela maior probabilidade de desemprego e de ser sem-abrigo; cerca de 1/5 têm emprego regular; cerca de 2/3 nunca se casam, têm pouco contacto com a família, e têm poucos amigos; e a qualidade de vida percebida é baixa. Para as famílias constata-se um elevado peso (subjetivo e objetivo); reduzido acesso a tratamentos baseados na evidência, reduzido suporte social, problemas financeiros, e reduzidas relações interpessoais de proximidade. Para a sociedade traduz-se na redução substancial da produtividade associada ao estado de sem-abrigo, ao desemprego, e à elevada comorbilidade.

As características humanas, os traços de personalidade são determinados pela interação de alelos herdados dos pais. O contributo dos pares de alelos presentes na população quando exposto individualmente pode parecer mínimo, mas quando interagem em conjugação com os fatores ambientais o seu impacto é considerável podendo ocorrer em qualquer parte do percurso genético.

Este conjunto complexo e sempre discutível de evidências parece contribuir para uma multicausalidade e interação de diversos acontecimentos desencadeadores da esquizofrenia, ocorrendo algo aleatoriamente e algo previsivelmente numa determinada oportunidade infeliz, numa crise não oportuna, num ambiente psicossocial carregado de circunstâncias e probabilidades acumuladas de acontecimentos desencadeadores de momentos de vulnerabilidade(s).

REFERÊNCIAS

1. **Almeida VCF, Lopes MVO, Damasceno MMC.** Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barbara Barnum. *Revista da Escola Enfermagem Universidade de São Paulo.* 2005, Vol. 39 (2), pp. 202-210.
2. **Melo-Dias C, Lopes M.** RSL Operacionalizada. *Revista Nursing.* Julho de 2011, Vol. 271.
3. **Gupta S, Kulhara P.** What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both? A critical analysis. *Indian Journal Psychiatry.* Jan-Mar de 2010, Vol. 52:1, pp. 21-27.
4. **Neto AGAA, Bressan RA, Filho GB.** Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Rev. Psiq. Clín.* 2007, Vols. 34, supl 2.
5. **Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS.** Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research.* 2009, Vol. 110.
6. **Tsoi DT-Y, Hunter MD, Woodruff PWR.** History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia. *Psychiatry.* 2008, Vol. 7:10.
7. **Silva RCB.** Esquizofrenia: uma Revisão. *Psicologia USP.* 2006, Vol. 4:17.
8. **El-Missiry A, Aboraya AS, Manseur H, Manchester J, France C, Border K.** An Update on the Epidemiology of Schizophrenia with a Special Reference to Clinically Important Risk Factors. *Int J Ment Health Addiction.* 2011, Vol. 9.
9. **Brüne M, Ebert A.** From Social Neurons to Social Cognition: Implications for Schizophrenia Research. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2011, Vol. 24:1.
10. **Jarskog LF, Miyamoto S, Lieberman JA.** Schizophrenia: New Pathological Insights and Therapies. *Annual Review of Medicine.* 2007, Vol. 58, pp. 49-61.
11. **Lakhan SE, Vieira KF.** Schizophrenia pathophysiology: are we any closer to a complete model? *Annals of General Psychiatry.* 2009, Vol. 8:12.
12. **Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ.** Neurocognition in First-Episode Schizophrenia: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology.* 2009, Vol. 23:3.
13. **Messias E, Chen C-Y, Eaton WW.** Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *Psychiatr Clin North Am.* 2007, Vol. 30:3.
14. **Myers NL.** Update: Schizophrenia Across Cultures. *Curr Psychiatry Rep.* 2011, Vol. 13.
15. **Fleming MP, Martin CR.** Genes and schizophrenia: a pseudoscientific disenfranchisement of the individual. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2011, Vol. 18.
16. **Shin JK, Malone DT, Crosby IT, Capuano B.** Schizophrenia: A Systematic Review of the Disease State, Current Therapeutics and their Molecular Mechanisms of Action. *Current Medicinal Chemistry.* 2011, Vol. 18.
17. **Schmitt A, Hasan A, Gruber O, Falkai P.** Schizophrenia as a disorder of disconnectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011, Vol. 261 (Suppl 2).

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA *NURSE COMPETENCE SCALE* (NCS) PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Luís Miguel Nunes de Oliveira⁽¹⁾; Paulo Joaquim Pina Queirós⁽²⁾



Resumo

Enquadramento: O interesse na competência dos enfermeiros tem crescido de forma significativa, por motivos que se prendem com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Compreender e analisar o conceito de competência é uma tarefa que se afigura difícil, se atendermos à diversidade de abordagens sugeridas na literatura disponível. O facto de não existir um conceito globalmente aceite, conduz a um potencial de polémica, ambiguidade e confusão. As divergências no significado e as definições adotadas nos locais de trabalho e nos contextos educativos, afetam a interpretação dos resultados da investigação com implicações para a profissão. Parece estarmos todos de acordo quanto à necessidade de avaliar e medir a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais ao longo do tempo.

Objetivos: Contribuir para a tradução, adaptação e validação da *Nurse Competence Scale* (NCS) para a população portuguesa; descrever o processo de adaptação linguística e analisar as suas propriedades psicométricas; analisar a validade e fidelidade de um instrumento capaz de avaliar as competências do enfermeiro.

Metodologia: Foi realizada uma análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal *varimax* e análise da consistência interna, com os dados de uma amostra não probabilística de 1164 enfermeiros a trabalhar em Portugal.

Resultados: A versão portuguesa revelou possuir qualidades psicométricas boas e semelhantes às do instrumento original. Manteve a mesma estrutura fatorial, embora diminuíssem o número de itens. O coeficiente alfa de Cronbach total=0,973 garantiu a consistência interna do instrumento.

Conclusão: A escala NCS versão portuguesa evidenciou ser fiável e válida para a prática, ensino e investigação.

Palavras-chave: competência profissional, competência do enfermeiro, *Nurse Competence Scale*.

Abstract

TRANSLATION, CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF *NURSE COMPETENCE SCALE* (NCS) FOR THE PORTUGUESE POPULATION.

Framework: The interest in the competency of nurses has been growing significantly due to issues pertaining to the quality of care and safety of the patients. Understanding and analyzing the concept of competency is a difficult chore, if we take into consideration the diversity of suggested approaches in the available literature. Because an accepted global concept does not exist, we are driven towards a potential controversy, ambiguity and confusion. The discrepancies in the meaning and the adopted definitions in the work place and in the educative contexts, affect the interpretation of the results of the investigation with implications to the profession. We all seem to be in accordance in terms of the necessity to evaluate and measure the acquisition and development of professional competencies throughout time.

Objectives: To contribute towards the translation, adaptation and validation of the *Nurse Competence Scale* (NCS) for the Portuguese population; describe the process of linguistic adaptation and analyze its psychometric properties; analyze the validity and accuracy of an instrument capable of evaluating the competencies of a nurse.

Methodology: A factorial analysis was done in principal components with *varimax* octagonal rotation and internal consistency analysis with data from a non probabilistic sample of 1164 nurses working in Portugal.

Results: The Portuguese version revealed having good psychometric qualities and similar to those of the original instrument. The same factorial structure was maintained although there was a decrease in the number of items. The total Cronbach alpha coefficient = 0,973 guaranteed the internal consistency of the instrument.

Conclusion: The Portuguese version of the *NCS Scale* has proven to be reliable for practice, teaching and investigation.

Keywords: professional competency, competency of the nurse, *Nurse Competence Scale*

Resumen

TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE *NURSE COMPETENCE SCALE* (NCS) DE LA POBLACIÓN DE PORTUGAL.

Antecedentes: El interés por la competencia de las enfermeras ha crecido de manera significativa, por razones que se pueden hacer con la calidad de la atención y seguridad del paciente. Comprender y analizar el concepto de competencia es una tarea que resulta difícil, si tenemos en cuenta la diversidad de los enfoques sugeridos en la literatura disponible. El hecho de que no es un concepto ampliamente aceptado, que conduce a un potencial controversia, la ambigüedad y la confusión. Las diferencias de significado y definiciones adoptadas

Recebido em novembro 2014. Aceite em janeiro 2015

⁽¹⁾ MSc Universidade Católica Portuguesa; lic. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professor adjunto ESEnFC.

⁽²⁾ Postdoc ICBAS-UP; Phd Uex; MSc FMUC; Lic. Enfermagem de Reabilitação. Professor Coordenador ESEnFC.

en el lugar de trabajo y en el ámbito educativo, afectan a la interpretación de los resultados de la investigación con implicaciones para la profesión. Parece que todos estamos de acuerdo en la necesidad de evaluar y medir la adquisición y desarrollo de competencias profesionales a través del tiempo.

Objetivos: Contribuir a la traducción, adaptación y validación de la Nurse Competence Scale (NCS) para la población portuguesa; describir el proceso de adaptación lingüística y analizar las propiedades psicométricas; analizar la validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar las competencias de los enfermeros.

Conclusión: la escala versión portuguesa NCS ha demostrado ser fiable y válido para la práctica, la enseñanza y la investigación.

Resultados: La versión portuguesa ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas y similar a la del instrumento original.

Mantenido la misma estructura factorial, aunque disminuya el número de elementos. El alfa de Cronbach total = 0,973 garantizado la consistencia interna del instrumento.

Palabras clave: *competencia profesional, competencia de las enfermeras, Nurse Competence Scale.*

INTRODUÇÃO

A competência profissional dos enfermeiros é definida como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança. Por razões que se prendem com questões relacionadas com a qualidade dos cuidados e a segurança dos pacientes, adicionado à escassez global de profissionais de enfermagem qualificados, o interesse na competência dos enfermeiros tem aumentado. Embora existam diferentes pontos de vista e definições de competência, estamos de acordo quanto à necessidade de avaliar e medir a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais ao longo do tempo.

A avaliação pode ser definida como o processo pelo qual tentamos identificar ou determinar a adequação das competências a um assunto que diz respeito a uma esfera específica ou possível de atividade (Allen *et al.*, 2008; Bellini *et al.*, 2008). Segundo vários autores, o processo de avaliação e certificação de competências é um grande desafio para os profissionais de saúde, para garantir a segurança do paciente e qualidade dos cuidados prestados (Allen *et al.*, 2008; Needleman *et al.*, 2007). Por essa razão, foram desenvolvidas várias ferramentas e metodologias para a avaliação de competências dos enfermeiros, incluindo a *Nurse Competence Scale* (NCS).

ENQUADRAMENTO

Os enfermeiros cuidam de pessoas ao longo de todo o ciclo da vida, desde o nascimento até à morte, cuidando dos pacientes e das suas famílias, em vários contextos, que requerem competências específicas. Benner (1984) definiu competência do enfermeiro como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real. O que implica que a prática de Enfermagem requer a aplicação de combinações complexas de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes (Cowan *et al.*, 2005).

Tal como noutras profissões, também na Enfermagem o conceito de competência tem sido amplamente discutido, embora ainda não se tenha chegado a um entendimento comum ou uma definição. Apesar dos conceitos de competency e competence sejam frequentemente usados como sinónimos (Tilley, 2008), as distinções entre estes conceitos, bem como o seu desempenho, são frequentemente referenciados por diversos autores. Eraut (1998) descreveu competence como um termo genérico, que incide sobre o desempenho real numa situação; por outro lado, competency refere-se a uma capacidade potencial e/ou uma capacidade em função de uma dada situação (Schroeter, 2008). Também o Internacional Council of Nurses (ICN) distinguiu duas abordagens básicas na literatura que estuda as competências de enfermagem (Affara, 2003; Dolan, 2003; ICN, 2005; ICN-CNAI, 2010; Watson *et al.*, 2002; Manley *et al.*, 2000). O primeiro, chamado behaviorista, centra-se nas características, nas habilidades, so-

bre as suas posições e envolve a observação direta do desempenho (performance) profissional. Nesta abordagem, a competência geral (overall competence) depende do nível obtido em cada habilidade específica (denominada competency). A segunda abordagem, chamada holística, refere-se à competência em termos de grupos de capacidades gerais, conceitualmente ligados uns aos outros, e concentra-se nos atributos ou nos traços gerais do profissional, que são essenciais para fornecer um desempenho eficaz. Esses atributos, tais como o nível de cultura, valores, atitudes ou pensamento crítico, são a base para o desenvolvimento de competências específicas (Affara, 2003; ICN-CNAI, 2010; McMullan *et al.*, 2003; Watson, R. *et al.*, 2002).

Clareza conceitual

O número de definições e descrições do termo “competência” é muito grande, e, por conseguinte, é impossível descrevê-las todas neste artigo. Embora possam parecer semelhantes, competence e competency não são necessariamente sinónimos. Competence refere-se a uma capacidade potencial e/ou uma capacidade de, em função de uma dada situação. Competency incide sobre o desempenho real numa situação.

Isso significa que competence é necessária antes de atingir competency. Assim, a competence torna a pessoa capaz de cumprir as suas responsabilidades profissionais. Competency é determinada pela comparação de trabalho em execução, com padrões de desempenho estabelecidos, desenvolvidos no ambiente de trabalho, de acordo com um papel ou função e uma configuração específica. Ao atingir competence e competency, pode-se aumentar/melhorar a quantidade de habilidades em Enfermagem e oferecer aos pacientes melhores cuidados.

A relação entre competência e desempenho é também frequentemente referenciada na literatura (Tzeng, 2004), embora também se afirme que o desempenho não reflete o que uma pessoa aprendeu (Björk, 1999).

Berkow *et al.*, (2008), referem que a competência do enfermeiro assenta em seis habilidades/categorias: a comunicação, o conhecimento clínico,

o pensamento crítico, a gestão de competências, o profissionalismo e a capacidade técnica.

Carper (1978), definiu quatro padrões de “saber” em Enfermagem, que abrangem várias perspectivas, procurando ilustrar as dimensões da competência necessária em Enfermagem, sublinhando que a compreensão desses padrões é essencial para o ensino e para a aprendizagem da disciplina. Esta identificação de padrões, apesar de muito antiga, é ainda hoje referida (Brown *et al.*, 2003; Chinn & Kramer, 1999; Porter, 2010). Os padrões são (Carper, 1978):

- Saber Empírico - que é conhecido, como o conhecimento científico em geral. Engloba o padrão empírico, conhecimento factual e descritivo que visa desenvolver explicações abstratas e teóricas.

- A maneira de Saber Estética - inclui os aspetos expressivos da Enfermagem, e requer um processo de envolvimento e interpretação.

- Saber Pessoal - está preocupado com “the knowing, encountering and actualization of the concrete, individual self” (o saber, encontrar e a atualização do concreto, o eu individual) (p. 18). “Sabendo” faz com que seja possível utilizar o autocuidado (Brown *et al.*, 2003).

- Saber Moral e Ético - implica questões éticas em Enfermagem, e está focado no dever e na responsabilidade (Carper, 1978). A capacidade de aplicar estruturas morais e éticas para situações complexas é um aspeto do saber moral (Brown *et al.*, 2003).

Carper actualizou em 1992 e 2006, a sua sistematização sobre padrões de conhecimento em Enfermagem, acrescentando o padrão reflexivo e sociopolítico.

Benner (1984), através de uma abordagem fenomenológica, identificou sete competências/domínios da prática de Enfermagem: (1) O papel da ajuda; (2) A função de ensino-orientação; (3) A função de diagnóstico e monitorização; (4) A gestão eficaz em situação de mudança súbita; (5) A gestão e monitorização de intervenções e regimes terapêuticos; (6) A vigilância e garantia da qualidade das práticas de saúde; e (7) competências organizacionais e do trabalho.

O papel da ajuda implica a criação de um ambiente para estabelecer um compromisso com o

tratamento, por exemplo estar com o paciente, proporcionando conforto e maximizando a sua participação.

A função de ensino-orientação (acompanhamento) é descrito como a motivação do paciente para aprender, para compreender a interpretação da sua doença, dando a justificativa para os procedimentos.

A função de diagnóstico e monitorização implica a deteção e o registo de mudanças significativas nas condições dos pacientes, fornece um sinal de alerta precoce e de antecipação de problemas.

A quarta dimensão, a gestão eficaz de situações que se alteram subitamente - implica desempenho qualificado em situações de risco de vida e uma rápida avaliação do problema.

O quinta dimensão, a administração e monitorização de intervenções e regimes terapêuticos e implica a administração de medicamentos, monitorização de efeitos adversos e reações, bem como a luta contra os perigos da imobilidade.

O sexto domínio, fiscalizar e garantir a qualidade das práticas de saúde, que implica fornecer um backup do sistema para garantir a segurança de cuidados médicos e de enfermagem.

O sétimo e último domínio, função organizacional e do trabalho, implica a coordenação, manutenção, e conhecimento das várias necessidades e solicitações. O estabelecimento de prioridades e a resolução de problemas com falta de pessoal são aspetos críticos deste domínio (Benner, 1984).

Além disso, Benner (1984) descreveu o desenvolvimento de competências do enfermeiro como um continuum de iniciado a perito, baseado no modelo de Dreyfus & Dreyfus (1986). Este modelo consiste em cinco estágios aquisição de competências a partir de uma orientação “saber” (knowing that) para uma base de experiência “saber-fazer” (knowing how). A experiência com as situações reais é necessária para desenvolver a competência profissional, isto é, para ser um perito.

A aprendizagem leva tempo e não é suficiente para obter o conhecimento: é também necessário refletir sobre esse conhecimento e utilizá-lo de forma adequada e eficaz (Facione *et al.*, 2000; Profetto-McGrath, 1999). Os enfermeiros recém-formados estão, assim, num processo de aquisição de competências.

Medir as competências do enfermeiro

A competência dos recém-formados em Enfermagem tem sido estudada a partir de diferentes perspetivas, tais como, o desenvolvimento prático de habilidades em ambientes de simulação (Martins, J. *et al.*, 2014), em ambientes clínicos (Björk, 1999) e a perceção da transição de papéis nos hospitais (Delaney, 2003; Whitehead, 2001). A maioria destes estudos tiveram uma abordagem qualitativa. Os benefícios de abordagens qualitativas são, entre outras, a necessidade de obter informações detalhadas sobre como os enfermeiros percebem o seu desempenho na enfermagem, a sua competência como enfermeiro e as suas experiências de enfermagem em várias configurações complexas. Os benefícios de abordagens quantitativas de medição de competência do enfermeiro são, entre outras, as opções de comparações entre os grupos, em várias configurações, em vários países, bem como, em diferentes culturas.

Vários instrumentos têm sido desenvolvidos para medir a competência do enfermeiro. Um desses instrumentos é The Nurse Self-Description Form (NSDF), que foi originalmente desenvolvido por Taylor *et al.* (1961) e, posteriormente, adaptado e validado pelo Western Interstate Council of Higher Education for Nursing, nos EUA (Dagenais & Meleis, 1982). O NSDF abrange: a autonomia, a visão científica, a capacidade de investigação, o potencial para atuar como um agente de mudança, a capacidade de adaptação, o altruísmo, a empatia, a capacidade de tomar decisões e o interesse no envolvimento e aperfeiçoamento profissional. O instrumento pressupõe que a avaliação da própria competência em relação aos outros, influencia o desempenho e o desenvolvimento pessoal (Meleis & Dagenais, 1981).

Meretoja & Leino-Kilpi (2001), ao analisarem os instrumentos para medir as competências do enfermeiro, referiram que o uso repetido de instrumentos era limitador. No momento da sua revisão bibliográfica, onze instrumentos estavam na sua fase inicial, e apenas um instrumento, o Six-Dimension Scale of Nurse Performance (6D Scale), foi relatado como utilizado repetidamente (Meretoja & Leino-Kilpi, 2001). Essa escala foi desenvolvida por Schwirian em 1978, e inclui: a

liderança, os cuidados intensivos, o ensino/colaboração, o planeamento/avaliação, as relações interpessoais/de comunicação e o desenvolvimento profissional (Schwirian, 1978).

Nos últimos anos, nos países da União Europeia, procurou-se desenvolver uma ferramenta de medição de autoavaliação de competências do enfermeiro (Cowan *et al.*, 2008). O European Healthcare Training and Accreditation Network (ETHAN) Questionnaire Tool (EQT) que consiste em 108 itens, distribuídos por oito domínios de competência, que têm entre 6 e 40 itens cada domínio (Cowan *et al.*, 2008). A EQT é baseada em categorias de competências necessárias para a Enfermagem prática, nos países da UE. Os autores concluem que, no teste psicométrico inicial, os resultados parecem promissores, mas também afirmam a necessidade de uma definição de competência em Enfermagem adequada para utilização internacional (Cowan *et al.*, 2008).

A Nurse Competence Scale (NCS) de Meretoja *et al.* (2004), baseada nos domínios para a prática de Enfermagem de Benner (1984), é um instrumento genérico, que permite comparações entre países e culturas. A escala NCS e a 6D Scale têm sido validadas em vários países (Meretoja *et al.*, 2004). Os testes de normalidade para a NCS mostraram uma distribuição normal, enquanto o mesmo teste para a 6D Scale mostrou assimetria. Estes resultados indicam que o NCS cumpre os seus objetivos.

As diferentes perspetivas e expectativas de competências do enfermeiro são espelhadas quando, olhando para a NCS e o EQT, em que o primeiro instrumento se baseia numa fundamentação teórica de Enfermagem e o outro em requisitos de autoridades europeias de saúde.

A *NURSE COMPETENCE SCALE* (NCS)

A escala original foi desenvolvida por Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi, (2004), para enfermeiros finlandeses. Os seus itens iniciais foram elaborados com base na revisão da literatura (Benner, 1984), onde os autores procuraram: conceitos de competência em uso e instrumentos relacionados com o conceito, a construção de um questionário

semi-estruturado utilizado para recolher dados e indicadores de competências dos enfermeiros, a criação de 25 grupos de experts em diferentes serviços do hospital (num total de 122), que durante 3 meses produziram descrições que consideraram necessárias para cada nível e para cada categoria de competências, criando um total de 1308 descrições, donde resultaram, após análise de conteúdo, 193 indicadores de competência da prática de Enfermagem. Seguidamente, estes indicadores foram avaliados por 12 estudantes de doutoramento em Ciências de Enfermagem, que foram convidados a analisar os indicadores com pelo menos 50% de concordância, entre os 122 experts. Daqui resultaram 173 itens indicadores de competências do enfermeiro, que foram criticamente revistos e determinada a sua relevância através de um questionário submetido a 26 enfermeiros. Desta primeira versão da NCS, no ano seguinte, foi feito um teste piloto em condições semelhantes às realizadas, onde foram convidados a avaliar numa escala, a validade dos indicadores e das categorias. Uma escala tipo Lickert (1-10) foi utilizada para avaliar o nível de competência. O passo seguinte foi a revisão da redação dos conteúdos, por 5 enfermeiras-chefes que trabalhavam no hospital, com o objetivo de tornarem a linguagem mais clara. Porque o nível médio de competência era demasiado elevado, entendeu-se criar um formato visual analógico de 0 a 100 (0 baixo nível e 100 elevado nível de competência), permitindo uma resposta com mais precisão. Por fim, para verificar a aplicabilidade da escala visual analógica, foi realizado um teste com 3 enfermeiras, que referiram ser de fácil utilização.

Com a concordância e validação de mais de 50% dos enfermeiros experts, a escala é constituída por 73 itens, que após realização do teste psicométrico (conteúdo, construto, validação e consistência interna), com uma amostra de 498 enfermeiros, se agruparam em 7 categorias, com uma variância explicada de 55,3%.

O quadro de competências de Benner (1984) foi escolhido para precisar o domínio de conteúdo de competências do enfermeiro.

A confiabilidade dos fatores da NCS foi estimada pela determinação das correlações inter-item e item-total, assim como o valor do alfa de Cronba-

ch. O coeficiente de correlação média inter-item dos 7 fatores variou entre 0,353 e 0,442. O coeficiente de correlação item-total variou entre 0,322 e 0,731. O valor do alfa de Cronbach da NCS variou entre 0,79 e 0,91.

Quadro 1 – Teste de confiabilidade da *Nurse Competence Scale*, versão original

Dimensão	Nº de itens	α de Cronbach
Papel de ajuda	7	0,79
Função de ensino e orientação	16	0,91
Função de diagnóstico	7	0,79
Gerir situações	8	0,83
Intervenções terapêuticas	10	0,88
Assegurar a qualidade	6	0,82
Desempenhado	19	0,91

METODOLOGIA

De acordo com os objetivos pretendeu-se disponibilizar em português um instrumento que permita avaliar as competências do enfermeiro. Caracteriza-se por um estudo metodológico, no qual se procedeu à tradução e adaptação cultural do instrumento para português e, posteriormente, ao estudo das suas propriedades psicométricas.

Tradução e adaptação cultural

É universalmente aceite entre os investigadores, que a mera tradução literal de uma escala não garante a validade da medida; é preciso realizar uma adaptação cultural para que a escala se torne relevante e compreensível, mantendo a integridade dos itens originais. Não existe, no entanto, um consenso entre os pesquisadores quanto ao método a ser utilizado nas adaptações culturais (Vilelas, 2009).

Beaton *et al.* (2000) sugerem algumas etapas que terão de ser pormenorizadas, por ser um processo metodológico simples e muito rigoroso.

- Tradução inicial – foi solicitada a tradução da *Nurse Competence Scale* (NCS) a dois tradutores com conhecimento dos conceitos pretendidos.

- Síntese das duas traduções - após a receção das duas traduções ambos os tradutores reuniram e procederam ao acerto de algumas discrepâncias encontradas. Tendo-se, posteriormente, redigido uma versão única em português.

- Retroversão (back-translation) – a retro-tradução da escala foi solicitada a um terceiro tradutor de origem inglesa e residente em Portugal. Foi, seguidamente, enviada para a autora, que se tinha disponibilizado para o efeito, e que sugeriu algumas correções linguísticas, que, na sua opinião, permitiriam assegurar as semelhanças com a escala original.

- Grupo de especialistas – O grupo de especialistas foi constituído por 7 elementos, sendo 5 enfermeiras que apresentavam as seguintes características: mais de 10 anos de serviço; possuíam a categoria de enfermeira especialista ou de enfermeira-chefe. Participaram ainda neste grupo 2 docentes de uma escola de enfermagem, com a categoria de professores-adjuntos, colegas do programa de doutoramento que frequentamos. Todos os elementos eram conhecedores do que o instrumento se proponha avaliar, dos conceitos existentes e da língua de origem do instrumento. Pretendeu-se que este grupo fizesse a avaliação semântica, idiomática, cultural e conceptual.

- Teste da versão pré-final da escala – nesta fase solicitou-se a 15 enfermeiros que preenchessem o questionário e, em seguida, foi-lhes proporcionada uma entrevista no sentido de avaliar a compreensão, a clareza e a pertinência do instrumento.

O instrumento foi, posteriormente, preparado para ser respondido por correio eletrónico, tendo o questionário sido enviado desta forma para os convidados. Estes, por sua vez, poderiam fazer os seus comentários e sugestões também através do correio eletrónico, que lhe foi disponibilizado na apresentação do estudo e das instruções de preenchimento. Este sistema apresentou algumas vantagens: o questionário tem de ser todo preenchido, pois o programa não permite deixar questões sem resposta, evitando assim a perda de alguns dados; evita a utilização de papel e a correção posterior de algumas perguntas; os custos financeiros são menores; permite ao respondente reencaminhar o questionário para o e-mail de outros enfermeiros;

a receção dos dados é organizada automaticamente, numa base de dados em Excel®, que é rececionada pelo investigador.

Num primeiro passo foi pedida a colaboração a vários enfermeiros-chefes duma instituição hospitalar, solicitando-lhes que respondessem ao questionário e posteriormente reencaminhassem, por correio eletrónico, o questionário aos enfermeiros do serviço que se voluntariassem para o efeito. Não nos apercebemos de qualquer dificuldade no seu preenchimento por este meio eletrónico utilizado.

O reencaminhamento dos e-mail, modificou a amostra inicialmente prevista, pois estes foram reenviados para outros enfermeiros de outras instituições do todo país.

Uma desvantagem, difícil de contornar, poderá ser o preenchimento duplicado, embora na apresentação inicial, se solicite para não responder duas vezes ao questionário. Esta dificuldade poderia ser contornada com a identificação do endereço de Internet Protocol (IP) do computador (identificador do computador), impedindo assim o preenchimento do questionário duas vezes. Não optámos por esta solução, porque os serviços hospitalares não dispõem de computadores individuais, o que só permitiria o preenchimento do questionário por um enfermeiro.

O instrumento mostrou-se compreensível, com clareza e enquadrado na nossa cultura. Este passo, permitiu simultaneamente avaliar a validade aparente do instrumento.

Considerações éticas

Antes de iniciarmos o processo de tradução e validação da escala procedemos ao pedido de autorização para a utilização da *Nurse Competence Scale* à Blackwell Publishing, empresa detentora dos direitos para a língua inglesa, que enviou, via e-mail, a autorização. No e-mail enviado aos convidados para preenchimento do instrumento de colheita de dados, referíamos-nos ao consentimento informado, onde foram incluídas informações sobre a natureza do estudo, o sigilo e a confidencialidade das respostas e o carácter voluntário da participação no estudo, garantindo o cumprimento das normas vigentes em pesquisa envolvendo seres humanos.

Características da amostra

A amostra é não probabilística, constituída por 1164 enfermeiros. Através da caracterização sociodemográfica, apurou-se que 886 (76,10%) são do sexo feminino e 278 (23,90%) são do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre os 22 e os 59 anos, a média situa-se nos 31,32 anos, com um desvio padrão de 7,66 anos. De realçar que a grande maioria os enfermeiros (51,55%) pertence ao grupo etário dos 20-29 anos. Relativamente ao estado civil a moda é “solteiro”. As habilitações académicas, 3 (0,26%) enfermeiros possuem o bacharelato, 995 (85,48%) a licenciatura em Enfermagem, 163 (14,00%) o mestrado e 3 (0,26%) o doutoramento. Têm uma especialidade em Enfermagem 366 (31,44%) enfermeiros, destes 108 (29,50%) em Médico-Cirúrgica, 90 (24,59%) em Reabilitação, 39 (10,66%) em Saúde Materna e Obstétrica, 51 (13,93%) em Saúde Comunitária, 41 (11,20%) em Infantil e Pediátrica, 34 (9,29%) em Saúde Mental e Psiquiátrica e 3 (0,82%) com outras especialidades. Relativamente ao tempo de serviço, 515 (44,24%) possuem até 5 anos, 251 (21,56%) entre 6 e 10 anos, 198 (17,02%) entre 11 e 15 anos, 135 (11,30%) entre 16 e 20 anos e 65 (5,58%) com mais de 20 anos de serviço. Em relação à região do país onde exercem a sua profissão, 310 (26,605) encontram-se na Região Norte, 385 (30,10%) na Região Centro, 321 (27,60) na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 89 (7,60%) na Região Sul e 59 (5,10%) nas Regiões Autónomas. Em relação ao serviço onde trabalham, 266 (22,90%) em serviços cirúrgicos, 362 (31,10%) em serviços de medicina, 216 (18,60%) em serviços de urgência/cuidados intensivos, 149 (12,80%) em centros de saúde/unidades de saúde familiar, 92 (7,90%) em unidades de cuidados continuados/paliativos e 79 (6,80%) noutros serviços.

Propriedades psicométricas da *Nurse Competence Scale* (NCS)

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico SPSS® (Statistical Package of Social Sciences, versão 20.0). Na análise exploratória, verificaram-se os pressupostos necessários para aplicação da técnica de análise fatorial.

Tabela 1 – Distribuição da amostra (n=1164)

Variável		Nº	%
Idade	20-29	600	51,55
	30-39	336	28,87
	40-49	197	16,92
	50-59	31	2,66
	>60	-	0,00
Sexo	Masculino	278	23,90
	Feminino	886	76,10
Estado civil	Solteiro	617	53,00
	Casado	469	40,30
	União de facto	44	3,80
	Divorciado	32	2,70
	Viúvo	2	0,20
Habilitações académicas	Bacharelato	3	0,26
	Licenciatura	995	85,48
	Mestrado	163	14,00
	Doutoramento	3	0,26
Categoria profissional	Enfermeiro	783	63,30
	Enfermeiro especialista	322	27,70
	Enfermeiro-chefe	52	4,50
	Enfermeiro supervisor	7	0,60
Especialidade em Enfermagem	Médico-Cirurgia	108	9,30
	Reabilitação	90	7,70
	Saúde Materna e Obstétrica	39	3,40
	Saúde Infantil e Pediátrica	41	3,50
	Saúde Comunitária	51	4,40
	Saúde Mental e Psiquiátrica	34	2,90
	Outras	3	0,30
Tempo de serviço	Até 5 anos	515	44,24
	6 - 10 anos	251	21,56
	11 - 15 anos	198	17,02
	16 - 20 anos	135	11,30
	> 20 anos	65	5,58
Região do país	Região Norte	310	26,6
	Região Centro	385	30,10
	Região Lisboa e Vale do Tejo	321	27,60
	Região Sul	89	7,60
	Regiões Autónomas	59	5,10
Tipo de serviço onde trabalha	Cirurgia	266	22,90
	Medicina	362	31,10
	Urgência/Cuidados Intensivos	216	18,60
	Centro Saúde/USF	149	12,80
	Cuidados Continuados/Paliativos	92	7,90
	Outro	79	6,80

Realizámos uma análise fatorial exploratória sobre a matriz das correlações das Competências, com extração dos fatores pelo método das componentes principais, seguida de rotação Varimax, com o objetivo de perceber a forma como se agrupam, ou seja, como se associam em fatores comuns (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008). Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um eigenvalue superior a 1, em consonância com o *scree-plot* e a percentagem de variância retida uma vez que, de acordo com Maroco (2007), a utilização de um único critério pode levar à retenção de mais ou menos fatores do que aqueles relevantes. Para analisar a validade desta análise utilizou-se o critério KMO com os critérios de classificação definidos em Maroco (2007) e Pestana & Gageiro (2008). Observou-se um KMO=0,959, que indicou a adequação da amostra para a realização da técnica da análise fatorial. A fatorabilidade da matriz de correlação foi confirmada pelo teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2=56008,732$ $p\leq 0,001$), o que significa que as variáveis estão correlacionadas significativamente. Portanto, a análise fatorial pode ser executada.

Quadro 2 – Medida de Kaiser-Meyer-Olkin e teste de Bartlett

Medida de adequação de amostragem	Kaiser-Meyer-Olkin	de	,959
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	56008,732	
	df	1770	
	Sig	,000	

A validade do construto está diretamente ligada à sua definição e conceptualização, ou seja, traduz a adequação da estrutura conceptual subjacente à construção do próprio instrumento de medida (Fortin, 2003). A análise da validade do construto realizou-se com base em análises fatoriais exploratórias em componentes principais (PCA) com rotação ortogonal Varimax, forçada a sete fatores, com normalização de Kaiser.

Na análise fatorial, definimos como critérios para extração: valores próprios (engenvales) maiores que 1 e cargas fatoriais (“factor loading”) >0,40. Obtivemos uma solução de 7 fatores, que

explicam 63,798% da variância.

As decisões respeitantes ao número de fatores a extrair, a partir da análise fatorial, tiveram por base considerações estatísticas.

Assim, foram eliminadas os itens 3, 5, 6, 7, 23, 27, 37, 49, 50, 55, 57, 63, 66 e 68, obtendo-se um total de 59 itens. No final, ficámos com os fatores conforme se descrevem a seguir:

1) O fator 1 explica 41,274% da variância e nele saturam os itens 22, 28, 29, 30, 34, 35, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 54, 62 e 64;

2) O fator 2 explica 5,958% da variância e nele saturam os itens 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19 e 21;

3) O fator 3 explica 5,106% da variância e nele saturam os itens 58, 59, 65, 67, 69, 70, 71, 72 e 73;

4) O fator 4 explica 3,503% da variância e nele saturam os itens 20, 24, 25, 31, 32, 33, 36, 39, 40, 47 e 56;

5) O fator 5 explica 3,156% da variância e nele saturam os itens 15, 16, 60 e 61;

6) O fator 6 explica 2,288% da variância e nele saturam os itens 26, 51, 52, e 53;

7) O fator 7 explica 2,156% da variância e nele saturam os itens 1, 2 e 4.

Como podemos verificar pelo resultado, a análise fatorial realizada propõe um construto com significado racional (Quadro 1).

Voltámos a realizar um novo cálculo do alfa de Cronbach, tendo obtido no global uma muito boa consistência (0,973), assim como para cada um dos fatores:

- 0,950 para o fator 1, que integra 17 itens. As saturações variam entre 0,446 e 0,749. Os 17 itens retidos neste fator constituem a dimensão “Planeamento e prestação de cuidados”;

- 0,929 para o fator 2, que integra 11 itens. As saturações variam entre 0,611 e 0,731. Os 11 itens retidos constituem a dimensão “Ensino e Orientação”;

- 0,918 para o fator 3, que integra 9 itens. As saturações variam entre 0,519 e 0,795. Os 9 itens retidos neste fator constituem a dimensão “Organização e Desempenho Pessoal”;

- 0,923 para o fator 4, que integra 11 itens. As saturações variam entre 0,435 e 0,753. Os 11 itens retidos neste fator constituem a dimensão “Gestão

Quadro 1 – Composição dos fatores, cargas fatoriais, comunalidades, variância explicada, média da correlação item-total e confiabilidade dos fatores.

Itens	Fatores							h ²	
	1	2	3	4	5	6	7		
PLANEAMENTO E PRESTAÇÃO DE CUIDADOS									
22	Desenvolver programas de acompanhamento e orientação para os novos enfermeiros no meu serviço.	.658							.601
28	Preparar os elementos da equipa, nas suas capacidades, para o acompanhamento dos doentes.	.503							.547
29	Preparar os elementos da equipa de enfermagem para a utilização dos meios de diagnóstico.	.547							.566
30	Elaborar os registos de enfermagem relativos à prestação de cuidados aos doentes.	.609							.584
34	Organizar reuniões de esclarecimento/informação, para a equipa prestadora de cuidados, sempre que necessário.	.712							.679
35	Preparar os elementos da equipa para dominarem com rapidez acontecimentos adversos.	.749							.734
38	Preparar a equipa para atuar com rapidez nas situações de urgência.	.470							.561
41	Coordenar as atividades de enfermagem com a equipa multidisciplinar.	.568							.605
42	Orientar a equipa prestadora de cuidados para melhorar o seu desempenho nas intervenções de enfermagem.	.747							.727
43	Atualizar os protocolos escritos para a prestação de cuidados.	.711							.701
44	Proporcionar a consulta dos protocolos à equipa de prestação de cuidados.	.716							.650
45	Utilizar os resultados da investigação para melhorar os cuidados de enfermagem.	.613							.662
46	Avaliar sistematicamente os resultados dos cuidados de enfermagem.	.446							.626
48	Contribuir para um maior desenvolvimento da equipa multidisciplinar.	.583							.586
54	Elaborar propostas para realização de mais pesquisa e investigação científica.	.664							.682
62	Disponibilizar conhecimentos atualizados à equipa prestadora de cuidados.	.520							.614
64	Orientar os membros da equipa para realizarem as tarefas de acordo com as suas capacidades.	.537							.630
ENSINO E ORIENTAÇÃO									
8	Elaborar o mapa dos ensinios a realizar aos doentes		.656						.640
9	Escolher o momento oportuno para realizar os ensinios aos doentes.		.677						.644
10	Dominar os conteúdos a ensinar aos doentes.		.611						.612
11	Proporcionar ensinios individualizados aos doentes.		.695						.659
12	Orientar os ensinios a realizar aos doentes		.731						.704
13	Reconhecer as necessidades de apoio aos familiares.		.652						.648
14	Atuar autonomamente no apoio aos familiares.		.636						.535
17	Avaliar o resultado dos ensinios realizados aos doentes em conjunto com os mesmos.		.636						.687
18	Avaliar o resultado dos ensinios realizados aos doentes em conjunto com os familiares.		.709						.713
19	Avaliar o resultado dos ensinios realizados aos doentes em conjunto com a equipa prestadora de cuidados.		.679						.657
21	Planear os ensinios aos doentes no meu serviço.		.626						.607
ORGANIZAÇÃO E DESEMPENHO PESSOAL									
58	Atuar de forma responsável atendendo aos limites dos recursos financeiros disponíveis.			.550					.502
59	Familiarizar-me com a política de trabalho da minha organização tendo em conta a divisão de trabalho e a coordenação de funções.			.616					.592
65	Implementar novos conhecimentos para otimizar a prestação de cuidados.			.519					.577
67	Cuidar de mim próprio, para não esgotar os meus recursos físicos e mentais.			.787					.741
69	Coordenar/orientar os cuidados prestados aos doentes.			.633					.619
70	Gerir acontecimentos adversos sempre que necessário.			.711					.658

71	Dar <i>feedback</i> aos colegas de forma construtiva.			.625					.626
72	Desenvolver os cuidados prestados aos doentes no seio da equipa multidisciplinares.			.666					.681
73	Desenvolver o ambiente de trabalho.			.795					.764
GESTÃO DE ACONTECIMENTOS E LIDERANÇA									
20	Desenvolver as minhas competências profissionais.			.524					.547
24	Analisar o bem-estar dos doentes a partir de várias perspetivas.			.477					.575
25	Ser capaz de identificar as necessidades de apoio emocional dos doentes.			.435					.602
31	Ser capaz de reconhecer antecipadamente uma situação de risco de vida.			.735					.700
32	Priorizar as minhas atividades com a flexibilidade necessária, de acordo com as situações.			.752					.716
33	Atuar adequadamente nas situações de risco de vida.			.753					.715
36	Planear os cuidados de enfermagem de acordo com os recursos disponíveis.			.589					.604
39	Planear com flexibilidade as minhas atividades, de acordo com a situação clínica.			.622					.612
40	Tomar decisões acerca dos doentes individualmente, tendo em conta a situação clínica.			.592					.511
47	Incorporar na prática clínica os conhecimentos relevantes para proporcionar a excelência dos cuidados de enfermagem			.539					.612
56	Estar consciente do limite dos meus recursos.			.491					.531
FUNÇÃO DOCENTE									
15	Contribuir para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem durante o processo de tutoria.					.782			.772
16	Apoiar os estudantes de enfermagem a atingirem os seus objetivos.					.798			.766
60	Orientar os estudantes de enfermagem que realizam ensinamentos clínicos no meu serviço.					.679			.676
61	Preparar/orientar os recém-formados e os novos especialistas na profissão.					.599			.611
ASSEGURAR A QUALIDADE									
26	Ser capaz de identificar as necessidades de apoio emocional dos familiares.					.483			.635
51	Avaliar criticamente a filosofia do meu serviço.					.440			.534
52	Avaliar sistematicamente a satisfação dos doentes pelos cuidados de enfermagem prestados.					.568			.561
53	Utilizar os resultados da investigação na melhoria dos cuidados de enfermagem realizados aos doentes.					.602			.686
DIAGNÓSTICO									
1	Planear os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais dos doentes.							.763	.771
2	Apoiar as estratégias de <i>coping</i> dos doentes.							.677	.670
4	Alterar o plano de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais dos doentes.							.641	.611
Variância explicada		41,274	5,958	5,106	3,503	3,156	2,288	2,156	
Total da variância explicada		63,441							
Confiabilidade (Alpha de Cronbach)		0,950	0,929	0,918	0,923	0,865	0,755	0,805	
Confiabilidade Global (Alpha de Cronbach)		0,973							
Total de itens		17	11	9	11	4	4	3	

de acontecimentos e liderança”;

- 0,865 para o fator 5, que integra 4 itens. As saturações variam entre 0,599 e 0,798. Os 4 itens retidos neste fator constituem a dimensão “Função docente”;

- 0,755 para o fator 6, que integra 4 itens. As saturações variam entre 0,483 e 0,602. Os 4 itens retidos neste fator constituem a dimensão “Assegurar a qualidade”;

- 0,805 para o fator 7, que integra 3 itens. As saturações variam entre 0,641 e 0,763. Os 3 itens retidos neste fator constituem a dimensão “Diagnóstico”.

Os valores das comunalidades variam entre 0,502 e 0,772.

DISCUSSÃO

Da análise fatorial da NCS versão portuguesa resultou uma estrutura com sete dimensões, compostas por 59 itens.

Analisados os dados e estudadas as propriedades psicométricas do instrumento, verifica-se que a versão portuguesa apresenta um alpha de Cronbach global de 0,973, superior ao da versão original de Meretoja *et al.* (2004) (0,829 versus 0,973). A versão portuguesa apresenta também valores de confiabilidade superiores em todas as dimensões, com exceção da dimensão “Assegurar a qualidade”, onde o número de itens foi reduzido de 6 para 4, fator que certamente contribuiu para esta diminuição de 0,820 para 0,755.

No estudo de validação do instrumento, realizado em Itália por Finotto & Cantarelli (2009), a NCS apresentou valores de confiabilidade superiores a 0,850. O estudo de Scavone *et al.* (2014), também realizado em Itália, mostra que a NCS mantém uma estrutura com sete dimensões e os resultados mostraram uma boa consistência interna e de conteúdo, com elevados níveis de consistência interna e estabilidade (alfa de Cronbach variou entre 0,93 e 0,97). Os valores são aproximados com os que apresentamos no nosso estudo.

No que respeita à análise da fidelidade da NCS (versão portuguesa) pode afirmar-se que a medida evidenciou bons níveis de consistência interna no

global e nas dimensões consideradas. Para além disso, parece adequar-se em termos de validade de conteúdo, tendo em conta o processo de equivalência linguística desenvolvido e a concordância conceptual entre o painel de peritos.

CONCLUSÃO

A metodologia adotada e os dados obtidos neste estudo são aceitáveis, o que nos permite concluir que a NCS na versão portuguesa apresenta boas características psicométricas. A fiabilidade, considerando a consistência interna, é boa, podendo a escala ser utilizada em contexto de estudos descritivos. Assim, sugerimos a realização de estudos com amostras mais homogêneas, de modo a confirmar e consolidar as propriedades do instrumento.

Esperemos que a versão portuguesa da NCS seja um incentivo à realização de novos trabalhos, constituindo uma mais-valia não só para o estudo das competências do enfermeiro, como também, por um lado, para a melhoria da qualidade do trabalho, dos cuidados de enfermagem e do atendimento dos pacientes; por outro, seja um contributo para a organização e gestão de recursos, no sentido de uma melhor satisfação e desenvolvimento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affara, F. A. (2003). ICN framework and core competencies for the family nurse. International Council of Nurses, Genova.
- Allen, P., Lauchner, K., Bridges, R. A., Francis-Johnson, P., McBride, S. G., & Olivarez, A. (2008). Evaluating continuing competency: A challenge for nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(2), 81-85.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24), pp. 3186-3191.
- Bellini, L., Guastalli, G., Ministrini, C., Moretti, L., Pace, S. & Carli, E. (2008) Le competenze infermieristiche di base e le competenze avanzate: strumenti e strategie formative. *Nursing oggi*;13(2):6-11.
- Benner, P. (1984). From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice. Addison Wesley, Menlo Park.
- Cowan, D. T., Norman, I. & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice: A controversial concept - A focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25, pp. 55-362.
- Berkow, S., Virkstis, K. N. D., Stewart, J. B. A. & Conway, L. M. (2008). Assessing new graduate nurse performance. *The Journal of Nursing Administration*, 38, pp. 468-474.

- Bjørk, I. T. (1999). Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. Institutt for sykepleievitenskap. University of Oslo, Oslo.
- Brown, B., Crawford, P. & Hicks, C. (2003). Evidence-based research. Open University Press, Maidenhead.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, pp. 13-23.
- Carper, B.A. (1992): Philosophical inquiry in nursing: an application. In Kikuchi, J.F, Simmons H. (eds). *Philosophical Inquiry in nursing*. Newbury Park CA, Sage.
- Carper, B. (2006). Fundamental patterns of knowing in nursing. In L. C. Andrist, P. K. Nicholas & K. A. Wolf (Eds.), *A history of nursing ideas* (pp. 129-137). Sudbury, Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Benner, P. A. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (1999). *Theory and nursing. Integrated knowledge development*. MosbyInc, St. Louis.
- Cowan, D. T., Jenifer Wilson-Barnett, D., Norman, I. J. & Murrells, T. (2008). Measuring nursing competence: Development of a self-assessment tool for general nurses across Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 902-913.
- Dagenais, F. & Meleis, A. I. (1982). Professionalism, work ethic and empathy in nursing: The Nurse Self-Description Form. *Western Journal of Nursing Research*, 4, pp. 407-422.
- Delaney, C. (2003). Walking a fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation. *Journal of Nursing Education* 42, pp. 437-443.
- Dolan, G. (2003). Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right. *Journal of Clinical Nursing*, 12, pp. 132-141.
- Eraut, M. (1998). Concepts of competence. *Journal of Interprofessional Care*, 12, pp. 127-139.
- Facione, P.A., Facione, N. C. & Giancarlo, C. A. (2000). The disposition toward critical thinking: Its character, measurement, and relationship to critical thinking skill. *Informal Logi*, 20, pp. 61-84.
- Finotto, S. & Cantarelli, W. (2009). Nurse's competence indicators: linguistic and cultural validation of the Nurse Competence Scale. *Professioni Infermieristiche*, 62(1), pp. 41-48.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.ª ed. Loures: Lusociência. International Council of Nurses (ICN) (2005). *Regulation terminology*. ICN, Genova.
- International Council of Nurses - Consociazione nazionale associazioni infermiere (ICN-CNAI) (2010). *La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica del Consiglio internazionale degli infermieri*. Casa editrice ambrosiana, Milano.
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M.A, *et al.* (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal Advanced Nursing*, 41(3), pp. 283-294.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, J. C., Mazzo, A., Mendes, I. A. & Rodrigues, M. A. (2014). *A simulação no ensino de Enfermagem. Série monográfica. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Meleis, A. I. & Dagenais, F. (1981). Sex-role identity and perception of professional self in graduates of three nursing programs. *Nursing Research* 30, pp. 162-167.
- Meretoja R. & Leino-Kilpi, H. (2001). Instruments for Evaluating Nurse Competence. *Journal of Nursing Administration* July/August, 31, pp. 346-352.
- Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47, July, pp. 124-133.
- Needleman, J., Kurtzman, E. T. & Kizer, K. W. (2007). Performance measurement of nursing care: state of the science and the current consensus. *Medical Care Research and Review*, 64(4), pp. 10S-43S.
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528.
- Porter, S. (2010). Fundamental patterns of knowing in nursing. The Challenge of Evidence-based practice. *Advances in Nursing Science*, 33, pp. 3-14.
- Profetto-McGrath, J. (1999). Critical thinking skills and critical thinking dispositions of baccalaureate nursing students. Faculty of graduate studies and research. University of Alberta, Alberta.
- Scavone, R. , Ausili, D. & Di Mauro, S. (2014). La valutazione delle competenze infermieristiche: uno studio di validazione della Nurse Competence Scale. *Rivista l'Infermiere*, 51 (6), pp. 69-79.
- Schroeter , K. (2008). *Competence Literature Review. Competency & Credentialing Institute* (Ed.). October. Denver.
- Schwirian, P. M. (1978). Evaluating the Performance of Nurses: A Multidimensional Approach. *Nursing Research*, 27, pp. 347-350.
- Taylor, C. W., Smith, Ghiselia & Ellison (1961). Exploration in the measurement and prediction of contribution of one sample of scientists. In *Technical Report ASD-TR-61-66*. Lakeland Air Force Base, Texas.
- Tilley, D. D. S. (2008). Competency in nursing: a concept analysis. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, pp. 58-66.
- Tzeng, H. (2004). Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *International Journal of Nursing Studies*, 41, pp. 487-496.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., *et al.* (2002). Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal Advanced Nursing*, 39(5), pp. 421-431.
- Whitehead, J. (2001). Newly qualified staff nurses' perceptions of the role transition. *British Journal of Nursing*, 10, pp. 330-339.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínio dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

Devem estruturar-se da seguinte forma:

Resumo: Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

Palavras Chave: até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

Introdução: Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

Desenvolvimento da temática

Conclusão: Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

Bibliografia: Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

Resumo; Palavras Chave; Introdução (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

Material e métodos: Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

Resultados: Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

Discussão: Comentar os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

Conclusão: Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

Agradecimentos: Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: www.sinaisvitais.pt/rie.php

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

Imagens, figuras e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

Tabelas, quadros e gráficos devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais e do SOS, Jornal de Enfermagem.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

Monografias;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

Artigos de publicações periódicas;

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.

NOTA FINAL: Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.