



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº21 SÉRIE 2 - NOVEMBRO 2017

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

EFETIVIDADE DO MINDFULNESS NA PESSOA COM PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE

EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS: IN PEOPLE WITH ANXIETY DISORDER

9

EFFECTIVIDAD DEL MINDFULNESS EN LA PERSONA CON TRASTORNO DE ANSIEDAD

Ana Isabel Duarte; Carla Susana Monteiro; Linda Samanta Fernandes; Rosa Cristina Lopes

A METODOLOGIA DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM ENFERMAGEM

THE METHODOLOGY OF INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE IN NURSING

17

LA METODOLOGÍA DE REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA EN ENFERMERÍA

Luís Manuel Mota de Sousa; Cristina Maria Alves Marques-Vieira; Sandy Silva Pedro Severino; Ana Vanessa Antunes

SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS DE UMA EQUIPA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA A MELHORIA DA UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE CONFERÊNCIA FAMILIAR

NURSES' SUGGESTIONS FROM A PALLIATIVE CARE SUPPORT TEAM TO IMPROVE THE USE OF THE FAMILY CONFERENCE TECHNIQUE

27

SUGERENCIAS DE LOS ENFERMEROS DE UN EQUIPO DE APOYO EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA LA MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE LA

TÉCNICA DE CONFERENCIA FAMILIAR

Bruno Miguel Gomes Pereira Feiteira; Maria Manuela Cerqueira

ENGAGEMENT EM COLABORADORES DE UMA LINHA DE MONTAGEM DE AUTORRÁDIOS

ENGAGEMENT IN CONTRIBUTORS OF AN AUTORRADIO MOUNTING LINE

39

ENGAGEMENT EN EMPLEADOS DE UNA LINEA DE MONTAJE DE AUTORRÁDIOS

Carla Diana Ferreira Antunes; Eduarda do Sameiro Castro Vilaça; Fernanda Sameiro Afonso Barreto; Isabel Maria Batista de Araújo



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);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

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

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 Dinis 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/ **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



Prevenção dos Comportamentos suicidários: um tema prioritário para pesquisa na enfermagem

Os comportamentos suicidários tem um impacto expressivo em todo o mundo. Estima-se que a cada 40 segundos ocorra um óbito por suicídio. Este problema está entre as 10 maiores causas de morte na população mundial, é a segunda maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos e, anualmente, provoca mais óbitos do que todos os conflitos mundiais somados. Esses resultados contrastam com a informação de que a maioria dos óbitos por suicídio é considerada evitável (World Health Organization (WHO) 2014) e indicam que ainda há muito a ser feito no que se refere à prevenção do suicídio.

Considerando que os comportamentos suicidários são associados a múltiplos fatores de risco e proteção (Franklin et al. 2017; World Health Organization (WHO) 2014), há diferentes possibilidades de intervenções preventivas que precisam ser conhecidas, implementadas, investigadas e aprimoradas pela enfermagem, que pode exercer um papel decisivo na prevenção do suicídio (Emergency Nurses Association 2012; Registered Nurses' Association of Ontario 2009).

A prevenção do suicídio requer abordagens efetivas, humanizadas, criativas, inovadoras, abrangentes, acessíveis, sustentáveis e culturalmente adaptadas. Todavia, ainda há uma carência de evidências suficientemente sólidas provenientes de estudos de intervenção que possam orientar práticas e políticas relacionadas à prevenção e que sejam realmente capazes de contribuir com a redução do comportamento suicida (Robinson and Pirkis 2014; Silverman et al. 2014).

Destaca-se ainda a importância de investimento em pesquisas com rigor metodológico que abordem temas emergentes, lacunas e estratégias de intervenção com características promissoras, como por exemplo ações de elevado impacto social e intervenções multiníveis que articulem diferentes recursos e dispositivos sociais e atuem sobre fatores de risco ou proteção relevantes e modificáveis.

A prevenção dos comportamentos suicidários deve incluir a prevenção da mortalidade e de diferentes experiências de “morte” no âmbito simbólico, social ou existencial, além de promover a qualidade de vida em todos os sentidos possíveis. Tais aspectos parecem ser essencialmente ligados ao ato de cuidar, em sua concepção mais abrangente e portanto, o enfermeiro pode ser um agente diferenciado na prevenção dos comportamentos suicidários por meio da pesquisa, ensino, gestão, bem como por sua atuação política e cidadã.

Profª Doutora Kelly Graziani Giacchero Verdana

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Brasil). Pós-Doutoranda da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Responsável pelo Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS). Vice-presidente do Capítulo Rho Upsilon da Sigma Theta Tau Internacional - Sociedade Honorífica de Enfermagem.

Referências

Emergency Nurses Association. 2012. Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment. Full Version.

Franklin, Joseph C. et al. 2017. "Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research." *Psychological Bulletin* 143(2):187–232. Retrieved (<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/bul0000084>).

Registered Nurses' Association of Ontario. 2009. "Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour." (January):1–122.

Robinson, Jo and Jane Pirkis. 2014. "Research Priorities in Suicide Prevention: An Examination of Australian-Based Research 2007–11." *Australian Health Review* 38(1):18. Retrieved November 21, 2017 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24262112>).

Silverman, Morton M., Jane E. Pirkis, Jane L. Pearson, and Joel T. Sherrill. 2014. Reflections on Expert Recommendations for U.S. Research Priorities in Suicide Prevention.

World Health Organization (WHO). 2014. "Preventing Suicide: A Global Imperative." 92.

EFETIVIDADE DO MINDFULNESS NA PESSOA COM PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE

Ana Isabel Duarte⁽¹⁾; Carla Susana Monteiro ⁽²⁾; Linda Samanta Fernandes⁽³⁾; Rosa Cristina Lopes⁽⁴⁾



Resumo

Introdução: O mindfulness ou atenção plena, é uma técnica de meditação baseada na tradição budista, que, apesar de alguma resistência inicial da comunidade científica, tem vindo a ganhar ênfase ao longo do tempo. Atualmente, o mindfulness aparece no contexto das terapias cognitivas de terceira geração, tem como objetivo manter a consciência no momento presente o que potencia a sensação de bem-estar e o desapego a experiências de sofrimento, o que sugere aplicabilidade em situações como as perturbações de ansiedade, depressão, dor crónica, entre outros.

Método: Partindo da questão de investigação “Qual a efetividade do mindfulness no controlo da pessoa com perturbações de ansiedade?” e alicerçada na estratégia de PICOD, realizou-se uma revisão integrativa da literatura dos artigos científicos publicados entre 2012 e 2016 disponíveis no motor de busca EBSCOhost.

Resultados: Foram selecionados cinco artigos que avaliam a efetividade do mindfulness na redução da sintomatologia ansiosa. Estes mostraram evidências significativas na diminuição dos sintomas relacionados com perturbações de ansiedade e aplicação do Mindfulness associado ou não à Terapia Cognitivo-Comportamental e /ou psicoterapia.

Conclusão: As terapias baseadas no Mindfulness evidenciaram resultados significativos na redução da sintomatologia associada às perturbações de ansiedade. Contudo, importa clarificar, em novos estudos, o contributo da variável Mindfulness de modo isolado.

Palavras-Chave: Mindfulness; Perturbação de Ansiedade

Abstract

EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS: IN PEOPLE WITH ANXIETY DISORDER

Introduction: Mindfulness is a meditation technique based on the Buddhist tradition, which, despite some initial resistance from the scientific community, has been gaining emphasis over time. Nowadays, mindfulness appears in the context of third-generation cognitive therapies, aiming to maintain consciousness in the present moment which enhances feelings of well-being and detachment from experiences of suffering, which suggests applicability in situations such as disorders of Anxiety, depression, chronic pain, among others.

Method: Based on the research question “What is the effectiveness of mindfulness in controlling the person with anxiety disorders?” And based on the PICOD strategy, an integrative review of the literature of scientific papers published between 2012 and 2016 was made available in the EBSCOhost search engine.

Results: Five articles were selected that evaluate the effectiveness of mindfulness in the reduction of anxious symptomatology. These have shown significant evidence in the decrease of symptoms related to anxiety disorders and application of Mindfulness associated or not to Cognitive-Behavioral Therapy and / or psychotherapy.

Conclusion: The therapies based on Mindfulness have shown significant results in reducing the symptoms associated with anxiety disorders. However, it is important to clarify, in new studies, the contribution of Mindfulness in isolation.

Keywords: Mindfulness; Anxiety Disorder

Resumen

EFECTIVIDAD DEL MINDFULNESS EN LA PERSONA CON TRASTORNO DE ANSIEDAD

Introducción: Lo mindfulness o la atención plena, es una técnica de meditación basada en la tradición budista, que, a pesar de cierta resistencia inicial de la comunidad científica, ha ido ganando importancia con el tiempo. Actualmente, lo mindfulness aparece en el contexto de las terapias cognitivas de tercera generación, que tiene como objetivo mantener la conciencia en el momento presente que mejora la sensación de bienestar y dejar ir las experiencias de sufrimiento, lo que sugiere aplicabilidad en situaciones tales como trastornos ansiedad, depresión, dolor crónico, entre otros.

Método: A partir de la cuestión de la investigación “Cuál es la efectividad del mindfulness en el control de la persona con trastornos de ansiedad? y basada en la estrategia de PICOD, se realizó una revisión integrativa de la literatura de los artículos científicos publicados entre 2012 y 2016 disponibles en el motor de búsqueda EBSCOhost.

Resultados: Se seleccionaron cinco artículos que evalúan la eficacia de lo mindfulness en la reducción de los síntomas de ansiedad. Estos mostraron evidencia significativa en la reducción de los síntomas relacionados con trastornos de ansiedad y la aplicación de lo mindfulness con o sin terapia cognitiva-conductual y / o psicoterapia.

Conclusión: Las terapias basadas en lo mindfulness mostraron resultados significativos en la reducción de los síntomas asociados con los trastornos de ansiedad. Sin embargo, debe aclararse en estudios posteriores, la contribución de la variable de lo mindfulness en forma aislada.

Palabras clave: Mindfulness; Trastorno de Ansiedad

Recebido em abril 2017. Aceite em julho 2017

⁽¹⁾ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE

⁽²⁾ Mestre em Sociopsicologia da Saúde, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

⁽³⁾ Mestre em Psiquiatria Cultural, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

⁽⁴⁾ Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, MSc, PhD

INTRODUÇÃO

O Mindfulness ou atenção plena é uma técnica de meditação de origem budista que se focaliza no presente. A origem do nome – mindfulness – surgiu quando há mais de 30 anos alguns médicos procuraram introduzir a meditação na medicina convencional (Pudicombe, 2016).

Apesar de alguma resistência inicial da comunidade científica, face aos benefícios da meditação na saúde, a investigação permitiu constatar que esta abordagem tem efeitos positivos que podem ser comprovados através da observação de exames imagiológicos. A meditação consciente não só muda a atividade cerebral como aumenta a área do cérebro associada ao bem-estar (Williams & Penman, 2016).

Vários estudos demonstram que as pessoas que meditam são mais positivas e que essa prática melhora as relações com os outros, fortalece o sistema imunitário, reduz o stress crónico e hipertensão, reduz o impacto das doenças graves, como a dor crónica e o cancro, e pode ajudar a libertar a dependência das drogas e do álcool, melhora a memória e diminui a irritabilidade, a depressão e a ansiedade (Williams & Penman, 2016).

A ansiedade é a reação antecipada a uma ameaça. É considerada perturbação quando partilha características de medo, ansiedade excessiva e alterações de comportamento (APA, 2013).

Os Transtornos de Perturbação de Ansiedade ocupam, no nosso País, uma prevalência de 16.5%, de acordo com os dados obtidos no estudo epidemiológico apresentado pela Direção Geral de Saúde. Esta prevalência, a mais elevada das perturbações psiquiátricas, contribui para que, o nosso País, assim como para a Irlanda do Norte com 14.6%, se distinga dos outros países da Europa no que diz respeito à prevalência das perturbações psiquiátricas pela negativa (DGS, 2014).

Existem várias perturbações de ansiedade e diferem entre si nos objetos ou situações que

causam medo, ansiedade ou comportamento de evitamento. A Perturbação de Ansiedade Generalizada caracteriza-se por dificuldade em controlar as preocupações em

relação a determinados acontecimentos e atividades interferindo na atenção sobre as tarefas que realiza (APA, 2013).

Segundo os resultados apresentados na DSM-5 (2013) a prevalência a 12 meses da perturbação de ansiedade generalizada entre adultos é de 2,9% nos EUA e nos restantes países varia entre 0,4% a 3,6%. A probabilidade de ter Perturbação de Ansiedade Generalizada é duas vezes superior no sexo feminino (APA, 2013).

Constatamos assim que, a Perturbação de Ansiedade Generalizada atinge uma dimensão significativa a nível mundial e dessa forma se percebe a necessidade de investimento nesta área. O mindfulness é uma maneira natural de aliviar a ansiedade validado por um fluxo constante de investigações. Várias intervenções psicológicas se têm vindo a desenvolver, com base no mindfulness, demonstrando impacto na redução da sintomatologia psicopatológica como a ansiedade, depressão, raiva e distress psicológico geral. Estas intervenções estão inseridas nas designadas terapias de terceira geração (Lapa et al., 2015).

A OMS no seu Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 (OMS, 2013) apresenta como medida de promoção e prevenção da saúde mental as práticas tradicionais (como yoga e meditação) baseadas na evidência.

Ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental compete avaliar “fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental” assim como executar “uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental” (OE, 2010: 4).

Este estudo tem como objetivo analisar a existência de evidências científicas sobre a efetividade do mindfulness no controlo das perturbações de ansiedade.

METODOLOGIA

Esta revisão integrativa da literatura utilizou a estratégia de PICOD (população, intervenção, comparações, outcomes e desenho do estudo) na construção da questão de investigação (The Joanna Briggs Institute, 2015). Assim, a questão orientadora foi “Qual a efetividade do mindfulness no controlo da pessoa com perturbações de ansiedade?” e os critérios de seleção foram: P – pessoas com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de perturbação de ansiedade; I – intervenções de mindfulness cujo objetivo seja reduzir a ansiedade; C – comparações que utilizem instrumentos de avaliação validados para a população estudada; O – eficácia do mindfulness na redução/controlo da ansiedade; D – estudos quantitativos e revisões integrativas e sistemáticas.

A pesquisa foi realizada no dia 8 de outubro de 2016, tendo-se recorrido ao motor de busca EBSCOhost, que incluiu as bases de dados (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Complete, Library, Information Science & Technology Abstracts e Medilatina).

Foram utilizados os descritores “mindfulness” e “anxiety disorder” (termos obrigatoriamente presentes nos títulos dos artigos) e o marcador booleano “and”.

A seleção dos artigos teve em consideração os critérios de inclusão e exclusão, mas também o limitador temporal de 2012-01-01 a 2016-10-08, os idiomas português, inglês e espanhol e o acesso a textos completos gratuitos em PDF.

Da pesquisa resultaram 11 artigos (4 artigos da MEDLINE Complete, 4 artigos da CINAHL Complete, 2 artigos da Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, e 1 artigo da Database of Abstracts of Reviews of Effects). Destes, 5 foram excluídos por repetição e 1 artigo por não falta de relevância para o estudo. Deste modo foram selecionados

5 artigos para a realização desta revisão integrativa.

RESULTADOS

Os 5 artigos selecionados serão apresentados na Tabela 1, segundo os critérios definidos na metodologia, maioritariamente relacionam o Mindfulness e a pessoa com perturbação de ansiedade generalizada, havendo apenas um que relaciona o Mindfulness e a pessoa com perturbação de ansiedade social (Burton et al., 2013).

Tabela 1 – Identificação dos artigos selecionados

Estudo	Artigo	Tipo de Estudo
E1	“Mindfulness-and acceptance based intervention for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis”. J. Vollestad, M. Nielsen e G. Nielsen (2012)	Revisão sistemática
E2	“Effect of Mindfulness Based Stress Management on Reduction of Generalized Anxiety Disorder” S. Majid, T. Seghatoleslam, HA. Homan, A. Akhvast, H. Habit (2012).	Experimental
E3	“The Relation Between Mindfulness and fear of Negative Evaluation Over the Course of Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder”. M. Burton, Stefan K. Schmertz, M. Price, A. Masuda, P. L. Anderson (2013).	Experimental
E4	“Mindfulness and self – compassion in generalized anxiety Disorder: Examining Predictors of disability”. E. Hoge; Britta K. Holzel; L. Marques; Christina A. Metcalf; N. Brach (2013).	Experimental
E5	“Mindfulness based cognitive therapy Vs group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial”. S. Wong; B. Yip; W. Mak; W. Tang; H. Ming LO; J. Wu; T. Lee; T. Gao; S. Griffiths; P. Chan; H. Wah Ma (2016).	Experimental

O estudo E1 é uma revisão sistemática de 19 estudos que permitiu concluir que as MABIs (mindfulness and acceptance-based interventions) está associada a uma redução significativa dos sintomas de ansiedade e comorbidade dos sintomas depressivos.

Também no E2 (n = 33 Homens), realizado no Irão, foram aplicadas as escalas Beck Depression Inventory (BD-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), Penn State Woeey Questionnaire (PSWQ) e verificou-se uma diminuição significativa dos scores de ansiedade e depressão o MBSR (mindfulness based stress management) de 8 semanas em comparação com o grupo de controlo.

O estudo E3 realizado a uma amostra de

65 participantes, foram realizadas entrevistas clínicas estruturadas segundo DSM-IV (SCID) e aplicadas as escalas Brief Fear of Negative Evaluation (BFNE) e Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Os resultados sugerem que não há efeito moderador dos sintomas relacionados com o Mindfulness associado à CBT (terapia cognitivo comportamental). Há evidência de uma relação negativa entre o mindfulness e os níveis patológicos em amostras clínicas, assim como a manutenção desta relação mesmo após a redução dos sintomas e após CBT.

Em E4 foram constituídos dois grupos: um com n=87 indivíduos com GAD (perturbação de ansiedade generalizada); outro com n=49

(grupo de controlo) com stress saudável. Foram usadas as escalas: Self-compassion Scale (SCS); Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); SCID; Anxiety Sensitive Index (ASI), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ); State Trait Anxiety Inventory Trait (STAI); Sheehan Disability Scale (SDS); (BAI); Perceived Stress Scale (PSS); Statistical Methods. O resultados demonstram que os indivíduos com GAD apresentam níveis mais baixos de mindfulness e autocompaixão que no grupo de controlo com stress saudável. Corrobora a utilidade do mindfulness no tratamento dos sintomas de ansiedade.

No estudo E5 a amostra n=182 dividiu-se em três grupos: Grupo MBCT, Grupo CBT/psicoeducação e o Grupo de cuidado convencional e foi usado o Beck Anxiety Inventory (BAI). Os resultados demonstraram maior efetividade do MBCT e da Psicoeducação na redução da ansiedade do que o cuidado convencional nas pessoas com GAD.

Verificou-se uma maior adesão à psicoeducação do que ao mindfulness, tendo em conta a tradição budista de meditação na amostra selecionada que identificam uma ligação do ensino dirigido na psicoterapia com o conhecimento científico e a modernidade, daí a menor adesão ao Mindfulness.

DISCUSSÃO

O mindfulness aparece no contexto da terapia cognitivo-comportamental de 3ª geração (Lapa et al., 2015) cujo o objetivo, ao contrário da terapia cognitivo-comportamental, não é alterar o conteúdo das experiências, mas a forma como a pessoa vivencia essas experiências e o seu impacto no comportamento da pessoa. É muito importante em quadros de doença crónica no sentido de potenciar a qualidade de vida assim com a sensação de bem-estar, induzindo alterações positivas na regulação emocional e cognitiva.

Tendo por base estas premissas, procuramos

conhecer as evidências mais recentes da sua aplicabilidade em pessoas com perturbação da ansiedade.

O mindfulness é evidenciado como uma estratégia de coping cognitivo útil, na medida em que ajuda a pessoa a desenvolver uma postura, não crítica, de observação relativa aos sintomas de ansiedade (Majid et al., 2012). Estes autores, concluíram que MBSR (Mindfulness-Based Stress Redution) produzia mudanças significativas em parâmetros como a ansiedade, humor e preocupação, sobrepondo-se a estudos anteriores acerca da aplicação do MBSR em pessoas com perturbação de ansiedade generalizada.

Já Burton et al., refere estudos que demonstram que a efetividade do mindfulness associado à terapia cognitivo-comportamental (CBT) não é evidente, na medida em que se sobrepõe aos resultados de amostras em que a CBT é usada sem o mindfulness. Este estudo examina a relação entre os níveis de ansiedade social e o uso do mindfulness, tendo os autores concluído não existir relação entre níveis mais elevados de mindfulness e a diminuição de sintomas de ansiedade social. Pensam que os níveis de mindfulness da amostra podem ser a causa destes resultados, afetando os ganhos no tratamento que, apesar de não serem superiores aos níveis encontrados em amostras saudáveis, destacam-se ao comparar com a amostra do grupo de doentes. Assim, a falta de efeito moderador pode dever-se ao facto do mindfulness não aumentar como resultado do tratamento. Os achados sugerem ainda que a CBT por si só não afeta os níveis de mindfulness na perturbação de ansiedade social.

O instrumento usado para avaliar o mindfulness neste estudo (MAAS) não acede à componente não crítica do mindfulness e que predispõe melhor o indivíduo para o tratamento, podendo estar na origem da rejeição da hipótese de investigação relativa ao efeito moderador do mindfulness na perturbação de ansiedade social. No entanto,

a segunda hipótese de investigação é aceite ao validar a relação negativa entre o mindfulness e os sintomas patológicos em amostras clínicas, sendo o primeiro estudo a demonstrar que esta relação perdura mesmo após a CBT e a diminuição da sintomatologia.

Hoge et al. (2013) procuraram evidência dos níveis de mindfulness e auto compaixão em doentes com perturbação de ansiedade generalizada, partindo do princípio que estes seriam mais baixos nestes doentes do que numa amostra de indivíduos com stress saudável. Segundo estes autores, nas perturbações de ansiedade o score de mindfulness é o melhor preditor de incapacidade. Os achados sugerem que na presença de sintomas de ansiedade, o mindfulness pode ser um fator protetor contra o sentimento de incapacidade causado pela perturbação de ansiedade. Este estudo corrobora a utilidade das intervenções baseadas no mindfulness na melhoria dos sintomas de ansiedade. No entanto, ressalta a necessidade de uma definição de mindfulness mais clara assim como de outros instrumentos de avaliação mais consistentes.

No último estudo analisado, Wong et al. (2013) compararam as alterações nos níveis de ansiedade entre os participantes com perturbação de ansiedade generalizada em três grupos distintos (MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy), Cognitive Behavioural Therapy-Based Physcoeducation e um grupo onde foi aplicado o tratamento convencional).

Não se verificaram diferenças significativas entre os dois primeiros grupos, sendo que a hipótese de investigação não foi aceite pois a terapia baseada no mindfulness não se revelou mais eficaz na redução de sintomas de ansiedade do que a terapia cognitivo-comportamental, tendo os dois grupos superado os resultados do grupo do tratamento convencional. Os autores deste estudo relacionam este resultado com a especificidade cultural da amostra, sendo ela de Hong Kong, com raiz Budista tal como o mindfulness, teve uma maior adesão à terapia cognitivo-comportamental, pois é vista como

uma técnica dirigida de ensino, o que lhe confere carácter científico e de modernidade.

Podemos deter-nos na última questão deste estudo e refletir acerca do impacto do mindfulness na prática de enfermagem, nomeadamente no que se refere ao campo do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria. A importância de utilizarmos instrumentos que estejam estudados, no sentido conceber intervenções autónomas que vão de encontro às nossas competências é de extrema importância.

Todos os estudos evidenciaram a redução dos sintomas de ansiedade após a implementação de programas de mindfulness, no entanto referem a necessidade de se realizarem mais estudos, no sentido de se perceber o efeito do mindfulness como variável isolada, pois habitualmente surge associada à terapia cognitivo-comportamental. Uma das limitações transversal a todos os estudos é o facto de estes terem amostras pequenas e não permitir a generalização de resultados.

CONCLUSÃO

Entre os estudos selecionados ressalta a ideia da eficácia do mindfulness no controlo dos sintomas inerentes a perturbações de ansiedade.

O mindfulness, como intervenção clínica em perturbações de ansiedade, demonstrou redução nos sintomas de ansiedade, depressão e stress quando comparado, isoladamente, com outras terapias, como a terapia cognitivo-comportamental. Apenas um dos estudos (Wong et al., 2016) refere menos adesão ao mindfulness do que às psicoterapias. Este facto, está relacionado com a raiz cultural da amostra que, sendo de Hong Kong, tem tradições de meditação remanescentes da cultura budista, pelo que houve uma maior adesão ao que era diferente, sendo a psicoterapia reconhecida como algo mais científico e moderno.

Apesar das evidências apontarem para uma efetividade do mindfulness no controlo da sintomatologia relacionada com perturbações

de ansiedade, todos os autores destacam a necessidade de realizar mais estudos que procurem avaliar outras componentes de modo a dar mais ênfase a esta efetividade, individualizando melhor a variável da terapia baseada no mindfulness.

Sendo o mindfulness uma área ainda pouco desbravada no que diz respeito à certificação da sua efetividade é, na nossa opinião, enquanto Enfermeiras Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria um desafio no associar da investigação à prática, no potenciar de ferramentas que podemos fornecer em situações como as perturbações de ansiedade, mas também na ansiedade associada a uma intervenção cirúrgica ou no controlo da dor crónica.

E porque não ser usado pelos próprios profissionais na prevenção do burnout? Philbrick (2015) refere a importância do mindfulness na sua prática de Enfermagem na prevenção do burnout, mas também na melhoria das relações na equipa multidisciplinar e na gestão do stress aumentado a sensação de bem-estar, promovendo a saúde mental do próprio profissional. Refere exemplos com a lavagem das mãos como um momento para a prática informal de mindfulness. Para cuidar do outro é importante cuidarmos de nós próprios de modo a que este cuidar seja genuíno e isento de julgamento.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013) Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ª ed. Lisboa. Climepsi Editores.

Burton, M., Schmertz, S., Price, M., Masuda, A., & Anderson, P. (2013). The relation between mindfulness and fear of negative evaluation over the course of negative behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 222-228.

Direção Geral da Saúde (2014) Saúde Mental em números [Consult. 10 de Outubro

2016] Disponível em www.dgs.pt/estatisticas-de...de.../portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx

Hoge, E., Holzel, B., Marques, L., Metcalf, C., Brach, N., Lazan, S., et al. (2013). Mindfulness and self compassion in generalized anxiety disorder: examining predictors of disability. *Evidence- Based Complementary and Alternative Medicine*, 13.

Lapa, L.; Carvalho, S.; Viana, J.; Gouveia; J. (2015) Estratégias de Mindfulness na Abordagem do Doente com Dor Crónica. *Dor* 23. 34-40.

Majid, S., Seghatoleslam, T., Homan, H., Akhvast, A., & Habil, H. (2012). Effect os mindfulness based stress management on reduction of generalized anxiety disorder. *Iranian J Public Health*, 41, 24-28.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto em Enfermagem*, 758-764.

Ordem dos Enfermeiros (2010) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/LegislacaoOE

Philbrick, G. (2015) Using mindfulness to enhance nursing practice. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 21.32-33.

Pudicombe, A (2016) Meditação e Mindfulness (1ª ed) Amadora. Nascente.

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: O que é e como fazer? *Einstein*, 102-106.

Vollestad, J., Birkeland, M., & Nielsen, G. (2012). Mindfulness and acceptance based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 239-260.

The Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. Recuperado de <https://joannabriggs>.

org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

White, L. (2014) Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advance Nursing* 70. 282-294.

WHO (2013) Comprehensive mental health action plan 2013-2020 [Consult. 10 de Out. 2016]. Disponível em www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

Williams, M.; Penman, D. (2016) *Mindfulness*. (10ª ed) Alfragide. Lua de Papel.

Wong, S., Yip, B., Mak, W., Mercer, S., Cheung, E., Ling, C., et al. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomized controlled trial.

A METODOLOGIA DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM ENFERMAGEM

Lúis Manuel Mota de Sousa⁽¹⁾; Cristina Maria Alves Marques-Vieira⁽²⁾; Sandy Silva Pedro Severino⁽³⁾; Ana Vanessa Antunes⁽⁴⁾



Resumo

Introdução: A revisão integrativa da literatura é um método que permite a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática. É objetivo apresentar os conceitos gerais e as etapas para a elaboração de uma revisão integrativa da literatura, com base na mais recente evidência científica. **Material e Métodos:** consiste numa revisão narrativa da literatura em bases de dados: BDENF, Portal de Revistas de Enfermagem; SCIELO; LILACS; MEDLINE; INI e CINAHL. **Resultados e Discussão:** Apresentam-se as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou pesquisa da literatura, colheita de dados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação e discussão dos resultados e apresentação da revisão/síntese de conhecimento. **Conclusões:** A revisão integrativa da literatura tem sido apontada como uma ferramenta importante na síntese das pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentada em conhecimento científico, ou seja, para a prática baseada na evidência.

Descritores: Literatura de revisão como assunto; Metodologia; Pesquisa metodológica em enfermagem.

Abstract

THE METHODOLOGY OF INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE IN NURSING

Introduction: the integrative review of the literature is a method that permits the synthesis of knowledge and the incorporation of the results of significant studies in practice. The objective of this article is to present the general concepts and stages for the elaboration of and integrative review of the literature, based on the most recent scientific literature. **Materials and Methods:** Consists of a study performed through the review of the literature in the following data bases: BDENF, Portal de Revistas de Enfermagem; SCIELO; LILACS; MEDLINE; INI and CINAHL. **Results and Discussion:** Six phases of the process of performing an integrative review are present: identification of the theme and elaboration of the orienting question, search or sampling in the literature, data collection, critical analysis of the studies included, interpretation and discussion of the results and presentation of the integrative review/synthesis of knowledge. **Conclusions:** The integrative review of the literature has been pointed as an important tool in the synthesis of the research available on a specific subject and directed towards a practice based on scientific knowledge, in other words, permits practice based on evidence.

Descriptor: Review literature as topic; Methodology; Nursing methodology research

Resumen

LA METODOLOGÍA DE REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA EN ENFERMERÍA

Introducción: la revisión integradora de la literatura es un método que permite la síntesis del conocimiento y la incorporación de los resultados de estudios significativos en la práctica. El objetivo es presentar los conceptos generales y las etapas para la elaboración de una revisión integradora de la literatura, con base en la más reciente evidencia científica. **Material y Métodos:** consiste en una revisión narrativa de la literatura en las siguientes bases de datos: BDENF, Portal de Revistas de Enfermagem; SCIELO; LILACS; MEDLINE; INI y CINAHL. **Resultados y Discusión:** Se presentan las seis fases del proceso de elaboración de la revisión integradora: identificación del tema y elaboración de la cuestión de investigación, muestra o investigación de la literatura, recolección de datos, análisis crítico de los estudios incluídos, interpretación y discusión de los resultados y presentación de la revisión / síntesis del conocimiento. **Conclusiones:** La revisión integradora de la literatura ha sido apuntada como una herramienta importante en la síntesis de las investigaciones disponibles sobre determinada temática y dirige la práctica fundamentada en conocimiento científico, o sea, para la práctica basada en la evidencia.

Descriptores: Literatura de revisión como asunto; Metodología; Investigación metodológica en enfermería.

Rececionado em agosto 2017. Aceite em outubro 2017.

⁽¹⁾ Doutorando em Enfermagem, Mestre. Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Hospital Curry Cabral. Professor Adjunto na Universidade Atlântica. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. luismsousa@gmail.com

⁽²⁾ Doutoranda em Enfermagem, Mestre. Enfermeira Especialista em Reabilitação. Assistente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Mestre em Psiquiatria Cultural, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

⁽³⁾ Mestre. Enfermeira Especialista em Reabilitação no Hospital Curry Cabral. Licenciada em Biologia Humana. Mestre em Gestão da Saúde. Vogal do Conselho Fiscal Regional, na Ordem dos Enfermeiros.

⁽⁴⁾ Doutora. Professora Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica. Doutora em Saúde Pública, Especialista em Política e Administração de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros atualmente são desafiados a procurar conhecimento científico de modo a promoverem a melhoria da prestação de cuidados (Galvão et al., 2004) e a diminuição dos custos operacionais (Pedrolo et al., 2009). O propósito da Prática Baseada na Evidência (PBE) é encorajar a utilização de resultados da investigação na prestação de cuidados nos diversos níveis de intervenção, reforçando a importância da investigação na prática clínica (Galvão et al., 2004). A PBE é uma abordagem de solução de problemas para a tomada de decisão que incorpora a procura da melhor e mais recente evidência, competência clínica, os valores e as preferências do cliente dentro do contexto dos cuidados (Galvão et al., 2004; Pedrolo et al., 2009; Santos et al., 2007).

O fomento da PBE tem aumentado a necessidade e a produção de todos os tipos de revisões da literatura, nomeadamente as revisões integrativas, as revisões sistemáticas, as meta-análises e revisões qualitativas ou metassínteses (Whittemore & Knafl, 2005). A revisão sistemática da literatura é definida como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível (Botelho et al., 2011; Lopes & Fracoli, 2008; Muñoz et al., 2002). A revisão integrativa da literatura é um método específico, que resume o passado da literatura empírica, ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno (Botelho et al., 2011). Esta permite a combinação de diversas metodologias (estudos experimentais e não-experimentais) e tem o potencial de desempenhar um papel importante na PBE em Enfermagem (Souza et al., 2010; Whittemore & Knafl, 2005).

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica (Souza et al., 2010), é fundamentada em conhecimento científico,

com resultados de qualidade e com custo efetividade (Galvão et al., 2004).

Este método requer a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, a análise de dados e, a apresentação dos resultados (Whittemore & Knafl, 2005). Deste modo, permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema delimitado ou questão, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Galvão et al., 2004).

Com este artigo pretendemos descrever as várias etapas da revisão integrativa da literatura, evidenciando os passos e critérios a ter em consideração quando se opta por este método.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa através da revisão narrativa da literatura e baseada na experiência vivenciada pelos autores no âmbito da realização de revisões integrativas da literatura. O objetivo geral de uma revisão narrativa de literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre um assunto, de modo a fundamentar um estudo significativo para enfermagem (Souza et al., 2010).

A revisão narrativa de literatura é considerada uma das melhores formas de iniciar um estudo, onde se procura as semelhanças e as diferenças nos artigos encontrados. A pesquisa dos artigos foi feita nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os critérios de inclusão foram: idioma (português, inglês e espanhol); disponibilidade (texto integral), descritores (em português: Metodologia, Método, Literatura de revisão, Pesquisa em enfermagem e Medicina Baseada em Evidências e em inglês: Methodology, Method, Literature Review, Nursing Research e Evidence Based

Medicine) e, data de publicação (janeiro de 2003 a junho de 2017). Também se teve em consideração as referências desses estudos.

RESULTADOS

Nesta revisão foram incluídos sete artigos científicos, os quais estavam disponíveis na: LILACS (0), Medline (2) e SciELO (5). No sentido de clarificar os resultados obtidos com os artigos, recorre-se a uma tabela (Tabela 1).

Tabela 1 - Artigos encontrados nas bases de dados sobre revisão integrativa.

Base de dados	Título	Autores	Artigo	Análise do artigo
Medline	Combining evidence in nursing research: methods and implications.	Whittemore R.	Nursing Research, 54(1), 56-62.	Efetua uma análise e sintetiza todos os métodos de revisão, além disso a revisão integrativa dos restantes métodos.
Medline	The integrative review: update methodology.	Whittemore R, Kanaf K.	Journal Advanced Nursing, 52(5), 546-53, 2005	Faz a diferenciação da revisão integrativa relativamente aos outros métodos de revisão e propõe estratégias para aumentar o rigor metodológico deste tipo de metodologia.
SciELO	Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem	Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M.	Texto e Contexto Enfermagem, 17(4), 758, 2008	Apresenta os conceitos gerais e as etapas para a elaboração da revisão integrativa, assim como os aspectos relevantes sobre a aplicabilidade deste método na investigação em saúde e em enfermagem.
SciELO	Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.	Pompeo, D. A., Rossi, L. A., & Galvão, C. M.	Acta paulista enfermagem, 22(4), 434-8, 2009	Define revisão integrativa. Discute a importância da revisão integrativa da literatura como etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.
SciELO	Integrative review: what is it? How to do it?; Revisão integrativa: o que é e como fazer.	Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D.	Einstein (São Paulo), 8(1), 2010	Foi feita uma revisão da literatura, onde encontraram 5 artigos sobre a temática. Descreve as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, colheita de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.
SciELO	O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.	Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A., & Macedo, M.	Gestão e Sociedade, 5(11), 121-36; 2011	Apresenta a definição e diferenças dos vários tipos de revisão. Discute a importância da sua utilização nos estudos organizacionais. Aborda as várias fases da revisão integrativa e integra-a na tipologia de revisão sistemática da literatura.
SciELO	Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial].	Grossetti, M.G.O.	Revista Gaúcha Enfermagem, 33(2), 8-9; 2012	Distingue revisão narrativa, integrativa e sistemática. Define revisão integrativa e apresenta as suas etapas. Alerta para as características do relatório final e realça o seu rigor científico.

A metodologia da revisão integrativa da literatura dá suporte à PBE, que se encontra em desenvolvimento não só na enfermagem, como em todas as disciplinas da área da saúde. Tendo em atenção o exposto, considera-se pertinente abordar o conceito e as fases que constituem uma revisão integrativa da literatura, os instrumentos da PBE e a sua aplicabilidade na prática.

DISCUSSÃO

A revisão integrativa da literatura é um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre um tema investigado, em que o produto final é o estado do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos, além disso, permite a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações (Mendes et al., 2008).

Etapas da Revisão Integrativa da Literatura

Este método de investigação tem seis fases distintas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e, 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Botelho et al., 2011; Ganong, 1987; Galvão et al., 2004; Crossetti, 2012; Mendes et al., 2008; Pompeo et al., 2009; Souza et al., 2010).

Abordaremos mais pormenorizadamente cada uma das fases:

1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa: A revisão integrativa da literatura inicia-se com

a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a enfermagem, sendo um processo que requer tempo, esforço e rigor (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008). Esta etapa é considerada norteadora na condução de uma revisão integrativa da literatura bem elaborada, necessitando de estar relacionada com um raciocínio teórico.

O assunto deve ser definido de modo claro e objetivo, permitindo direcionar a análise completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade. A questão de partida bem delimitada irá facilitar a definição dos descritores e a execução da procura dos estudos. Esta questão pode ser delimitada, focalizando uma intervenção específica, ou ser mais abrangente, podendo incluir diversas intervenções, ou práticas, na área da Enfermagem (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008), ou seja, a questão de partida determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações colhidas de cada estudo selecionado, por isso, inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem avaliados (Souza et al., 2010). Para a formulação da questão de partida utiliza-se a estratégia PICO, que representa um acrónimo para Patient (Pessoa/problema), Intervention (Intervenção), Comparison/Control (Comparação) e Outcomes (resultados), estes quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a pesquisa de evidências (Santos et al., 2007), particularmente quando se pretende estudar um tema muito específico.

2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa da literatura: esta etapa está profundamente relacionada com a anterior, onde se recorre a bases de dados através de motores de busca para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão

(Ganong, 1987; Mendes et al., 2008).

A utilização de uma estratégia ampla de pesquisa de estudos, quer manualmente (referências listadas nos estudos identificados, contato com os investigadores e com material não publicado), quer eletronicamente. Quando se selecionam as bases eletrônicas, considera-se quais são os artigos listados nestas, quais as publicações que são indexadas, a viabilidade do acesso e a implicação de custos (Galvão et al., 2004; Souza et al., 2010).

Esta atividade é primordial para assegurar a validade interna da revisão, de modo a permitir a generalização das conclusões fiáveis e amplas. Assim, todas as decisões tomadas têm em consideração os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, sendo documentadas e justificadas na descrição da metodologia da revisão (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008).

Esta fase numa revisão integrativa da literatura deve ser claramente documentada, incluindo os descritores utilizados, as bases de dados consultadas, as estratégias de pesquisa, os critérios de inclusão e os de exclusão, delimitados para determinar pesquisas primárias relevantes (Whittemore & Knafl, 2005).

Os critérios de amostragem têm de garantir a representatividade da mesma, por isso é importante referir os indicadores da fiabilidade e da fidedignidade dos resultados. A conduta ideal é incluir todos os estudos encontrados ou a sua seleção aleatória, contudo, se as duas possibilidades forem inviáveis pela quantidade de trabalhos, deve-se expor e discutir claramente os critérios de inclusão e exclusão de artigos. Além disso, a determinação dos critérios deve ser realizada em harmonização com a pergunta de partida, por isso se deve incluir os participantes, a intervenção e os resultados de interesse (Souza et al., 2010). A pesquisa deve ser realizada por dois revisores de forma independente, de modo a garantir o rigor do método e dos resultados (Mendes et al., 2008)

Depois de escolher as bases de dados,

procede-se à seleção e à validação dos descritores. Os descritores podem ser validados no sítio da DeCS (Descritores Ciências da Saúde disponível em <http://decs.bvs.br/>) e no sítio da MESH (Medical Subject Headings disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

Os operadores booleanos (delimitadores), representados pelos termos de ligação AND (combinação restritiva), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação excludente) são utilizados com os descritores. Operadores booleanos têm a função de informar o sistema de pesquisa determinadas combinações dos termos da pesquisa. Dessa forma, os operadores AND, OR e NOT, digitados em letras maiúsculas entre os termos das pesquisas, podem ser usados de forma a atender os objetivos da pesquisa.

Tendo por base a definição do objeto da investigação, são escolhidos as bases de dados mais apropriadas. As mais importantes na área da saúde, são: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde); Cochrane Collaboration PMC (PubMed Central), INI (International Nursing Index), NIH (National Institute of Health), EMBASE (The Excerpta Medica Database), CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), entre outros. Recomenda-se que se utilize pelo menos duas das maiores bases de dados específicas para o tema (Karino & Felli, 2012). Também o período de pesquisa é definido e habitualmente considera-se os últimos cinco anos (Pompeo et al., 2009).

Após realizada a pesquisa começa-se por selecionar os artigos, pela seguinte ordem: título, resumo e texto integral, eliminando-se em cada fase os artigos que não respondem à pergunta de partida e aos critérios de inclusão (Rodrigues, et al. 2012).

3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos: Nesta etapa constrói-se um instrumento de colheita

de dados de modo a reunir e a sintetizar as informações-chave a serem extraídas dos estudos selecionados. Para garantir a fiabilidade dos resultados e das conclusões, que vão gerar o estado do conhecimento atual, deve ser analisado o nível de evidência (NE), descrevendo ainda a amostra do estudo (sujeitos/estudos selecionados), os objetivos, a metodologia utilizada, resultados e as principais conclusões de cada estudo (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008). Além destes, também têm sido recomendados o tamanho da amostra, a medição de variáveis, os métodos de análise e os conceitos base utilizados (Souza et al., 2010). Pompeo et al. (2009) acrescentam que o instrumento adotado deve contemplar alguns itens básicos, tais como, identificação do estudo, introdução e objetivos (dados do estudo e avaliação crítica), características metodológicas (análise do delineamento de pesquisa, amostra, técnica para colheita e análise dos dados), resultados (descrição e análise crítica dos resultados) e conclusões (descrição e análise crítica e nível de evidência em que o estudo se encontra).

Mata (2009) numa revisão integrativa utilizou no seu instrumento de colheita de dados o título da publicação, título do periódico, base de dados, autores, país de origem dos autores, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de revista científica, tipo de estudo e, NE (Stetler et al., 1998).

A classificação dos NE proposta por Stetler et al. (1998) foi: NE I - oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatórios; NE II - derivadas de pelo menos um ensaio clínico aleatório bem delineado; NE III - obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; NE IV - provenientes de estudos de coorte e de casos-controle bem delineados; NE V - originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; NE VI - derivadas

de um único estudo descritivo ou qualitativo; NE VII - oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

A classificação dos NE adotado pela Registered Nurses' Association of Ontario (2007) é a seguinte Ia - Evidência obtida de meta-análise ou revisão sistemática de estudos aleatórios controlados Ib - Evidência obtida de pelo menos um estudo aleatório controlado IIa - Evidência obtida de pelo menos um estudo controlado bem desenhado sem randomização IIb - Evidência obtida de pelo menos um outro tipo de estudo quasi-experimental bem desenhado III - Evidência obtida de um bem desenhado estudo descritivo não experimental, tal como estudo comparativo, estudo correlacional e estudo caso IV - Evidência obtida de relatórios de comitês de peritos ou opiniões e/ou experiências clínicas de autoridades respeitadas (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007).

4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura: Esta etapa é semelhante à análise dos dados numa investigação convencional. No sentido de garantir a validade da revisão, os estudos selecionados têm de ser analisados com grande detalhe e rigor, procurando explicações para os resultados diferentes ou contraditórios. É a partir daqui que surgem recomendações para mudar as práticas. (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008).

Podem ser consideradas algumas questões norteadoras da análise crítica das pesquisas, especificamente: “Qual é a questão de pesquisa?”; “Porquê esta questão?”; “Porque é importante a questão?”; “Como eram as questões de pesquisas já realizadas?”; “A metodologia do estudo está adequada?”; “Os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos?”; “O que responde a questão de pesquisa?”; “A resposta está correta?”; “Que pesquisas futuras serão necessárias?” (Mendes et al., 2008; Pompeo et al., 2009). O Joanna Briggs Institute criou grelhas que

permitem avaliar a viabilidade, a adequação, a significância e a eficácia de vários tipos de artigos nomeadamente de ensaios clínicos aleatórios, estudos descritivos/estudos de series de casos e estudos qualitativos, recomendando que os artigos incluídos devem ter pelo menos 70% dos critérios presentes (Joanna Briggs Institute's, 2011).

A versão Sumari 5.0 inclui o Sistema de Gestão Global Review (JBI-CReMS). O sistema é composto por quatro módulos: o JBI-QARI, referente à avaliação qualitativa e à revisão do instrumento e, é projetada para facilitar a avaliação crítica, a extração de dados e a metassíntese dos resultados de estudos qualitativos. O módulo JBI-MAStARI é específico para estudos quantitativos e foi projetado para realizar a meta-análise, ou seja, a síntese de dados estatísticos. O JBI-NOTARI foi projetado para avaliar narrativas, opiniões e avaliações de texto, facilitando a avaliação crítica, a extração de dados e a síntese de opiniões de especialistas textos e de relatórios. Por fim, o JBI-ACTUARI é direcionado para a análise de custos, a tecnologia e a utilização de avaliação e a revisão do instrumento, facilitando a avaliação crítica, a extração de dados e a síntese dos dados económicos. Com esse propósito, os níveis de evidência dos resultados do estudo são tratados de acordo com a classificação da escala FAME (Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness), onde Feasibility significa a prova de viabilidade e relaciona-se às condições culturais, físicas e financeiras de um determinado ambiente; Appropriateness – a prova de adequação, ocorre quando a intervenção é apropriada para uma determinada situação; Meaningfulness – a prova de significância que se refere à medida em que a intervenção ou atividade é experimentada de forma positiva relativamente à experiência e, Effectiveness - permite verificar em que medida uma intervenção, quando utilizada de modo apropriado, alcança o efeito desejado (De-la-

Torre-Ugarte-Guanilo et al., 2011; Karino & Felli, 2012).

Em alternativa podem utilizar-se as seguintes grelhas e orientações para avaliar a qualidade do estudo, tendo em consideração o desenho da investigação: Ensaio clínico aleatorizado – CONSORT; Estudos observacionais – STROBE ; Revisões sistemáticas – PRISMA; Estudos de caso – CARE ; Investigação qualitativa – SRQR & COREQ; Estudos de diagnóstico / prognóstico – STARD & TRIPOD; Estudos para a melhoria da qualidade – SQUIRE; Avaliações económicas – CHEERS; Normas de orientação clínica / Guidelines – AGREE II. Estas grelhas podem encontrar-se no seguinte web site - <http://www.equator-network.org/> (Pereira, 2017).

5) Interpretação dos resultados: Esta fase corresponde à discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor faz a comparação entre os resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos com o conhecimento teórico, destacando as conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. No entanto, a identificação de lacunas permite que se apontem sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da prestação de cuidados de saúde (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008). No entanto, para garantir a validade da revisão integrativa, o investigador deve salientar as suas conclusões e inferências, assim como explicitar os enviesamentos (Souza et al., 2010).

6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento: A revisão integrativa da literatura tem de apresentar informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos utilizados na realização da revisão, dos tópicos abordados e da descrição dos estudos incluídos. A revisão integrativa da literatura tem como principais objetivos reunir e sintetizar as evidências

disponíveis na literatura e as suas conclusões. Nesta etapa elaborase um documento que deve conter a descrição das etapas percorridas pelo investigador e as principais evidências obtidas pela análise dos estudos incluídos (Ganong, 1987; Mendes et al., 2008).

O grau de recomendação baseia-se nos NE, onde a: recomendação A baseia-se em pelo menos um estudo de nível I, onde não há contra-indicação para a pessoa; recomendação B apoia-se em pelo menos um estudo de nível II, o que pode ser útil, mas tem menor magnitude de benefício; recomendação C ancora-se em pelo menos um estudo de nível III, ou dois de níveis IV, ou V, onde as condutas fundamentam as opções; e por último, recomendação D, fundamenta-se apenas em estudos de nível VI (relatos de caso) ou recomendação de especialistas, que servem para fundamentar minimamente as condutas (Pereira & Bachion, 2006).

O grau de recomendação adotado foi: A - Existe evidência boa para recomendar a ação clínica preventiva; B - Existe evidência razoável para recomendar a ação clínica preventiva; C - Existe evidência conflituosa e não permite a recomendação a favor ou contra o uso de ações clínicas preventivas, contudo, outros fatores podem influenciar a tomada de decisão; D - Existe evidência razoável para não recomendar a ação clínica preventiva; E - Existe evidência boa para não recomendar a ação clínica preventiva; F - A evidência é insuficiente (em quantidade e /ou em qualidade) para fazer uma recomendação, contudo, outros fatores podem influenciar a tomada de decisão. (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007).

Uma revisão integrativa da literatura para ser considerada válida e fiável tem de apresentar determinados critérios de qualidade. Esses critérios são:

- Verificar o problema e do objetivo da revisão para garantir que estão bem definidos;
- Identificar explicitamente o método da revisão - indica se os investigadores têm

experiência no conteúdo e na metodologia;

- Especificar claramente o processo de revisão e do protocolo;
- Pesquisar a literatura de forma exaustiva e explícita;
- Retirar dados de forma explícita, imparcial e reprodutível, mas simultaneamente de qualidade;
- A qualidade dos estudos primários está avaliada na análise;
- Analisar os dados de forma sistemática e a variabilidade dos dados é verificada;
- A evidência é obtida a partir dos estudos primários incluídos, onde as conclusões são baseadas em evidências e captam a complexidade do problema clínico e as limitações metodológicas estão identificadas (Whittemore, 2005).

Aplicabilidade da Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem

A revisão integrativa da literatura é um método de investigação que pode ajudar os enfermeiros a ultrapassar algumas dificuldades na condução e/ou utilização de resultados de investigação na prática clínica, nomeadamente, a falta de preparação no processo de investigação, na avaliação crítica dos estudos disponíveis e da transferência do novo conhecimento para a prática clínica (Mendes et al., 2008).

Esta permite que o investigador reconheça os profissionais que se tornaram peritos em determinado assunto, separar o achado científico de opiniões e ideias, assim como, descrever o conhecimento no seu estado atual. Daí que esta tem sido recomendada e utilizada como ponto de partida na validação de conteúdo de um diagnóstico de enfermagem (Cruz & Pimenta, 2005; Marques-Vieira, Sousa, Carias & Caldeira, 2015; Pompeo et al., 2009) e de intervenções de enfermagem (Andrade, 2007; Bavaresco, 2012; Cyrillo, 2009; Mata, 2009; Mata & Napoleão, 2010; Teixeira et al., 2011) e pode ainda ser utilizada para conhecer as propriedades métricas de

instrumentos de avaliação utilizados na prática clínica (Rosa et al., 2017).

Além disso, este método de pesquisa proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes num determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica devido aos resultados da pesquisa (Mendes et al., 2008). Nesta linha, a revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, facilitando a utilização desses na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para melhorar a prestação de cuidados.

A PBE é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa. Essa envolve a definição de um problema, a pesquisa e avaliação crítica das evidências disponíveis (pesquisas), implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos (Galvão et al., 2014).

CONCLUSÃO

A revisão integrativa é um método de pesquisa que, nos últimos anos, tem vindo a ser utilizado na área da saúde e tem permitido dar visibilidade à contribuição da Enfermagem para a melhoria da prestação de cuidados. É denominada integrativa porque fornece informações amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um abrangente corpo de conhecimento, de rigor metodológico. A síntese dos resultados de estudos de investigação relevantes e reconhecidos mundialmente facilita a incorporação de evidências, isto é, permite agilizar a transferência de novo conhecimento para a prática clínica.

A combinação de dados de desenhos de investigação diferentes é complexo e desafiador, contudo, a condução da revisão integrativa, a partir de uma rigorosa abordagem do processo, especialmente de

análise de dados, permite a diminuição de enviesamentos e erros. Em suma, é imperativo inteirar a revisão integrativa da literatura como instrumento válido da PBE, sobretudo, no âmbito da Enfermagem portuguesa.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, L. T. (2007). Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Consultado em 2017-07-03, de <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-73QGRL?show=full>

Bavaresco, T. (2012). Validação de intervenções de enfermagem para o diagnóstico risco de integridade da pele prejudicada para pacientes em risco de úlcera por pressão. Tese de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Consultado em 2017-07-03, de <http://hdl.handle.net/10183/49104>

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. D. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-36.

Cruz, D. D. A. L. M. D., & Pimenta, C. A. D. M. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 415-422.

Cyrillo, R. M. Z. (2009). Intervenções de enfermagem para situações de volume de líquidos deficientes: aplicabilidade da NIC no atendimento avançado pré-hospitalar móvel. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Consultado em 2017-07-03, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07102009-152336/>

De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1260-1266.

Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 12(3), 549-56.

Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research Nursing Health*, 10(1), 1-11.

Crossetti, M. D. G. O. (2012). Revisão intergrativa

de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 08-13.

Joanna Briggs Institute's (2011). User Manual: version 5.0 system for the unified management. Assessment and Review of Information. [s.i.]: Joanna Briggs Institute's. disponível em <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>

Karino, M. E., & Felli, V. E. A. (2012). Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(5), 011-015.

Lopes, A. L. M., & Fracoli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 771-8.

Mata, L. R. F., & Napoleão, A. A. (2010). Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 574-9.

Mata, L.R.F. (2009). Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. Dissertação de mestrado – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Consultado em 2017-07-03, de http://www.bdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2986

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-64.

Muñoz, W. I. S., Takayanagui, A. M. M., Santos, C. B., & Sanches-Weatman, O. (2002). Revisão sistemática da literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área de saúde. *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, 2-3.

Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., de Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 760-3.

Pereira, Â. L., & Bachion, M. M. (2008). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 491.

Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. In C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. p.101-111. Loures: Lusodidata.

Pompeo, D. A., Rossi, L. A., & Galvão, C. M. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paulista enfermagem*, 22(4), 434-8.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2007). Falls Prevention: Building the Foundations for Patient Safety. A Self Learning Package. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Rodrigues, R. T. F., Lacerda, R. A., Leite, R. B., Graziano, K. U.a, & Padilha, K. G. (2012). Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(spe), 138-147.

Rosa, A. M. P., Freitas, A. S. M., Lopes, C. A. V. S., Gonçalves, S. C. F., Redondo, A. C. G. S., & Sousa, L. M. M. (2017). Propriedades métricas do Timed Up and Go Test no idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Investigação Enfermagem*, II Série (20), 21-31.

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

Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?; Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1).

Stetler, C.B., Brunell, M, Giuliano, K.K., Morsi, D., Prince, L & Newell-Stokes, V. (1998). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *Journal Nursing Administration*, 28(7-8), 45-53.

Teixeira, C. R. S., Becker, T.A.C., Citro, R., Zanetti, M. L., & Landim, C.A. P. (2011). Validação de intervenções de enfermagem em pessoas com diabetes mellitus. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 173-179.

Whittemore, R, & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Advanced Nursing*, 52(5), 546-53.

Whittemore, R. (2005). Combining evidence in nursing research: methods and implications. *Nursing Research*, 54(1), 56-62.

SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS DE UMA EQUIPA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA A MELHORIA DA UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE CONFERÊNCIA FAMILIAR

Bruno Miguel Gomes Pereira Feiteira⁽¹⁾; Maria Manuela Cerqueira⁽²⁾



Resumo

O aumento da esperança média de vida acarreta um crescimento exponencial das doenças crónicas e degenerativas, constituindo-se os cuidados paliativos numa resposta às necessidades multidimensionais da pessoa com doença incurável e família. Assim, a utilização de conferências familiares, ganha relevo para uma intervenção estruturada no sistema familiar.

Este artigo representa parte de um estudo mais alargado no âmbito da dissertação de mestrado, com a temática “As conferências familiares em cuidados paliativos: contributos para a prática clínica de enfermagem”, e tem como objetivo dar a conhecer as sugestões dadas pelos enfermeiros numa equipa de cuidados paliativos para aplicação da técnica da conferência familiar, de modo mais eficiente.

Estudo qualitativo, um estudo de caso. Recolha de dados em equipa de cuidados paliativos; recurso à entrevista; sujeitos de análise: enfermeiros. Dados submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin (2012).

Os resultados obtidos evidenciam que é necessário: mais formação em cuidados paliativos; mais disponibilidade; existência de instrumentos de avaliação que permitam o planeamento, a condução e follow-up da conferência familiar. Defendem a participação de vários profissionais de saúde para a potencialização e agilização da conferência familiar; apostar na divulgação desta técnica; espaços arquitetónicos confortáveis, e existir um enfermeiro de referência no serviço de internamento.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Conferências familiares; Prática clínica; Enfermeiros.

Abstract

NURSES' SUGGESTIONS FROM A PALLIATIVE CARE SUPPORT TEAM TO IMPROVE THE USE OF THE FAMILY CONFERENCE TECHNIQUE

The increase in average life expectancy leads to an exponential growth of chronic and degenerative diseases, with palliative care constituting a response to the multidimensional needs of the person with incurable disease and family. Thus, the use of family conferences has gained prominence for a structured intervention in the family system.

This article represents part of a larger study within the scope of the master's degree thesis with the theme “Family conferences in palliative care: contributions to the clinical practice of nursing”, and aims to bring to light the suggestions given by the nurses of a palliative care team in order to apply the family conference technique in a more efficient way.

Qualitative study, a case study. Collection of data in a palliative care team; to resort to interview; subjects of analysis: nurses. Data submitted to content analysis according to Bardin (2012).

The results show the following: it is necessary more training in palliative care; more availability; the existence of evaluation tools that allow the planning, execution and follow-up of the family conference. They advocate the participation of several health professionals to harness and streamline the family conference; to focus on the dissemination of this technique; comfortable architectural spaces, and the presence of a reference nurse in the in-patient treatment.

Key words: Palliative care; Family conferences; Clinical practice; Nurses.

Resumen

SUGERENCIAS DE LOS ENFERMEROS DE UN EQUIPO DE APOYO EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA LA MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE CONFERENCIA FAMILIAR

El incremento de la esperanza media de vida acarrea un crecimiento exponencial de las enfermedades crónicas y degenerativas, constituyéndose los cuidados paliativos en una respuesta a las necesidades multidimensionales de la persona con enfermedad incurable y familia. De este modo, la utilización de conferencias familiares gana importancia para una intervención estructurada en el sistema familiar.

Este artículo representa parte de un estudio más amplio en el marco de la disertación de máster, con la temática “Las conferencias familiares en cuidados paliativos: contribuciones a la práctica clínica de enfermería”, y tiene como objetivo dar a conocer las sugerencias presentadas por los enfermeros de un equipo de cuidados paliativos para aplicación de la técnica de la conferencia familiar de manera más eficiente.

Estudio cualitativo, un estudio de caso. Recopilación de datos en un equipo de cuidados paliativos; recurso a la entrevista; sujetos de análisis: enfermeros. Datos sometidos a análisis de contenido según Bardin (2012).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de: más formación en cuidados paliativos; más disponibilidad; la existencia de instrumentos de evaluación que permitan la planificación, la ejecución y el seguimiento de la conferencia familiar. Los datos señalan la participación de varios profesionales de la salud para el refuerzo y la agilización de la conferencia familiar; fomentar la difusión de esta técnica; espacios arquitectónicos cómodos, y existencia de un enfermero de referencia en el servicio de hospitalización.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Conferencias familiares; Práctica clínica; Enfermeros.

Rececionado em setembro 2017. Aceite outubro 2017

⁽¹⁾ Enfermeiro, Hospital da Luz - Póvoa de Varzim, email: enbrunofeiteira@hotmail.com

⁽²⁾ Professora do Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde

INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida e adoção de estilos de vida menos saudáveis, acentua-se o aumento da prevalência da doença crónica, progressiva e degenerativa, quer do foro oncológico quer não oncológico. Salienta a Organização Mundial de Saúde (2010) que a doença crónica é uma doença de longa duração, com um desenvolvimento normalmente lento, que inclui um conjunto variável de situações que vão desde a doença cardiovascular, a diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, mas também doença oncológica, VIH/SIDA, doença mental e psiquiátrica, e doenças do sistema osteomuscular que resultam em incapacidade. Estas situações exigem abordagens multidimensionais, contudo o seu tratamento ainda hoje, continua a centrar-se em abordagens predominantemente biomédicas que não conseguem responder à multiplicidade de necessidades que a pessoa com uma doença crónica e irreversível apresenta.

Salienta-se contudo, que temos hoje a proposta dos cuidados paliativos, que são uma reposta organizada à necessidade não só de tratar, mas também cuidar e apoiar as pessoas que vivenciam doenças incuráveis e/ou graves, progressivas e avançadas, bem como suas famílias.

A Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos como uma abordagem que visa a qualidade de vida do doente portador de uma doença incurável e da sua família, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce e gestão de sintomas multidimensionais. Neste sentido, na prestação de cuidados paliativos devemos atender às componentes essenciais: controlo de sintomas; comunicação adequada; trabalho em equipa; apoio à família; interdisciplinaridade e apoio no luto (Barbosa; Neto, 2010; Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010; Doyle, 2004). A doença afeta a pessoa no seu todo, em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, social e espiritual, repercutindo os

seus efeitos na unidade familiar e nos padrões de interação estabelecidos (Moreira, 2001, Cit. por Cerqueira, 2005). Assim, as situações de doença grave e/ou incurável, progressiva e avançada, constituem para o doente e família um momento de crise originando situações de incertezas, medos, diversas adaptações, dificuldades, necessidades, entre outros. Neste sentido, o doente e família constituem-se numa unidade de cuidados, que os profissionais de saúde devem atender. O cuidado integral é fundamental para a compreensão da pessoa como um ser único, individual e como tal, para a minimização do sofrimento da pessoa e família.

A literatura consultada, evidencia que os cuidadores dos doentes em fim de vida apresentam necessidades de apoio que não são satisfeitas. Para que estas sejam supridas é fundamental uma comunicação honesta e em tempo oportuno com a equipa multidisciplinar (Roque, 2015; Lima, 2013; Seabra, 2013; Payne [et al.], 2010; Milne; Quinn, 2009; Casmarrinha, 2008; Neto, 2008; Neves, 2007; Cerqueira, 2005).

Assim, partindo destes pressupostos, a conferência familiar oferece a oportunidade de um cuidado focado no doente e família, que tem um impacto positivo na experiência de todas os participantes envolvidos (Fineberg [et al.], 2011).

De referir que, uma comunicação consistente entre doente, família e profissionais de saúde, configura-se como um aspeto vital para a qualidade de prestação de cuidados paliativos, sendo que as conferências familiares são reconhecidas como um instrumento de facilitação dessa mesma comunicação (Cahill [et al.], 2016; Singer [et al.], 2016). No entanto, é muito importante produzir nova evidência que permita uma maior compreensão acerca desta técnica, e da sua correta estruturação e condução, pois a atual é ainda escassa (Cahill, [et al.], 2016).

Este artigo representa parte de um estudo mais alargado no âmbito da dissertação de

mestrado, com a temática “As conferências familiares em cuidados paliativos: contributos para a prática clínica de enfermagem”, e tem como objetivo dar a conhecer as sugestões dadas pelos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos para a melhoria da aplicação da técnica de conferência familiar, com o intuito de responder de forma mais eficiente e eficaz às necessidades do doente sem perspectiva de cura e família.

FUNDAMENTAÇÃO

1. A IMPORTÂNCIA DAS CONFERÊNCIAS FAMILIARES

O aumento da esperança média de vida que conduziu ao envelhecimento da população, originou uma profunda modificação no padrão das doenças, que por sua vez gerou um aumento das doenças crónicas e progressivas (Davies; Higginson, 2004; Direção Geral de Saúde, 2004). Tal facto, fez com que o foco dos serviços de saúde se centrasse na cura da doença, resultando no prolongamento da vida destes doentes e, conseqüentemente do seu processo de morte (Moura, 2011; Barbosa; Neto, 2006). Face a esta conjectura atual, fortemente marcada pelo aumento da esperança média de vida, acompanhada do aumento das doenças crónicas e degenerativas, os cuidados paliativos surgem como uma resposta cada vez mais fundamental às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, do doente e sua família, prolongando a sua ação até ao luto. Esta tipologia de cuidados, consiste numa conceção sobre o cuidar na vida e na morte, em contexto de uma equipa multidisciplinar, em qualquer fase do ciclo vital. Os profissionais de saúde prestadores de cuidados paliativos tem o dever de, tal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde, centrar a sua atuação no doente, e sua família, e nas suas necessidades, e não apenas na doença (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Davies; Higginson, 2004).

Neste sentido, dada a grande vulnerabilidade que estas pessoas apresentam, fruto da sua

situação, a complexidade de cuidados que se exigem numa perspetiva multidimensional, requer uma equipa interdisciplinar com profissionais com formação específica em todos os contextos de cuidados, com vista a atingir aqueles que são os objetivos dos cuidados paliativos (Radbruch; Payne, 2009).

Ganha realce aqui o enfermeiro, por ser o membro constituinte desta equipa, que mais tempo passa em permanência com o doente e família (24 horas/dia) (Radbruch; Payne, 2009; Davies; Higginson, 2004), desempenhando assim um papel fulcral na garantia da qualidade de vida e a defesa da sua dignidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010), através da de uma continua avaliação e reavaliação das necessidades expressas, e adequação das intervenções implementadas.

Como já referenciado anteriormente, a doença que afeta um indivíduo, afeta também toda a sua família (Ferris [et al.], 2002), sendo por isso o apoio à mesma, numa situação de doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada de um dos seus membros, um pilar fundamental dos cuidados paliativos (Hudson [et al.], 2010, Neto, 2003). Na mesma linha de pensamento, são múltiplos os estudos, que reportam a comunicação como uma das estratégias mais eficazes para fazer face às necessidades expressas pelo doente e sua família, no sentido do aumento da qualidade de vida e conforto, e diminuição do sofrimento (Joshi, 2013; Almeida, 2012; Almeida [et al.], 2011; Carvalho, 2007; Kristjanson; Aoun, 2004; Neto, 2003).

Perante este contexto, de modo a alcançar-se uma prática de excelência, com objetivo de suprir as necessidades sentidas tanto pelos doentes, como por seus familiares, é fundamental a utilização de instrumentos ou técnicas diferenciadoras, e de extrema utilidade, como são as conferências familiares, permitindo o maximizar do sucesso das intervenções dos profissionais envolvidos (Bartolomeu, 2013; Dev [et al.], 2013; Fukui [et al.], 2013; Hannon [et al.], 2012; Tan [et

al.], 2011; Hudson, 2009; Reigada [et al.], 2009; Hudson [et al.], 2008; Neto, 2003).

As conferências familiares permitem uma abordagem dos cuidados paliativos centrados no doente e família, de uma forma estruturada e orientada para a resolução dos diferentes problemas, potencializando o ajuste pessoal a cada situação, aumentando assim a capacidade adaptação à situação de doença (Guarda [et al.], 2006 Cit por Delabibera, 2010). Estas oferecem assim a possibilidade do cuidar focado no doente, mas também orientado para a família (Bartolomeu, 2013), sendo então possível o estabelecimento de uma comunicação eficaz com os vários constituintes do sistema familiar, deteção antecipada das suas necessidades, e também a criação de uma relação de ajuda que permita uma correta assistência nas suas diferentes dimensões (Hudson [et al.], 2008).

Pode mesmo afirmar-se, que a realização de uma conferência familiar pela equipa multidisciplinar, é uma das práticas que define a qualidade dos cuidados paliativos prestados (National Quality Forum, 2006, C-14), sendo essencial reter a seguinte ideia: doentes e famílias necessitam de informações corretas para poderem tomar decisões corretas (Powazki [et al.], 2014).

No entanto, apesar do referenciado, ressalvamos que embora se atribua imenso valor ao potencial de utilidade das conferências familiares, existe muito pouca evidência empírica relativa aos seus contributos na área dos cuidados paliativos (Bartolomeu, 2013), e que é necessário uma maior compreensão acerca deste tipo de intervenção, e da sua correta estruturação, pois tendo em conta a vulnerabilidade apresentada pelo doente em cuidados paliativos, não se pretende que se realizem conferências familiares apenas por mera rotina ou simples reunião informal de um grupo de indivíduos (Cahill [et al.], 2016).

Por tamanha importância que a técnica de conferência familiar acarreta na prática clínica, é extremamente relevante conhecer

as sugestões dadas pelos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos tendo em vista a otimização da aplicação da técnica de conferência familiar na prática clínica do quotidiano, e assim potencializar os seus benefícios.

2. METODOLOGIA

Face à problemática em estudo, a nossa opção recaiu no método de investigação qualitativa, pois o que pretendemos, com esta investigação, é uma compreensão alargada do fenómeno em estudo (Fortin, 2009; Bogdan; Biklen, 1994).

A investigação qualitativa está profundamente relacionada com a conceção holística do estudo dos indivíduos, e tende a fazer sobressair o sentido ou significação que o fenómeno em estudo possui para os mesmos (Fortin, 2009), estando ainda fortemente relacionada com a investigação em saúde, e mais concretamente em enfermagem (Fortin, 1999). pois constitui-se num grande contributo para o desenvolvimento de novos conhecimentos, que aplicados na prática clínica, permitem o caminhar para uma prestação de cuidados de excelência.

Para o desenrolar da nossa investigação, optou-se pelo desenho: Estudo de Caso. Este “consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo)” (Fortin, 2009, p. 241). Esta tipologia de estudo torna-se oportuno para a problemática em estudo, pois o mesmo é apropriado quando se dispõe de poucos dados sobre o fenómeno ou acontecimento a ser estudado (Yin, 2003), o que vem de encontro ao já explicitado anteriormente relativo à problemática das conferências familiares nos cuidados paliativos. Acresce ainda o facto de ser nosso objetivo através deste desenho de estudo, o maior interesse pela significação das experiências vividas pelos participantes, do que a acumulação de dados, como forma a dar respostas às questões de investigação.

Toda a investigação necessita de um meio

em que será conduzido o estudo, um meio onde não existe o rigoroso controlo dum laboratório, mas sim o chamado meio natural (Fortin, 2009). Neste sentido a nossa escolha recaiu numa equipa de suporte em cuidados paliativos de um Hospital da região norte de Portugal. O acesso ao campo de estudo foi solicitado ao Conselho de Administração do referido Hospital, através de um pedido de autorização formal para a realização do estudo, tendo o mesmo sido consentido.

Os participantes do estudo foram os enfermeiros da equipa de suporte de cuidados paliativos que se mostraram recetivos e disponíveis, tendo sido prestado o seu consentimento informado. Foram excluídos todos os enfermeiros que não exercem funções na equipa de suporte em cuidados paliativos. De referir, que os cinco enfermeiros participantes, no mínimo possuíam formação pós-graduada na área dos cuidados paliativos.

De acordo com a metodologia adotada, o instrumento de recolha de dados por nós selecionado e implementado, foi a entrevista, do tipo semi-dirigida. De modo a utilizar este tipo de entrevista com a adequação necessária foi elaborado um guião orientador para a entrevista que teve por base o referencial teórico e os objetivos elaborados para a investigação. De referir, que de acordo com a escolha desta tipologia de entrevista, nos sentimos perfeitamente seguros na condução da entrevista. Pretendeu-se que os entrevistados sentissem liberdade para se exprimir acerca das conferências familiares, o que tornou esta colheita de dados mais profunda e mais rica. As entrevistas foram também, realizadas no contexto natural dos enfermeiros participantes, de modo a que os entrevistados se sentissem perfeitamente à vontade para se exprimirem livremente durante toda partilha de informação. Concomitantemente, foi adotada uma atitude empática, visando a otimização da compreensão da individualidade de cada testemunho. Foi realizada a gravação áudio das mesmas, após consentimento dos

participantes.

Após se proceder à recolha de dados através das entrevistas semiestruturadas, tornou-se imprescindível organizar e tratar todo o material delas resultante. Para isso, foi necessário primariamente proceder-se a transcrição das entrevistas no sentido de fazer a sua análise, utilizando-se o método de análise de conteúdo (Bardin, 2012). Após todo este complexo procedimento, emergiram 17 áreas temáticas (sendo uma das mesmas - Sugestões para melhoria da aplicação da técnica de conferência familiar na voz dos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos), onde foram identificadas as categorias e subcategorias respeitantes, tendo em conta as unidades de análise consideradas.

De referir que foram cumpridos todos os requisitos éticos, tendo sido tomada em consideração para esta investigação a Declaração de Helsínquia, várias vezes revista desde 1964 até 2004.

3. RESULTADOS

Como sugestões dadas pelos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos para a melhoria da aplicação da técnica de conferência familiar emergiram as seguintes: Seleção dos profissionais de saúde para as conferências familiares; Existência de instrumentos de avaliação; Melhor gestão de tempo; Formação em cuidados paliativos de outros profissionais de saúde; apostar na divulgação do conceito de conferência familiar; Apostar em espaços arquitetónicos confortáveis; Mais disponibilidade de tempo; Existência de enfermeiro de referência; Presença da assistente social.

A categoria Seleção dos profissionais de saúde para as conferências familiares, foi referenciada por um dos enfermeiros entrevistados através da seguinte afirmação:

- “(...) estas conferências familiares deveriam incluir os profissionais escolhidos e necessários (...)” Enfermeiro 1

Por sua vez, a categoria Existência de instrumentos de avaliação sobressai com quatro menções efetuadas pelos inquiridos:

- “(...) instrumentos de avaliação e orientação seriam sempre úteis, pois há coisas que nós sabemos empiricamente, mas precisamos de perceber realmente o que é mais importante por isso seria extremamente útil (...)” Enfermeiro 1

- “(...) poderia nos ajudar a orientar (...) reformular (...)” Enfermeiro 3

- “(...) seria sempre vantajoso (...) um guião para nós seguirmos e orientar a conferência (...) pois poderíamos verificar o que já foi feito e quais os tópicos que nos faltariam abordar (...) seria importante (...)” Enfermeiro 4

- “(...) seria útil pois poderíamos ganhar tempo (...) poderia ser útil de facto na estruturação (...)” Enfermeiro 5

A categoria Melhor gestão do tempo emergiu de acordo com a afirmação produzida por um dos enfermeiros:

- (...) gestão do tempo (...) por exemplo no domicílio quando programamos uma conferência familiar se não tivermos tempo, sem carro próprio, se tivermos um atraso até do próprio transporte, pode minar a conferência familiar (...) uma outra organização seria importante (...) Enfermeiro 1

No tocante à categoria Formação em cuidados paliativos de outros profissionais de saúde, a mesma foi referenciada por dois entrevistados:

- “(...) também tentar na instituição fazer alguma educação para quando nos referenciam doentes sejam doentes efetivamente para serem acompanhados por cuidados paliativos (...) claro que nós podemos dar consultadoria de gestão de sintomas (...) mas como muitas vezes só depois de chegar ao doente sabemos se existem essas necessidades ou não (...) retira-nos tempo que poderia ser útil para preparar as conferências familiares (...)” Enfermeiro 1

- “(...) era preciso aprender

especialmente técnicas de comunicação adequada, de transmissão de más notícias e reformulação de objetivos, tudo isto para que os profissionais percebam que a família não é um peso ou que não está contra nós (...)” Enfermeiro 3

Apostar na divulgação do conceito de conferência familiar, foi uma categoria mencionada por um enfermeiro:

- “(...) na divulgação pelo menos (...) nós introduzimos estes nomes às equipas assistenciais (...) vamos fazer ou marcamos uma conferência familiar e os outros profissionais não sabem o que é isso, não sabem o que significa, o que leva a que não haja recetividade (...)” Enfermeiro 2

- “(...) as pessoas não conhecem esta técnica (...) os outros profissionais não conhecem (...) é terreno desconhecido (...)” Enfermeiro 2

Apostar em espaços arquitetónicos confortáveis, foi referenciada por dois enfermeiros entrevistados:

- “(...) no hospital é relativamente fácil porque temos uma sala disponível para a realizar embora eu ache que a sala não seja a mais apropriada para criar maior à vontade (...) deveria ser um bocadinho diferente (...)” Enfermeiro 2.

- “(...) dentro do hospital temos espaços próprios para as realizar (...) acima de tudo isto e com acessibilidade para os doentes internados (...)” Enfermeiro 3

Por sua vez, a categoria Mais disponibilidade de tempo foi identificada de acordo com a afirmação de um enfermeiro:

- “(...) a questão do tempo também poderia ser maior (...) por vezes são marcadas conferências familiares que são uma prática regular (...) eu defendia que no início quando a equipa começou, e em que se tinha um volume muito menor de trabalho era mais fácil realizar a conferência do que agora que é um pouco mais à pressão no hospital por falta de tempo (...) no domicílio acho que se consegue gerir melhor pois não existe um volume tão

elevado de conferências (...)” Enfermeiro 2

De igual modo, a categoria Existência de enfermeiro de referência, foi também ela identificada de acordo com a afirmação produzida por um dos enfermeiros:

- “(...) mudar um pouco a estrutura das conferências familiares, pois é importante realizarmos a conferência (...) haver um enfermeiro de referência, nos serviços de internamento, pois os colegas que estão com o doente vão mudando, mas um enfermeiro de referência parece-me o melhor. Isto porque ter a visão de quem está no serviço com aquele doente todos os dias, é diferente e traz contributos também para a reunião e até para o planeamento da continuidade de cuidados (...)” Enfermeiro 3

Por fim, a categoria referente à Presença da assistente social, foi também referenciada por um enfermeiro:

- “(...) mudar um pouco a estrutura das conferências familiares, pois é importante realizarmos a conferência, mas também envolvermos outros elemento da equipa, quer a assistente social ou mesmo um elemento do serviço onde o doente está internado (...)” Enfermeiro 3

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os enfermeiros participantes do estudo apresentaram um serie de sugestões para melhorar a aplicação da conferência familiar, entre as quais: selecionar os profissionais de saúde para as conferências familiares; presença da assistente social. Também, Twycross (2003), defende que na conferência familiar devem participar vários profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogo, de forma a ser potencializado uma maior agilização dos cuidados prestados e dar respostas efetivas às necessidades multidimensionais manifestadas por doente e família.

Uma melhor gestão do tempo e uma maior disponibilidade de tempo também são sugestões apresentadas pelos enfermeiros

entrevistados. De facto, como já referenciado, para se conseguir planear e por em prática as conferências Familiares que realmente são prementes, é necessário que os profissionais de saúde disponham de mais tempo e mais recursos para o poderem fazer com eficácia (Roque, 2015; Thomas [et al.], 2010).

Os enfermeiros referem ainda, que é necessária formação em cuidados paliativos de outros profissionais de saúde. Muito deste sentimento que os enfermeiros da equipa de suporte em cuidados paliativos apresentam, diz respeito ao contacto com outros profissionais dos serviços de internamento onde os doentes estão internados no hospital, e os membros da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos os visitam diariamente. Na verdade, esta necessidade expressa pelos enfermeiros da equipa de suporte em cuidados paliativos está de acordo com o que é expresso pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2016) ao afirmar que é necessário promover continuamente a formação básica em cuidados paliativos para todos os profissionais de saúde, potencializando assim, a identificação precoce de necessidades paliativas e referenciação de situações mais complexas para equipas especializadas. A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) refere que a formação em cuidados paliativos é essencial pois a essência e filosofia dos cuidados paliativos é transversal a todos os contextos onde se prestam cuidados.

Os enfermeiros da equipa de suporte em cuidados paliativos referem também, ser necessário apostar na divulgação do conceito de conferência familiar, para que todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados saibam de que se trata, e se uniformize a linguagem. A aposta na formação relativamente às conferências familiares parece-nos também fulcral.

Outra das sugestões apresentadas, diz respeito à aposta em espaços arquitetónicos confortáveis, pois a equipa de saúde do nosso estudo dispõe apenas de uma sala de reuniões,

que na voz de alguns dos entrevistados não dispõe do conforto necessário e preconizado (Gay [et al.], 2009; Hudson [et al.], 2009; Neto, 2008).

A decisão do doente estar ou não presente deve estar diretamente relacionada com a sua vontade ou desejo (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016; Powazki [et al.], 2014; Radbruch [et al.], 2009; Neto, 2008). Sendo assim, a inexistência de espaços arquitetónicos nos próprios serviços de internamento, que possibilitem doentes internados ou com algumas limitações estarem presentes quando o desejam é algo a clamar por mudança.

Um dos entrevistados referiu ainda, que deveria existir um enfermeiro de referência no serviço de internamento, pois constituir-se-ia numa mais-valia tanto para a preparação e estruturação da conferência familiar, como o seu desenrolar, pelo facto de facilitar a concentração de informação numa mesma pessoa, impedindo a sua dispersão.

Por fim, surge como sugestão de melhoria a criação/utilização de instrumentos de avaliação e intervenção para a estruturação e condução das conferências familiares.

Durante as entrevistas, verificou-se que apesar de as conferências familiares serem programadas, discutidas e estruturadas em equipa de saúde, o mesmo é realizado sem recurso a qualquer tipo de “guião” ou instrumento que seja facilitador. No entanto, segundo a literatura mais atual, embora cada doente e família sejam únicos, e a conferência familiar seja individualizada de acordo com as características de cada alvo, as mesmas tem aspetos que são comuns, e que podem e devem ser devidamente definidos e estruturados (Singer [et al.], 2016), ressaltando-se a importância da existência de instrumento de avaliação e intervenção sistematizados que funcionem como ferramentas de auxílio ao correto planeamento e condução de uma conferência familiar. também na opinião de Hudson [et al.] (2009) as conferências

familiares orientadas por guidelines tornam-se para além de mais úteis, mais eficazes.

Porém, importa salientar, que apesar de existirem algumas diretrizes e guidelines para a realização das conferências familiares (Cahill [et al.], 2016), esta técnica diferenciadora deve ser vista como algo que facilita imenso a comunicação entre equipa, doente e familiares, e que permite responder de modo mais focado e eficiente às necessidades tanto do doente como dos familiares.

A evidência é ainda bastante escassa e limitada para suportar ou indicar como devem ser conduzidas as conferências familiares, e quais os reais benefícios que produzem em cuidados paliativos (Cahill [et al.], 2016; Singer [et al.], 2016; Hudson [et al.], 2009). Ainda Fukui [et al.] (2013), demonstrou a importância da aplicação de um questionário que funcione como uma ferramenta de auxílio ao planeamento e condução das conferências familiares, de encontro às necessidades dos familiares ou prestadores de cuidados, numa fase prévia à conferência familiar. essa utilização leva a uma melhoria na comunicação entre profissionais de saúde, doentes e famílias, traduzindo-se no final da conferência familiar na melhoria do bem-estar psicológico dos participantes.

De acordo com a opinião dos enfermeiros desta equipa de suporte em cuidados paliativos, e da evidência atual, desenvolver instrumentos de avaliação e intervenção funcionará como auxílio para uma correta estruturação de uma conferência familiar, bem como, da sua condução.

CONCLUSÃO

Tendo por objetivo dar a conhecer as sugestões dadas pelos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos para a melhoria da aplicação da técnica de conferência familiar, verificamos que os enfermeiros do estudo apresentaram algumas sugestões de melhoria para a realização da conferência familiar, detalhadamente: mais

disponibilidade de tempo e recursos para que possam planear e por em prática as conferências familiares; presença de psicólogo e assistente social, de modo a darem respostas multidimensionais; apostar na formação em cuidados paliativos de todos os profissionais de saúde; criação de espaços arquitetónicos adequados à realização de conferências familiares nos serviços de internamento que permitam ao doente estar presente se assim o entender; existência de um enfermeiro de referência nos serviços de internamento, que funcionasse como elo de ligação com a equipa de suporte em cuidados paliativos, de modo a potenciar uma melhor continuidade de cuidados; desenvolver instrumentos de avaliação e intervenção confiáveis e válidos, tanto para a preparação, estruturação e condução de uma conferência familiar, bem como do seu follow-up.

Considera-se ainda que tais conclusões têm implicações para a prática de cuidados e para a investigação em cuidados paliativos. Na medida em que, existe a necessidade de criar e validar um instrumento facilitador da preparação, estruturação, condução e follow-up de uma conferência familiar, junto de equipas de referência na prestação de cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFIA

ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos - Organização de serviços em Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP. [Em linha]. [sl.:s.n.], 2006. [Consult. 14 Nov 2015]. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf>

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – Cuidados Paliativos: O que são? 2016 [Em linha]. [sl.:s.n.], 2016. [Consult. 23 Out 2016]. Disponível em <<http://www.apcp.com.pt/faq.html>>.

ALMEIDA, Ana [et al.] - A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida.

Journal of Aging and Innovation. Vol.1, ed.1 (Dez 2011) p. 41-52. ISSN: 2182-6951.

ALMEIDA, Antónia - A família em cuidados paliativos: Avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos: Contributo para a validação da escala FAMCARE [Em linha]. 2ª Ed. – 2º Ciclo. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012. [Consult. 6 Set 2016]. Disponível em WWW:<URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6832/1/652059_Tese.pdf>.

BARBOSA, António; NETO, Isabel - Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8.

BARBOSA, António; NETO, Isabel - Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN 978-972-9349-22-5.

BARDIN, Laurence - Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARTOLOMEU, Sandra - Cuidar a Família: Realização das Conferências Familiares - Revisão Sistemática da Literatura. Mestrado em Cuidados Paliativos. 2ªed. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, 2013.

BOGDAN, Robert, BIKLEN, Sari - Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BUSSE, Reinhard [et al.] - Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges. Regional Office for Europe, WHO. United Kingdom: World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health. Observatory Studies Series nº 20, 2010. ISBN 9789289041928.

CARVALHO, Maria - Morte, cuidados paliativos e a família do doente terminal. Nursing. Vol.17, nº227 (2007), p.36-40. ISSN

08716196.

CASMARRINHA, Manuela - Familiares do Doente Oncológico em Fim de Vida: dos sentimentos às necessidades. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2008.

CAHILL, Philippa [et al.] - What is the evidence for conducting palliative care family meetings? A systematic review. [Em linha]. [sl.:s.n.], 2016, p.1-15 [Consult. 27 Nov. 2016]. Disponível <https://www.researchgate.net/publication/305887884_What_is_the_evidence_for_conducting_palliative_care_family_meetings_A_systematic_review>.

CERQUEIRA, Maria - O cuidador e o doente paliativo – Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo do domicílio. Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2005. ISBN 972-8485-49-2.

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Biénio 2017-2018. [Em linha]. [sl.:s.n.], 2016. [Consult. 27 Out 2016]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf>.

DAVIES, Elizabeth; HIGGINSON, Irene - Palliative Care: The Solid Facts. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde, 2004. ISBN 92 890 1091 6.

DELALIBERA, Mayra - Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disord (PG-13). Lisboa: Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos (6ª edição), Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010.

DEV, Rony [et al.] - A Prospective Study of Family Conferences: Effects of Patient Presence on Emotional Expression and End-of-life Discussions. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 46:4 (2013), p. 536-545. ISSN 1873-6513.

DOYLE, D. - Introduction. In HANKS, Geoffrey [et al.] - Oxford textbook of

Palliative Medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2004, p. 1- 4.

FERRIS, Frank [et al.] - A model to guide hospice palliative care: Based on national principles and norms of practice. Canadian Hospice Palliative Care Association [Em linha]. Ontario: 2002. ISBN 1-896495-17-6. [Consult. 7 Set 2016]. Disponível em <<http://www.chpca.net/media/7422/a-model-to-guide-hospice-palliative-care-2002-urlupdate-august2005.pdf>>.

FINEBERG, Iris [et al.] - Communication with families facing lifethreatening illness: A research – based model for family conferences. *Journal of Palliative Medicine*. Vol.14, nº4 (Abril 2011), p.421- 427.

FORTIN, Marie - O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FUKUI, Mieko [et al.] - Effectiveness of using clinical guidelines for conducting palliative care family meetings in Japan. *Support Care Cancer*. Vol. 21, nº1 (2013), p.53-58. ISSN 1433-7339.

GAY, Elizabeth [et al.] - The intensive care unit family meeting: Making it happen. [Em linha]. *Journal of Critical Care*. Vol. 24, nº4 (Dez. 2009), p1-12. [Consult. 7 Nov. 2016]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365583/>>.

HANNON, Breffni [et al.] - Meeting the family: Measuring effectiveness of family meetings in a specialist inpatient palliative care unit. *Palliative and Supportive Care*. Vol. 10, nº1 (Mar. 2012), p. 43-49. ISSN 1478-9515.

HUDSON, Peter [et al.] - Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*. Vol. 7, nº1(2008), p.1-12. ISSN 1472-684X.

HUDSON, Peter [et al.] - Family meetings

in palliative care: are they effective? [Em linha]. Palliative Medicine. Vol. 23, nº2 (2009), p.150-157. [Consult. 5 Set 2016]. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/9/17>>.

HUDSON, Peter [et al.] - A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. BMC Palliative Care. Vol.9, nº17 (2010), p.1-6. ISSN 1472-684X.

JOSHI, Ramona - Family meetings: An essential component of comprehensive palliative care. Canadian Family Physician - Palliative Care Files. Vol.59, nº6 (2013) p. 637-639.

KRISTJANSON, Linda; AOUN, Samar - Palliative Care for Families: Remembering the Hidden Patients. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 49, nº6 (2004) p. 359-365.

LIMA, Filipe - Necessidades do familiar/cuidador no doente oncológico paliativo. Revista de Investigação em Enfermagem. Vol. II, Nº4, 2013.

MILNE, Donna; QUINN, Karen - Family carers of people with advanced cancer. In HUDSON, Peter; PAYNE, Sheila - Family carers in palliative care. New York, USA: Oxford University Press, 2009. ISBN: 9780199216901, p. 1-19.

MOURA, Conceição - A inevitabilidade da Morte e o cuidar em fim de vida: Entre a Filosofia e a Bioética. 1ª ed. Lisboa: Editora Coisas de ler, Lda. 2011. ISBN 978-9898218-66-7.

NETO, Isabel - A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Dossier Cuidados Paliativos. Vol. 19 (2003), p.68-74.

NATIONAL QUALITY FORUM - A national framework and preferred practices for palliative and hospice care quality: A consensus report. [Em linha]. Washington, 2006. ISBN 1-933875-06-2 [Consult. 7 Outubro 2016]. Disponível em < <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?Link>

Identifier=id&ItemID=22041>

NETO, Isabel - As Conferências Familiares como Estratégia de intervenção e apoio à Família em Cuidados Paliativos. Revista Dor. Vol. 16 (Mar, 2008), p. 27-34. ISSN: 0872-4814.

NEVES, Sandra - Impacto no cuidador principal, do cuidar ao doente paliativo no domicílio. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Cuidados Paliativos para uma morte digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Tradução Oficial Portuguesa). Lisboa, 2010.

PAYNE, Sheila [et al.] - White Paper on improving support for family carers in palliative care: part1. European Journal of Palliative Care. Vol.17, nº5, (2010), p.238-245.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Circular Normativa. Nº: 14/DGCG. [Em linha]. [sl.:s.n.], 2004 [Consult. 14 Out 2016]. Disponível em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde - Proposta de Revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Em linha]. [sl.:s.n.], 2010. [Consult. 27 Set 2016]. Disponível em http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/672/PNCP_REVISAO_19Maio_2010_NotaPrevia.pdf

POWAZKI, Ruth [et al.] - The Family Conference in Palliative Medicine: A Practical Approach. American Journal of Hospice & Palliative Medicine®. Vol. 31, (Jul 2014), p. 678-684.

RADBRUCH, L.; PAYNE, S. - White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1: recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care. Vol. 16, nº 6 (2009),

p.278-289.

REIGADA, Carla; CARNEIRO, Paula; OLIVEIRA, Fátima - As conferências familiares em cuidados paliativos - A teoria e a prática. Hospitalidade. Vol. 73, nº 285 (2009). ISSN 0871-0090.

ROQUE, Rute - Cuidados paliativos e necessidades de familiares do doente e de profissionais. Perspetiva de profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2015.

SEABRA, Daniela - Necessidades do familiar cuidador do doente paliativo. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2013.

SINGER, Adam [et al.] - A Systematic Review of Family Meeting Tools in Palliative and Intensive Care Settings. Am J Hosp Palliat Care. Vol. 33, nº8 (Set 2016), p.797-806.

TAN, Heather [et al.] - The experience of palliative patients and their families of a family meeting utilised as an instrument for spiritual and psychosocial care: A qualitative study. BMC Palliative Care. Vol.10, nº7 (2011), p. 1-12. ISSN 1472-684X.

THOMAS, Kristina; [et al.] - Meeting the needs of family carers: an evaluation of three home-based palliative care services in Australia. [Em linha]. Palliative medicine, 24(2), 183–91, 2010. [Consult. 26 Jan 2017]. Disponível em <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216309351467?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>.

TWYXCROSS, Robert - Cuidados paliativos. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2003. ISBN 972-796-093-6.

YIN, Robert - Case Study Research. 3ª ed. California: Sage Publications, 2003. ISBN 0-7619-2552-X.

ENGAGEMENT EM COLABORADORES DE UMA LINHA DE MONTAGEM DE AUTORRÁDIOS

Carla Diana Ferreira Antunes⁽¹⁾; Eduarda do Sameiro Castro Vilaça⁽²⁾; Fernanda Sameiro Afonso Barreto⁽³⁾; Isabel Maria Batista de Araújo⁽⁴⁾



Resumo

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o nível de engagement dos colaboradores da produção, no departamento de montagem automática de autorrádios. Metodologia: Foi realizado um estudo descritivo, transversal. Recorreu-se a um questionário composto por dois grupos. Grupo I com variáveis sociodemográficas e sócio-laborais e grupo II composto pela escala UWES (Utrecht Work Engagement Scale). Optou-se por uma amostra de conveniência (n=39) colaboradores. Os dados foram organizados no programa Statistical Package Social Science® (SPSS) versão 23. Foi realizada análise descritiva e inferencial, nomeadamente análise univariada e bivariada, incluindo-se o teste t de Pearson e o teste de Spearman. Resultados: Os participantes manifestaram níveis elevados de Engagement (bem-estar no trabalho), tanto no score global como nas diferentes dimensões que o compõe, sendo que apresentou maior evidência a dimensão vigor. Conclusão: Trabalhadores com engagement são uma mais-valia para a empresa já que com níveis de engagement elevados, encontram-se mais motivados, levando a um aumento da produtividade. A nível individual são pessoas satisfeitas e trabalham com entusiasmo.

Palavras-chave: Engagement no trabalho; Saúde do trabalhador; Bem-estar no trabalho, Satisfação no trabalho, Trabalho por turnos.

Abstract

ENGAGEMENT IN CONTRIBUTORS OF AN AUTORRADIO MOUNTING LINE

The general objective of this study was to evaluate the level of engagement of the employees of the production, in the department of automatic assembly of Car radios. Methodology: A descriptive, cross-sectional study was carried out. A questionnaire composed of two groups was used. Group I with socio-demographic and socio-labor variables and group II composed by the UWES scale (Utrecht Work Engagement Scale). We opted for a convenience sample (n = 39). The data were organized in the Statistical Package Social Science® (SPSS) version 23. A descriptive and inferential analysis was carried out, namely univariate and bivariate analysis, including the Pearson t test and Spearman's test. Results: Participants showed high levels of Engagement, both in the overall score and in the different dimensions that compose it, and the strength dimension was the more evident. Conclusion: Engaged workers are an added value to the company, since with high levels of engagement, they are more motivated, leading to increased productivity. At the individual level they are satisfied people and work with enthusiasm.

Key words: Engagement at work; Worker's health; Well-being at work, Satisfaction at work, Shift work.

Resumen

ENGAGEMENT EN EMPLEADOS DE UNA LINEA DE MONTAJE DE AUTORRÁDIOS

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de compromiso de los empleados de producción, en el departamento de fabricación automática de autorrádios. Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se utilizó un cuestionario compuesto por dos grupos. Grupo I con variables sociodemográficas y socio-laborales y el grupo II compuesto por la escala UWES (Utrecht Work Engagement Scale). Elegimos una muestra de conveniencia (n = 39) empleados. Los datos fueron organizados en el programa Science® Sociales (SPSS) versión 2. Se llevó a cabo un análisis descriptivo e inferencial, incluyendo el análisis univariante y bivariante, incluyendo prueba de la r de Pearson y rho de Spearman. Resultados: Los participantes expresaron altos niveles de compromiso en el trabajo (bienestar), tanto en la puntuación global como en las diversas dimensiones que lo componen, mostrando una mayor evidencia en la dimensión fuerza. Conclusión: Los trabajadores con compromiso son una más valia para la empresa una vez que al presentaren altos niveles de compromiso, están más motivados, lo que lleva a un aumento de la productividad. A nivel individual son personas satisfechas y trabajan con entusiasmo.

Palabras clave: Compromiso en el trabajo; salud en el trabajo; El bienestar en el trabajo, la satisfacción en el trabajo, trabajo por turnos.

Rececionado em setembro 2017. Aceite em outubro 2017.

⁽¹⁾Licenciada em Enfermagem. Sepri MT (Braga, Portugal). Enfermeira do Trabalho C_antunes@portugalmail.com

⁽²⁾Licenciada em Enfermagem. Sepri MT (Braga, Portugal). Enfermeira do Trabalho

⁽³⁾Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Sepri MT (Braga, Portugal). Coordenadora de equipa de enfermagem do Trabalho

⁽⁴⁾Prof. Doutora em Ciências de Enfermagem. Diretora Departamento das Ciências da Saúde ESSVA – IPSN- CESPU Investigadora IINFACTS linha Healthcare

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, o trabalho ocupa uma posição fulcral na vida das pessoas, tendo influência no seu bem-estar e na sua qualidade de vida. Pela revisão bibliográfica efetuada, reconhece-se que, atualmente, o trabalho representa um dos aspetos mais importantes da vida pessoal, organizacional e comunitária sendo um dos pilares fundamentais de sustentabilidade das sociedades, ocupando grande parte da vida das pessoas (Costa: 2015). Verifica-se que o funcionamento das empresas está profundamente afetado pelas mudanças do ambiente externo, especialmente pelo aumento da competitividade, pelo surgimento da sociedade da informação, e da diversificação da mão-de-obra. Assim, para poder sobreviver e prosperar num contexto de mudança contínua, as empresas necessitam de ter colaboradores motivados e psicologicamente saudáveis (Gavino et al: 2012; Salanova: 2008 cit. por Moura: 2013).

Avaliar o bem-estar das pessoas no seu local de trabalho tem sido foco de estudo de diferentes áreas científicas (Rebocho et al: 2011; Porto-Martins et al: 2013; Machado et al: 2014; Araújo, Esteves: 2016). O foco de atenção sobre o Engagement deve-se ao facto de que no mundo de trabalho, para competir de forma eficaz, as empresas não só devem recrutar colaboradores com talentos, como devem inspirar e capacitar os seus colaboradores para que estes promovam o bem-estar aquando do desempenho das suas funções. As organizações contemporâneas precisam de funcionários que estejam psicologicamente ligados ao seu trabalho; que estejam dispostos e capazes de compenetrar-se plenamente nas suas funções, de forma pró-ativa e comprometida com os padrões de desempenho de alta qualidade (Bakker & Leiter, 2010).

Durante muito tempo a Psicologia dedicou-se predominantemente ao estudo de aspetos negativos na saúde das pessoas, negligenciando o estudo e a procura de compreensão dos

recursos e formas “ótimas” do funcionamento humano. Contudo, com o evoluir dos tempos torna-se notório que não importa apenas estudar o que induz estados de doença, mas preveni-la e promover a saúde. Em meados dos anos 50 o humanismo trouxe uma nova perspetiva, visando a saúde, as capacidades e o potencial, ao invés do sintoma, desviando o seu foco de atenção da patologia. Assim, o Engagement no trabalho traduz-se como um estado psicológico positivo relacionado com o mundo laboral. É um constructo formado por uma componente comportamental-energético (vigor), uma componente emocional (dedicação) e uma componente cognitiva (absorção) (Schaufeli & Bakker 2003; Machado et al, 2014; Tripiana, Llorens, 2015, Araújo, Esteves 2016).

O vigor caracteriza-se por altos níveis de energia, persistência, desejo (vontade) de se esforçar no trabalho e resiliência mental nas atividades laborais, traduz vontade de investir esforços, não se cansar com facilidade, e persistir face às dificuldades. A dedicação representa o estado de concentração integral na realização do trabalho, inspiração, orgulho, desafio, com objetivo de agregar significado às atividades realizadas e com entusiasmo. No que diz respeito á absorção, esta implica estar plenamente concentrado e feliz na realização do trabalho, assim como a dificuldade de se desligar do trabalho, gera-se uma “sensação de que o tempo passa voando” (Schaufeli & Bakker 2003; Machado et al, 2014).

As pesquisas revelam que os colaboradores com Engagement no trabalho são indivíduos altamente enérgicos, auto-eficazes que exercem influência sobre os eventos que afetam as suas vidas (Bakker, 2011). O foco no Engagement beneficia os profissionais, como também oferece uma vantagem competitiva às organizações onde estes estão inseridos (Araújo, Esteves, 2016).

Segundo Bakker; Demerouti (2008) o Engagement está positivamente relacionada com a saúde, e isso implica que os trabalhadores

com altos níveis de Engagement têm uma melhor performance. Schaufeli et al. (cit. por Bakker; Demerouti, 2008) têm mostrado que trabalhadores engajados relatam menos queixas psicossomáticas do que os trabalhadores não engajados. Finalizando, segundo Porto-Martins et al (2013), desenvolver estudos sobre o Engagement no trabalho mostra-se um desafio importante, pois implementa uma visão mais positiva em relação ao indivíduo, com foco prioritariamente na saúde.

Face ao supracitado verificamos que o Engagement no trabalho interfere com a saúde dos colaboradores como com a organização em que desempenham funções. Salientamos que, apesar de este tema ser abordado há vários anos, poucos investigadores se debruçaram a estudar o Engagement dos colaboradores fabris. Assim, este trabalho teve como principal objetivo avaliar o nível de Engagement dos colaboradores da produção, no departamento de montagem automática de autorrádios. Como objetivos específicos: Caracterizar o nível de engagement dos colaboradores, em relação ao vigor, dedicação e absorção na sua atividade profissional; Descrever a variabilidade do engagement em relação às variáveis sociodemográficas e socioprofissionais. Este trabalho foi desenvolvido na unidade curricular Oficinas de Investigação do Curso de Pós- Graduação em Enfermagem do Trabalho lecionada na CESPU Formação.

METODOLOGIA

A opção metodológica que orientou esta investigação enquadra-se no paradigma quantitativo. Foi realizado um estudo descritivo, transversal. A linha orientadora do trabalho foi: “Qual o nível de Engagement dos colaboradores da produção, no departamento de montagem automática de autorrádios?” Para responder a este questionamento utilizou-se um questionário composto por dois grupos. Grupo I com variáveis sociodemográficas e sócio-laborais (Sexo, idade, estado civil, nível

de escolaridade; local de trabalho, trabalha por turnos, vínculo que tem com a empresa, tempo de serviço e categoria profissional) e grupo II composto pela escala UWES (Utrecht Work Engagement Scale) instrumento elaborado pelos Professores Wilmar Schaufeli e Arnold Bakker em 2003, específico para a avaliação do Engagement no trabalho. Esta escala foi validada e utilizada em vários países (Bakker et al., 2008), com uma base de dados internacional de aproximadamente 30.000 trabalhadores e traduzido para 19 idiomas, incluindo o português, com versões distintas para Portugal e Brasil (Salanova & Schaufeli, 2009). Trata-se de um questionário composto de 17 itens, que avaliam três dimensões (vigor, dedicação e absorção). Na dimensão vigor os seis itens medidos reportam-se a um alto nível de energia, à vontade de se esforçar, não se cansar com facilidade e persistir face às dificuldades (Schaufeli e Bakker, 2003, cit. Por Carneiro, 2014). Na dimensão dedicação, os cinco itens, aludem ao significado do trabalho, sentido de entusiasmo e orgulho em relação às tarefas, sentindo-se desafiados pelo trabalho (Schaufeli e Bakker, 2003, cit. Por Carneiro, 2014). Na dimensão absorção, seis itens, reportam-se ao sentimento de estar totalmente imerso no trabalho, tendo dificuldade em se libertar dele, não dando conta do tempo passar e abstraído-se do que está a seu redor (Schaufeli e Bakker, 2003, cit. por Carneiro, 2014).

As respostas são avaliadas por uma escala tipo Likert de 7 pontos, indo de 0 a 6 (sendo 0 = nunca/nenhuma vez e 6 = a sempre/todos os dias), no qual as maiores pontuações traduzem um maior Engagement (Schaufeli e Bakker, 2003, cit. Por Carneiro, 2014). Estas três dimensões do engagement centram-se em avaliar experiências positivas, embora subjetivas. Neste sentido, será de esperar que as diferentes dimensões, estejam correlacionadas positivamente.

Para a concretização do estudo recorreu-se a uma empresa multinacional do sector

de componente eletrônicos, a atuar na região norte de Portugal. Inicialmente estabeleceu-se contacto formal com a empresa para solicitar a participação e autorização para o estudo. Foi obtido parecer favorável em Junho de 2016. Contudo, foi solicitado o anonimato da empresa aquando da divulgação de resultados, pelo que vão ser omissos alguns dados para proteger a respetiva identificação.

Optou-se por uma amostra de conveniência, na qual se selecionou um departamento da empresa, o departamento de montagem automática. Os colaboradores deste departamento, realizam tarefas repetitivas, em horário rotativo, com turnos de 8 horas (40 horas semanais), assegurando o funcionamento do serviço 24h por dia, durante 365/6 dias por ano. A população acessível foi de 105 colaboradores, sendo que, participaram 39 funcionários.

Definiu-se como critério de inclusão a capacidade cognitiva para participar. Foram utilizadas várias estratégias de divulgação do estudo. No dia 11 de outubro de 2016, a equipa de enfermagem, em conjunto com a técnica de higiene e segurança no trabalho, dirigiu-se à secção de Montagem Automática e procederam à sensibilização dos colaboradores para a importância da sua colaboração no estudo e à distribuição dos questionários. Para além desta estratégia, os questionários foram divulgados nos ecrãs do espaço social da empresa (a empresa disponibilizou dois locais para preenchimento dos questionários). O questionário foi aplicado no período de 11 a 17 de Outubro de 2016.

Foram respeitados os procedimentos ético-legais para a aplicação do questionário, tendo presente os princípios da Declaração de Helsínquia. Neste sentido, não foram questionados dados pessoais que permitissem a identificação do respondente. Todos os questionários foram codificados com números. Os dados foram transpostos para uma base de dados em programa Statistical Package Social

Science® (SPSS) versão 23. Foi realizada análise descritiva e inferencial, nomeadamente análise univariada e bivariada, incluindo-se o teste t de Pearson e ρ de Spearman.

RESULTADOS

Este estudo contou com a participação de 39 colaboradores, sendo 28 (71,9%) do sexo masculino e 11 (28,21%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 20-58 anos, sendo a média de idade de 36,03 com desvio padrão de 11,663.

Deste universo, 19 (48,7%) eram solteiros, 17 (43,6%) casados ou em união de facto e 3 (7,7%) divorciados. No que se refere às habilitações literárias, 2 (5,1%) tinham escolaridade até ao 6º ano, 6 (15,4%) até ao 9º ano e 31 (79,5%) tinham o 12º ano. Todos os colaboradores trabalhavam em turnos rotativos, sendo que 24 (61,5%) trabalhavam num departamento de sua eleição, 14 (35,9%) não trabalhavam num departamento de sua eleição e 1 (2,6%) não respondeu a esta questão. Sobre o vínculo que tinham com a instituição, apurou-se que 22 (56,4%) dos colaboradores tinham vínculo definitivo com a empresa, 16 (41%) tinham um vínculo temporário e 1 (2,6%) não respondeu á questão. Quanto ao tempo de serviço na empresa este oscilava entre 0,3 e 34 anos (sendo a média 13,5 anos).

Após descrição do perfil dos participantes seguem-se os dados que dão resposta aos objetivos definidos para o estudo.

Engagement e relação com as variáveis sociodemográficas

Pelo posicionamento das respostas dos inquiridos, chegamos ao nível de Engagement, cuja média de cada resposta obtida está apresentada no gráfico 1.

As respostas estão ordenadas de forma decrescente, ou seja, da resposta com média mais elevada, para a resposta com média mais baixa. Assim, compreende-se que a maioria das repostas tem score superior a 3, o que pressupõe-se que nesta secção da empresa,

existe um nível de Engagement positivo.

Pela leitura do gráfico 2 compreendemos o nível do Engagement dos colaboradores. Percebemos que 16 (41,03 %) apresentaram um nível de Engagement médio, 13 (33,03 %) um nível de Engagement alto e os restantes 7 (17,95%) manifestaram um nível de Engagement baixo. Desta forma, a maioria dos colaboradores 31 (79,49%) apresentou um nível de Engagement que varia entre o médio e o muito alto.

Como anteriormente referido o nível de Engagement foi avaliado através de três dimensões: vigor, dedicação e absorção. Na dimensão vigor, 21 (53,8%) apresentaram um nível médio, 35 (89,7 %) mostraram um nível de vigor que variou entre médio e muito alto, como se pode ler na tabela 1.

Na dimensão dedicação 17 (43,6%) apresentaram um nível médio de dedicação, sendo que 31 (79,4%) manifestaram um nível de dedicação que variou entre médio e muito alto. Na dimensão absorção, as respostas posicionaram-se para que a maioria dos colaboradores, 22 (56,4%) manifestaram um nível médio de absorção, sendo que, 31 (79,5%) apresentavam um nível de Engagement que variou entre o médio e o alto; de salientar, que nenhum trabalhador apresentou nível de absorção muito alto e existiram 9 (23,1 %) trabalhadores que apresentaram níveis de dedicação alto.

Pelo supracitado conclui-se que os participantes manifestaram níveis elevados de Engagement (bem-estar no trabalho), tanto no score global como nas diferentes dimensões que o compõe, sendo que o que apresentou maior evidência foi a dimensão vigor.

Os investigadores tiveram interesse em perceber se existia alguma relação entre o nível de Engagement e as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, habilitações literárias e as variáveis socioprofissionais (vínculo com a empresa e os anos de serviço na empresa).

Pela leitura do gráfico 3 verifica-se que

existe relação entre o sexo e o Engagement. Apurou-se que as mulheres apresentaram uma mediana mais alta, mostraram maior nível de Engagement do que homens, apesar de os homens terem um score máximo mais alto e o score mínimo mais baixo, ou seja, é neles que houve uma maior variabilidade dos scores.

Foi analisada a relação entre o nível de Engagement e a idade. Não se obtiveram dados que comprovassem esta relação, logo nesta amostra o aumento da idade dos trabalhadores não é preditivo do aumento do envolvimento dos mesmos no trabalho. Tanto os colaboradores mais jovens (idade inferior a 39 anos) como os mais velhos (superior a 39 anos) apresentaram níveis de Engagement similares, sendo que a correlação encontrada foi de 0.036.

Analisou-se a relação entre o nível de Engagement e as habilitações literárias. Os colaboradores com maior escolaridade (12º ano) apresentaram maior nível de Engagement do que os colaboradores com o 9ºano. Na continuidade da correlação entre variáveis analisamos a relação entre o nível de Engagement e o tipo de vínculo com a empresa. Verificamos que os colaboradores com um vínculo temporário apresentaram maior nível de Engagement do que os colaboradores com vínculo definitivo (gráfico 4). Por fim, foi analisada a relação entre o nível de Engagement e os anos de serviço na empresa, concluindo-se que não existiu uma relação (valor de r de Spearman igual a -0.124).

Discussão

Perante os resultados obtidos fazemos referência ao perfil dos participantes do estudo. Contamos com a participação de um grupo de colaboradores de uma empresa de autorrádios, com uma média de idades de 36 anos, na sua maioria homens. O facto do departamento, onde foi realizado o estudo, funcionar 24h/dia, pode justificar a maior prevalência de homens, e também a evidência de que a

maioria deles serem jovens, com formação até ao 12º ano (nenhum participante com formação superior). A maioria dos colaboradores tem vínculo definitivo com a empresa e trabalha no departamento da sua eleição. Sendo que a média do tempo de serviço na empresa é de 13,5 anos.

Pelo posicionamento das respostas à escala UWES verificou-se que este grupo de colaboradores apresentaram níveis elevados de Engagement (bem-estar no trabalho) tanto no score global como nas diferentes dimensões que o compõe, sendo que apresentou maior evidência a dimensão vigor. Segundo os autores da escala UWES (2009) significa de uma forma geral altos níveis de energia no trabalho e vontade de investir e persistir face às dificuldades. Este achado sobre o vigor poderá justificar-se pelo facto de estes trabalhadores serem impulsionados a cumprir objetivos de produção, o que é critério para a sua avaliação. Estes dados vão de encontro à evidência empírica a que tivemos acesso. Este resultado corrobora o estudo de outros investigadores, apesar dos participantes trabalharem num contexto diferente (Basso-Machado et al, 2012). Segundo Mroz & Kaleta (2016), o facto de ser um trabalho que exige a utilização de recursos individuais, como trabalhar de forma sistemática, planear, cumprir prazos e obedecer a regras, isto potencia o Engagement dos trabalhadores.

Salientamos que, para além de vigor, os colaboradores, também, manifestaram valores entre o médio e o alto na dimensão absorção. Esta evidência poderá ficar a dever-se tanto ao facto de os participantes terem de cumprir a sua jornada de trabalho com foco nos objetivos da produção, como também às características das tarefas que desempenham, que exigem bastante concentração e rigor.

Quanto à dimensão dedicação, verificou-se que os colaboradores manifestaram um nível que variou entre médio e muito alto, sendo que se destaca, em comparação com as outras dimensões, um valor significativo

no score muito alto. De acordo com a escala UWES (2009), estes scores indicam que os colaboradores se identificam fortemente com o seu trabalho porque a experiência é significativa, inspiradora e desafiadora, sentindo-se entusiasmados e orgulhosos em relação ao seu trabalho. Nos dados a que tivemos acesso, não acedemos a nenhum estudo em que a dedicação atingisse valores tão significativos. No entanto, segundo Orgambidez – Ramos et al (2015) os trabalhadores dedicados encontram-se mais satisfeitos com o trabalho, sentem-se mais comprometidos, são mais leais à organização e por isso, tem menos intenção de abandonar a empresa. Assim, os resultados aqui apresentados são bons indicadores para esta empresa.

Da correlação entre as variáveis sociodemográficas e o Engagement sobressai que as mulheres e com mais escolaridade apresentam maior nível de Engagement. Estes resultados revalidam estudos de outros investigadores, que avaliaram o mesmo constructo, mas em profissionais diferentes (Bilgel, Bayram, Ozdemir, Dogan e Ekin (2012 cit. Por Carneiro, 2014, pág. 35; Carneiro, 2014, pág. 35). No entanto, este resultado não é universal. Tivemos acesso a estudos a evidenciar que são os homens que se posicionam com maior nível de Engagement (Carneiro, 2014).

Verificamos, ainda, que os colaboradores com vínculo temporário apresentavam maior nível de Engagement, o que poderá estar relacionado com o facto de estes terem contratos de períodos mais curto poderão sentir menor saturação em relação ao trabalho, e pode, ainda, estar relacionado com o seu empenho para renovação de contrato. Este resultado não corrobora com o estudo de Porto-Martins et al (2013) em que nos seus escritos referenciam que o compromisso com a empresa é um fator preditivo de maior Engagement.

A variável idade e tempo de serviço não

influenciou o nível de Engagement. Resultado controverso quando comparado com outros trabalhos de investigação (Swaminathan e Ananth 2009, cit por Carneiro, 2014).

Pelo supracitado, os resultados encontrados são sugestivos de um grupo de colaboradores de uma empresa com evidente bem-estar no trabalho, com vontade de trabalhar e com energia suficiente para enfrentar as dificuldades inerentes à jornada de trabalho. Vários estudos evidenciam que o bem-estar no trabalho está relacionado com a qualidade do trabalho desenvolvido na empresa. Trabalhadores com engagement são uma mais-valia para as empresas, já que se encontram mais motivados, tendo “um melhor desempenho e produtividade” (Salanova; Schaufeli, 2009, cit por Porto-Martins et al, pág. 635). A nível pessoal, trabalhadores com mais engagement possuem mais emoções positivas; melhor saúde física e psicológica; são capazes de criar os seus próprios recursos e de trabalhar duro, sentem-se bem e têm grande capacidade de se concentrar no seu trabalho (Porto-Martins et al, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salientou-se, nos resultados, um nível elevado de Engagement dos colaboradores de um departamento específico. Este resultado é um bom indicador para os participantes, para a empresa e em particular para o enfermeiro do trabalho e equipa de saúde e segurança no trabalho. O mesmo é útil para a definição de estratégias, ações e recursos a implementar ajustadas às necessidades dos colaboradores.

Tratando-se de um estudo com uma amostra não representativa dos colaboradores de uma linha de montagem automática de uma empresa, os dados agora apresentados comportam naturalmente as limitações de uma amostra reduzida, de cariz regional/setorial, não podendo por isso ser extrapolados para outras regiões do país/seções, ou para um nível territorial mais macro.

Consideramos que, seria relevante a

realização de novos estudos envolvendo outros sectores da empresa, se não todos, como meio de avaliar o nível geral de Engagement na mesma. Isto permitiria formar comparações entre diferentes seções e, assim perceber se o tipo de trabalho desenvolvido e a tipologia de turnos influenciará ou não o nível de Engagement, assim como, avaliar influência de outras variáveis.

REFERENCIAS

Agnst, R.; Benevides-Pereira, A. M. T.; Porto-Martins, P. C. (2009). Tradução do manual do UWES Work Engagement Scale. SCHAUFELI, W. B. & BAKKER, A. B.; 2003. Disponível em <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_Brazil.pdf>. Acesso em: 20 Março. 2016.

Araújo, I., Esteves, R. (2016) Engagement em docentes do ensino superior: uma abordagem exploratória. Enfermería Universitaria. N°13 (Abril-Junho), Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358745743002>

Bakker, A.; Demerouti, E. (2008) Towards a model of work Engagement. Career Development International. Emerald Group Publishing Limited. Vol. 13 No. 3. 209-223.

Bakker, Arnold B. (2011) An Evidence-Based Model of Work Engagement. APS, Association for Psychological Science. August 13. 20(4) 265–269. Disponível em: <http://cdp.sagepub.com/content/20/4/265>

Bakker, Arnold B. And Leiter, Michael p. (2011) - work engagement a Handbook of Essential Theory and Research. Disponível em: http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781136980886_sample_835742.pdf

Carneiro, Gilberto (2014) A importância da liderança para o engagement dos colaboradores nas empresas do Vale do Ave. (Tese de mestrado).: INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO. Porto – Portugal.

Costa, Tatiane. (2013) A influência dos horários de trabalho (horário normal e horário

por turnos) na qualidade de vida no trabalho e engagement profissional. (Tese de mestrado). Instituto. Politécnico do Porto. Porto-Portugal.

Machado, Pedro; Porto-Martins, Paulo; Amorim, Cloves (2012) Engagement no trabalho entre profissionais da educação. Revista Intersaberes, vol. 7 n.13. 193 -214. Disponível em <http://www.grupouninter.com.br/intersaberes/index.php/revista/article/viewFile/257/16645>

Machado, et al. (2014). Engagement no trabalho em profissionais de uma empresa de transporte público urbano. *Psicol. Argum.* v. 32, n. 79. 175-185. Supl 1. Curitiba – Brasil.

Mroz, J., & Kaleta, K. (2016). RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONALITY, EMOTIONAL LABOR, WORK ENGAGEMENT AND JOB SATISFACTION IN SERVICE PROFESSIONS. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(5), 767-782.

Moura, Daniel (2013) Engagement no trabalho: a perspetiva do modelo demandas recursos laborais. (Tese de Mestrado) Universidade do Algarve. Portugal.

Park, Nansook; Peterson, Christopher; Sun, Jennifer K. (2013) La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*. Vol. 31, Nº 1, 11-19., Departamento de Psicología, Universidad de Michigan, EE. UU.

Pires, Jeferson; Nunes, Maiana; Nunes, Carlos (2015) Instrumentos Baseados em Psicologia Positiva no Brasil: uma Revisão Sistemática. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 20, n. 2. 287- 295. Disponível em [www.scielo.br: http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200209](http://www.scielo.br/http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200209)

Orgambidez- Ramos, Alejandro; Perez-Moreno, Pedro; Borrego-Alés, Yolanda (2015). Estrés de rol y satisfacción laboral: examinando el papel mediador del engagement en el trabajo. *Journal of Work and Organizational Psychology* 31, 69-77.

Porto-Martins, Paulo; Machado, Pedro;

Benevides-Pereira, Ana. (2013) Engagement no trabalho: uma discussão teórica. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 25 – n. 3. 629-644.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Orientação 009/2014. Lisboa, DGS, 2014). [consultado em 20/07/2016] Obtido de www.dgs.pt/saude.../autorizacao-doexercicio-de-enfermagem-do-trabalho

Rebocho et al (2011) Recursos Laborais, Engagement e Desempenho dos trabalhadores: Um estudo numa empresa da área da grande distribuição. *Psychologic*, Nº 55. pp. 291-313.

Reppold, Caroline; Gurgel, Léia; Schiavon, Cecilia (2015) Research in Positive Psychology: a Systematic Literature Review. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 20, n. 2. 275-285. Disponível em: [www.scielo.br: http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200208](http://www.scielo.br/http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200208)

Schaufeli W, Bakker A. (2003). UWES- Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.

Tripiana, Jacoba y Llorens, Susana. (2015). Fomentando empleados engaged: el rol del líder y de la autoeficácia. *Anales de Psicología*. vol. 31, nº 2. 636-644. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia – España. Disponível em <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.179561>

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: <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser ser 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.**

A taxa de submissão de artigo é de 5€.

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.

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.

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.