

Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

30

n 30. 2ª série - Fevereiro 2020



Edições
SINAIS VITAIS

Periodicidade: Trimestral

Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº30 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2020

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL	7
COMPETÊNCIAS DE SUPERVISÃO VERSUS DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E DO CONTEXTO PEDAGÓGICO <i>SKILLS OF SUPERVISION VERSUS SOCIODEMOGRAPHIC DETERMINANTS AND THE PEDAGOGICAL CONTEXT</i> <i>COMPETENCIAS DE SUPERVISIÓN VERSUS DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DEL CONTEXTO PEDAGÓGICO</i> <i>Madalena Cunha; Ernestina Silva; Daniel Silva; Rosa Martins; José Costa; Susana André; Isabel Bica; Olivério Ribeiro; Ana Andrade</i>	9
PERSPECTIVAS DOS ENFERMEIROS GESTORES VERSUS NECESSIDADES FORMATIVAS <i>PERSPECTIVES OF NURSE MANAGERS. VERSUS FORMATIVE NEEDS</i> <i>PERSPECTIVAS DE LOS GERENTES DE ENFERMERÍA FRENTE A LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN</i> <i>Marlene Rutília Serpa Morais Ribeiro</i>	19
A METODOLOGIA E A PESQUISA DA VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA <i>METHODOLOGY AND VIOLENCE RESEARCH: AN INTEGRATIVE REVIEW</i> <i>LA METODOLOGÍA Y LA INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA: REVISIÓN INTEGRATIVA</i> <i>Ana Sá Fernandes</i>	31
O LAZARETO DE LISBOA PARA CONTER A CÓLERA, A FEBRE-AMARELA E A PESTE BUBÓNICA <i>EL LAZARETO DE LISBOA PARA CONTENER EL CÓLERA, LA FIEBRE AMARILLA Y LA PESTE BUBÓNICA</i> <i>THE LAZARETO OF LISBON TO CONTAIN CHOLERA, YELLOW FEVER AND BUBONIC PLAGUE</i> <i>Paulo Joaquim Pina Queirós; Patrícia Freitas Pereira; Marina Baptista Pereira</i>	41
EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR: IMPACTO NO DOENTE CRÍTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA <i>INTRAHOSPITAL MEDICAL EMERGENCY TEAM - IMPACT ON THE CRITICAL SICK: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE</i> <i>EQUIPO INTRAHOSPITALARIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS - IMPACTO EN LOS ENFERMOS CRÍTICOS: UNA REVISIÓN DE LITERATURA SISTEMÁTICA</i> <i>Bruno Parra; Isabel Santana; Luisa Sanhudo; Pedro Luis</i>	51



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luis 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*

Luis Manuel Mota Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora*

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, Administração/Ownership, Sede do Editor e Sede de Redação: 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€

Conselho de administração: António Fernando Salgueiro Amaral, Carlos Alberto Andrade Margato

Detentores: António Fernando Salgueiro Amaral, Arlindo Reis Silva, Arménio Guardado Cruz, Carlos Alberto Andrade Margato, Fernando Manuel Dias Henriques, João Manuel Petetim Ferreira, José Carlos Pereira Santos, Luis Miguel Nunes de Oliveira, Maria Coelho Ferreira Pereira, Paulo Joaquim Pina Queirós

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

As lesões musculoesqueléticas continuam a ser um flagelo para a saúde dos cidadãos europeus, onde se incluem os portugueses. Estes problemas de saúde pública mantêm prevalências elevadas e estão, na maioria dos casos, relacionadas com a atividade profissional (LMERT), apesar das campanhas que têm sido realizadas nos diversos países da União Europeia (EU-OSHA, 2019).

De fato, apesar de se conhecer muito bem a maioria dos fatores de risco associados a este fenómeno, nomeadamente fatores físicos, individuais, organizacionais e psicossociais, as estratégias e medidas adotadas nos diversos níveis (político, empresarial, trabalhador) têm sido pouco efetivas.

Os profissionais de saúde em geral, e a enfermagem em particular, são dos trabalhadores que mais sofrem com este problema, em que comprovadamente se observam as prevalências mais elevadas, próximos das prevalências observadas nas áreas de agricultura, construção e pescas, principalmente a nível da coluna vertebral lombar, ombros e membros superiores, acompanhadas de diversas consequências que podem incluir desconforto e dor nas referidas regiões corporais, mas também incapacidades e absentismo, para além de todos os reflexos a nível económico e social.

Os riscos relacionados com a postura, a exposição a movimentos repetitivos ou a posições cansativas ou dolorosas, a elevação ou deslocação de cargas pesadas, estão entre os riscos mais frequentes e onde se têm focado mais as estratégias e medidas de prevenção, mas sem os resultados desejados. Atualmente, já não existem dúvidas sobre a evidência do peso que os fatores individuais, organizacionais e psicossociais contribuem para o desenvolvimento das LMERT.

Neste contexto, e tendo em conta as mudanças e tendências em termos demográficos, organizacionais e estilos de vida, um novo paradigma de intervenção preventiva deve ser adotado, onde os referidos fatores devem ser integrados na avaliação ergonómica e na vigilância da saúde do trabalhador, envolvendo todos os atores no processo, pretendendo-se uma participação mais ativa nas decisões.

Os serviços de saúde ocupacional/saúde do trabalho das instituições de saúde devem ter uma atuação mais dinâmica e empenhada no estudo e investigação das condições de trabalho que conduzem e contribuem para os números epidémicos deste problema que se continuam a observar a nível nacional e internacional.

A campanha da EU-OSAH para o período de 2020-2022 concentra-se na prevenção de LMERT.

Vamos todos estar mais atentos, participar neste desígnio e contribuir para que exista uma verdadeira CULTURA DE PREVENÇÃO DE LMERT nos diversos contextos profissionais dos enfermeiros, através do desenvolvimento de projetos bem estruturados e de qualidade e rigor científico, de preferência de cariz experimental, e que possam comprovar a efetividade das diversas intervenções na prevenção e diminuição deste problema de saúde pública que afeta cada vez mais a saúde e qualidade de vida dos cidadãos e trabalhadores.

Arménio Cruz

COMPETÊNCIAS DE SUPERVISÃO VERSUS DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS E DO CONTEXTO PEDAGÓGICO

Madalena Cunha¹; Ernestina Silva²; Daniel Silva²; Rosa Martins²;
José Costa²; Susana André²; Isabel Bica²; Olivério Ribeiro²; Ana Andrade²



Resumo

Introdução: A competência é a qualidade que divide profissionais experientes de inexperientes, podendo ainda ser designada como a aquisição de inúmeros conhecimentos diversificados, e saber como aplica-los em contexto prático (Esteves, 2009, p 38).

Objetivo: Avaliar a perspetiva dos estudantes do ensino superior sobre as competências do professor mentor e sua relação com as dinâmicas do contexto pedagógico.

Métodos: O presente estudo é de natureza quantitativa e descritiva com enfoque transversal e foi realizado numa amostra constituída por 306 estudantes do ensino superior, na área da saúde, com uma média de idades de 21,15 anos, verificando-se uma percentagem mais elevada do sexo feminino (81.7%). A recolha de dados foi realizada via on-line através da aplicação de Escalas de “Caracterização Sócio-demográfica e de Contexto Pedagógico” (Cunha, 2017) e do “Core de Competências do Supervisor” (Cunha & Albuquerque, 2017), disponíveis na página da instituição de ensino.

Resultados: Os resultados apurados suportam a importância da atribuição de um Professor Mentor no Ensino Superior (87,5%), com acompanhamento do 1º ao 3º/4º ano (60,4%). Sugerem a preferência por sessões diárias (51,6%) a decorrer no local de estágio (52,4%), com duração inferior a uma hora (49,7%). O estudo permite ainda inferir que as características mais valorizadas pelos estudantes do ensino superior, são os fatores pessoais (média= 4.62; dp= 0.46).

Conclusões: Os resultados sugerem que os estudantes do ensino superior, valorizam a didática da supervisão das aprendizagens e a existência de um professor mentor, pelo que a sua atribuição assume relevância no quadro da gestão estratégica de práticas pedagógicas inovadoras no combate ao insucesso e abandono escolar.

Palavras-chave: Ensino Superior, Estudantes, Supervisão, Competência Profissional

Abstract

SKILLS OF SUPERVISION VERSUS SOCIODEMOGRAPHIC DETERMINANTS AND THE PEDAGOGICAL CONTEXT

Introduction: Competence is the quality that divides experienced professionals from inexperienced ones, and can be designated as the acquisition of many different knowledge, and know how to apply them in a practical context (Esteves, 2009, p 38).

Objetives: To evaluate the perspective of the college students on the competences of the mentor teacher and their relation with the dynamics in the pedagogic context.

Methods: The present study is of a quantitative and descriptive nature with a cross-sectional approach. The sample is made up of 306 college students in the health area, with an average age of 21.15 years and a higher percentage of females (81.7%). The data collection was carried out onlinethrough the application of scales of “Sociodemographic Characterization and Pedagogic Context” (Cunha, 2017) and the “Core Supervisor Skills” (Cunha & Albuquerque, 2017), available on the site of the educational institution.

Results: The results support the importance of the assignment of a mentor teacher in College (87.5%), with follow-up from 1st to 3rd / 4th year (60.4%). They also suggest the preference of daily sessions (51.6%) in the training place (52.4%), lasting less than one hour (49.7%). The study allows us to infer that the most important characteristics for college students are the supervisor’s personal factors (mean = 4.62; dp = 0.46).

Conclusions: The results suggest that college students value the didactic of learning supervision and the existence of a mentor teacher; so their attribution assumes relevance in the framework of the strategic management of innovative pedagogical practices in the fight against failure and college dropout.

Key words: Higher Education/ College, Students, Supervisory, Professional Competence

Resumen

COMPETENCIAS DE SUPERVISIÓN VERSUS DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DEL CONTEXTO PEDAGÓGICO

Introducción: La competencia es la calidad que divide a profesionales experimentados de inexpertos, pudiendo aún ser designada como la adquisición de innumerables conocimientos diversificados, y saber cómo aplicarlos en un contexto práctico (Esteves, 2009, p 38).

Objetivo: Evaluar la perspectiva de los estudiantes de enseñanza superior sobre las competencias del profesor mentor y su relación con las dinámicas del contexto pedagógico.

Métodos: El presente estudio es de naturaleza cuantitativa y descriptiva con enfoque transversal y fue realizado en una muestra constituída por 306 estudiantes de la enseñanza superior, en el área de la salud, con una media de edades de 21,15 años, verificándose un porcentaje más elevado del sexo femenino (81.7%). La recogida de datos se realizó via on line a través de la aplicación de Escalas de “Caracterización Sócio-demográfica y de Contexto Pedagógico” (Cunha, 2017) y del “Core de Competencias del Supervisor” (Cunha & Albuquerque, 2017), disponibles en la página de la página institución de enseñanza.

Resultados: Los resultados obtenidos soportan la importancia de la asignación de un Profesor Mentor en la Enseñanza Superior (87,5%), con seguimiento del 1º al 3º / 4º año (60,4%). Sugieren la preferencia por sesiones diarias (51,6%) en el lugar de práctica (52,4%), con una duración inferior a una hora (49,7%). El estudio permite inferir que las características más valoradas por los estudiantes de enseñanza superior, son los factores personales (media= 4.62; dp = 0.46).

Conclusiones: Los resultados sugieren que los estudiantes de enseñanza superior, valoran la didáctica de la supervisión de las aprendizajes y la existencia de un profesor mentor; por lo que su atribución asume relevancia en el marco de la gestión estratégica de prácticas pedagógicas innovadoras en el combate al fracaso y el abandono escolar.

Palabras clave: Enseñanza Superior, Estudiantes, Supervisión, Competencia Profesional

Submetido em. Aceite para publicação em

¹Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSV,Viseu, Portugal and Universidade do Minho, CIEC, Braga, Portugal

²Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSV,Viseu, Portugal.

Madalena Cunha - Escola Superior de Saúde, Rua D. João Gomes Crisóstomo de Almeida, nº102, 3500-843 Viseu, Portugal; superes2017@gmail.com

INTRODUÇÃO

A competência não remete para o conhecimento, nem para as capacidades, mas sim, para a utilização destes recursos, (Boterf, 1994 cit.in Silva, 2010) daí que as competências de supervisão pedagógica poderão constituir um atributo, uma qualidade que divide profissionais experientes de inexperientes, podendo ainda ser designadas como a aquisição de inúmeros conhecimentos diversificados, e saber como aplica-los em contexto prático (Esteves, 2009).

As qualidades e capacidades pedagógicas do orientador devem ser aprimoradas no decorrer do percurso formativo nas variadas situações de aprendizagem. Além de uma prática de tutoria, com diversas componentes técnicas e comportamentais, o orientador necessita de uma postura de autorreflexão e uma elevada capacidade de observação, com o objetivo final de uma nova aprendizagem. (Gaspar, Jesus, & Cruz, 2011).

Para o sucesso da aprendizagem de um estudante é necessário que o professor desempenhe diferentes papéis, destacando-se o papel de orientador, mentor e supervisor.

O conceito de mentor remete para um profissional com mais experiência que orienta, ensina, encaminha, apoia e aconselha um estudante com menos prática no começo da sua carreira, desempenhando um papel importante a nível pessoal e profissional (Botti & Rego, 2007). Este processo tem implícita uma relação entre duas pessoas, direta e duradoura, sendo um o supervisor que contribui para o sucesso, desenvolvimento profissional, académico e pessoal do mentorando (Karkowska, 2015, p.1). Na perspectiva de Botti & Rego (2007, p.368), um mentor “*estabelece uma relação complexa e multifacetada com o jovem profissional, procurando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. É uma relação recíproca, que sustém um plano de desenvolvimento pessoal, na qual o ganho não é apenas unilateral, pois o mentor aprende e cresce de acordo com a maneira como o jovem encara a vida*”. Daí

ser imprescindível o professor implementar na supervisão pedagógica um processo auto-reflexivo de consciencialização das competências pessoais.

No contexto da educação, a mentoria é também um processo complexo e multidimensional de orientação, ensino, influência e apoio “... em que um (profissional), em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro (profissional) ou candidato a (profissional) no seu desenvolvimento humano e profissional”. (Alarcão & Tavares, 2007; Pinto, 2013).

Citando uma recente revisão da literatura sobre as características ideais do professor mentor, Banha (2017, p.30), enfatiza as seguintes: “*Disponibilizar um ambiente adequado a uma discussão (...) independente, imparcial e confidencial dos problemas apresentados pelos estudantes (...); Mediar entre as partes em conflito e indicar pistas para a resolução dos problemas; Apreciar as queixas e reclamações dirigidas pelos estudantes e emitir recomendações aos destinatários respetivos com vista à revogação, reforma ou conversão dos atos lesivos dos direitos dos estudantes e à melhoria dos serviços; Ajudar a clarificar políticas e procedimentos (...) nomeadamente no domínio da atividade pedagógica e da ação social escolar e (...) recomendar as necessárias alterações; Emitir parecer sobre quaisquer matérias na sua esfera de atuação (...); Contribuir para a elaboração e atualização do regulamento disciplinar dos estudantes e do código de conduta dos estudantes*”. O mentor tem diversas competências, deveres, entre outras características, para corresponder às necessidades do mentorando. O mentor deverá ainda ser seguro dos seus conhecimentos e experiências, tem de procurar desenvolver e reforçar essas competências, frequentando formações relevantes, com o intuito de desenvolver apropriadamente as suas competências profissionais. Conseguir preservar uma relação como estudante, de forma a avaliar periodicamente as suas aptidões, assim como, apoiar o seu próprio

desenvolvimento são outros requisitos essenciais (Karkowska, Cieplik, Krukowska, Tsaroucha, Dimos, Papagiannopoulou, Leire Monterrubio, Iratxe Ruiz, Jaione Santos, Duse, Duse, Chisiu, Gruber, Andron, Crețu, Ventura, Mendonça (2015).

A relação entre o mentor e o estudante tem de assegurar que as expectativas do mentorando perante esta mesma relação são compreendidas e cumpridas pelo mentor e que ambos encontrem um ambiente propício à aprendizagem. A durabilidade desta relação, de contrato, é simplesmente o tempo necessário ao processo de mentoria, mantendo, em todas as ocasiões, confidencialidade. O mentor deverá ter consciência dos seus limites. Caso se depare com algo que ultrapasse as suas competências, a referenciação para um mentor com mais experiência e conhecimento na área constitui um estratégia pedagógica a implementar (Karkowska, et al 2015). Para que a relação mentor - mentorado seja pedagogicamente frutífera em ganhos educacionais, cabe ao mentor adequar a didática do processo ensino aprendizagem à especificidade dos contextos educativos, transferindo os sucessos académicos para o quotidiano dos contextos de ensino-aprendizagem/trabalho (Cunha, 2017).

Com a presente investigação pretende-se obter dos estudantes do ensino superior informação sobre as competências fundamentais de um professor mentor providenciando por essa via uma oportunidade de os consciencializar das necessidades que emergem dos processos educativos e proporcionar aprendizagens mais adaptada ao contexto biopsicossocial dos estudantes do ensino superior (Rocha, 2013).

O objetivo geral do estudo é avaliar a perspetiva dos estudantes do ensino superior sobre as competências do professor mentor e sua relação com as variáveis sociodemográficas e as dinâmicas do contexto pedagógico.

1-Métodos

O estudo com foco transversal segue métodos de natureza quantitativa e análise descritiva enquadra-se no Projeto “*Supervisão e Mentorado no Ensino Superior: Dinâmicas de Sucesso (SuperES)*”, com a Ref: PROJ/CI&DETS/CGD/0005)(Cunha,2017), tendo obtido parecer favorável (Nº3/2017) da Comissão de Ética e autorização dos dirigentes da instituição.

1.1-Participantes

A amostra não probabilística por conveniência, é constituída por 306 estudantes do ensino superior, na área da saúde, verificando-se uma percentagem mais elevada do género feminino (81.7%). A idade mínima foi de 18 e máxima de 42, com uma média de 21.15 anos (± 3.54 dp). Os homens são em média mais velhos (média= 22.28 anos ± 4.21 dp) do que as mulheres (média = 20.90 ± 3.32 dp) com diferenças significativas ($z=-3.058$; $p= 0.002$).

1.2-Instrumentos de recolha de dados

A recolha de informação foi realizada através de protocolo de questionários disponível *on-line* na página da instituição de ensino, sendo composto por:

- Escala de “*Caracterização Sociodemográfica e do Contexto Pedagógico*” (Cunha, 2017), que inclui questões sociodemográficas (idade, sexo) e itens relativos à regularidade ideal e real das sessões pedagógicas, local da sessão pedagógica, tempo das sessões pedagógicas e a importância da atribuição de um professor mentor nos estudantes do Ensino Superior;

- Escala “*Core de Competências do Supervisor (CoreCPS)*” (Cunha & Albuquerque, 2017), com o intuito de aferir as competências do professor mentor segundo a perspetivas dos estudantes.

Escala de Core de Competências do Supervisor (CoreCPS)

A Escala “Core de Competências do Supervisor (CoreCPS)” de Cunha & Albuquerque (2017), foi desenvolvida para a população de estudantes do ensino superior, com o objetivo de avaliar a opinião dos mesmos sobre as competências do professor mentor. É do tipo Likert, variando as respostas aos itens entre 1 e 5, sendo o 1 – “Discordo muito”; 2 – “Discordo”; 3 – “Não concordo / nem concordo”; 4 – “Concordo” e 5 – “Concordo muito”. No presente estudo foi aplicada a versão original que após estudo psicométrico obteve um alfa de Cronbach de 0.972, ficando constituída por 21 itens distribuídos por três subescalas:

- Core de Fatores Pessoais constituída por 6 itens (1,2,4,5,7,9);

- Core de Fatores Interpessoais / Comunicacionais apresenta 7 itens (10,11,12,13,15,16,19);

- Core de Fatores de Desempenho inclui 8 itens (20,21,22,23,24,25, 28,29).

Consistência interna da Escala de Core de Competências do Supervisor (CoreCPS)

As estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global são apresentados na tabela 1. Aferimos que em apenas três itens as cotações oscilaram entre um (1) e cinco (5), sendo que na maioria dos itens, o intervalo se situou entre 2 e 5, e uma percentagem também elevada entre 3 e 5, o que na prática se traduz em índices médios elevados, dada a concentração de respostas. Com efeito, pelos índices médios, destacamos que os mesmos oscilam entre 4, 69 (itens 3 e 6) “*Ser justo./Respeito pela pessoa/identidade do supervisor*” e 4,56 (item 1) “*Respeito pela matriz ética e deontológica prevista para a profissão*”. Os coeficientes de correlação são elevados situando-se acima dos 0.740. Através do alfa de Cronbach, os itens são classificados

de muito bons, oscilando entre $\alpha=0.976$ nos itens 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 e $\alpha=0.975$ no item 2 “*Ser honesto*” com um alfa de Cronbach, para o valor global de 0,977 o que traduz muito boa consistência interna.

Os valores finais de correlação item-total e de alfa de Cronbach são descritos na tabela 1.

O estudo da consistência interna da Escala CoreCPS revelou, como já referido, a existência de três (3) fatores/subescalas cujo estudo psicométrico da consistência interna dos 21 itens finais que fazem parte da escala, é descrito a seguir. (Cf. Tabela 1).

Para a subescala **Core de fatores pessoais** através dos valores médios os itens mais favoráveis são o 2 e 7, “*Ser honeste*” e “*Respeito pelos valores do supervisor*”; e o menos favorável o item 1 “*Respeito pela matriz ética e deontológica prevista para a profissão*”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos 6 itens que oscilaram entre $\alpha=0,930$ no item 2 “*Ser honesto;*” e $\alpha=0,942$ no item 1 “*Respeito pela matriz ética e deontológica prevista para a profissão*”, indicam-nos uma razoável consistência interna, com um alfa total de 0,979. O maior valor de correlação situa-se no item 2 ($r=0,887$) e o que apresenta menor correlação é o item 1 ($r=0,783$). O alfa de Cronbach para o global da subescala **Core de Fatores Pessoais** foi de 0.979.

Quanto à subescala **Core de fatores interpessoais/comunicacionais**, em termos médios o item mais favorável é o 16 “*Capacidade de prestar atenção e saber escutar*” no entanto os resultados indicam que se encontram bem centrados dados os valores médios e os respetivos desvios padrão obtidos. Os coeficientes de alpha de Cronbach dos 7 itens desta subescala que oscilam entre $\alpha=0,922$ no item 12 “*Facilitar as interações interpares*” e $\alpha= 0,930$ no item 10 e 15 “*Boas relações interpessoais; Manter uma comunicação verbal e não-verbal eficaz*” revelam uma consistência interna boa, com um alfa de Cronbach para a subescala de $\alpha=0,946$.

O maior valor de correlação encontra-se no item 12 ($r=0,838$) e o item que apresenta menor correlação é o item 10 ($r=0,757$). O alfa de Cronbach para o global da subescala *Core de Fatores Interpessoais /Comunicacionais* foi de 0.946.

No referente à subescala *Core de fatores de desempenho*, a melhor média assenta nos itens 22 “*Ser um praticante reflexivo e pró-ativo;*” com 4,46 e a menor recaiu no 24 com 4,32 “*Modelos Teóricos*”. Os coeficientes de alpha de Cronbach nesta subescala variam entre $\alpha=0,946$ no item 21 e 25 “*Ter uma prática sustentada em evidências conceptuais/teóricas/empíricas; Apelar para o aprofundamento do domínio da linguagem, profissional, com base em patamares progressivos de domínio científico*” e $\alpha=0,851$ nos itens 22 e 23 “*Ser um praticante reflexivo e pró-ativo; Evidências científicas*”, com um coeficiente de alpha de Cronbach nesta subescala de $\alpha=0,936$, o que revela que estamos perante uma boa consistência interna. O maior valor correlacional obtido situa-se no item 25 ($r=0,873$) e o menor é o item 22 ($r=0,792$). O

alfa de Cronbach para o global da subescala *Core de Fatores de Desempenho* foi de 0.936.

No global a Escala CoreCPS de 21 itens obteve um valor de alfa de Cronbach de 0.972.

2 - RESULTADOS

Caracterização do Contexto Pedagógico

A maioria dos estudantes referiu que a regularidade ideal para as sessões de mentoria seria ocorrerem diariamente (51,6%). No sexo feminino, 54.4% prefere que seja realizada diariamente enquanto no sexo masculino, 48,2% prefere que seja semanalmente, no entanto não registaram diferenças estatisticamente significativas (Fischer $p=0,025$).

Quanto à frequência das sessões na atualidade, 52,2% dos estudantes refere ser realizada semanalmente, sendo que 57,6% do sexo feminino e 55,4% do masculino relatam preferência pela frequência semanal, não existindo diferenças estatisticamente significativas (Fischer $p=0,562$).

O local de estágio é o preferido para as sessões por 52,0% da totalidade da amostra, tal

Tabela 11 - Consistência interna dos itens da escala de core de competências do Supervisor (CoreCPS)

2Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
Core de fatores pessoais		Alfa Global				0.979
1	Respeito pela matriz ética e deontológica prevista para a profissão;	4,56	0,548	0,783	0,625	0,942
2	Ser honesto;	4,66	0,500	0,887	0,794	0,930
4	Segurança;	4,61	0,540	0,853	0,766	0,933
5	Confiança;	4,63	0,534	0,853	0,769	0,933
7	Respeito pelos valores do supervisionado;	4,66	0,514	0,811	0,687	0,938
9	Capaz de gerir consistentemente de uma forma efetiva e apropriada;	4,61	0,520	0,823	0,683	0,937
Core de fatores interpessoais/comunicacionais		Alfa Global				0.946
10	Boas relações interpessoais;	4,58	0,538	0,757	0,593	0,930
11	Controlo emocional;	4,50	0,568	0,781	0,644	0,928
12	Facilitar as interações interpares;	4,52	0,538	0,838	0,720	0,922
13	Promover a auto eficácia/auto estima e regulação;	4,59	0,511	0,826	0,708	0,924
15	Manter uma comunicação verbal e não-verbal eficaz;	4,54	0,572	0,760	0,628	0,930
16	Capacidade de prestar atenção e saber escutar;	4,61	0,514	0,808	0,696	0,925
19	Capacidade de interrogar;	4,51	0,551	0,788	0,634	0,927
Core de fatores de desempenho		Alfa Global				0.936
20	Refletir o pensamento crítico, o ajuizar e a tomada de decisão de acordo com os <i>standards, guidelines</i> da profissão;	4,43	0,569	0,824	0,714	0,949
21	Ter uma prática sustentada em evidências conceptuais/teóricas/empíricas;	4,42	0,574	0,865	0,771	0,946
22	Ser um praticante reflexivo e pró-ativo;	4,46	0,573	0,792	0,646	0,951
23	Evidências científicas;	4,36	0,612	0,796	0,737	0,951
24	Modelos Teóricos;	4,32	0,612	0,841	0,775	0,948
25	Apelar para o aprofundamento do domínio da linguagem, profissional, com base em patamares progressivos de domínio científico	4,38	0,549	0,873	0,779	0,946
28	Facilitar a colegialidade/socialização à profissão;	4,43	0,559	0,851	0,818	0,947
29	Ajudar o formando a definir o seu quadro de valores, com respeito pela matriz ética e deontológica prevista para a profissão;	4,43	0,541	0,805	0,783	0,950
Global	Coefficiente alpha Cronbach global	0.972				
21 itens	Guttman Split Half	1ª Metade – 0.955				
		2ª Metade – 0.956				

como para 52,4% do sexo feminino e 50, 0% do masculino, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($X^2=0,121$; $p=0,941$).

Pela análise dos valores relativos ao tempo de duração de sessão, inferimos que 49,7% do total da amostra prefere que a duração seja inferior a 1 hora, sendo 48,4% do sexo feminino e 55,4% do masculino com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=11,338$; $p=0,003$).

Sobre a importância da atribuição do professor mentor, 87,6% dos estudantes responderam afirmativamente, não existindo diferenças estatisticamente significativas face ao género (sexo feminino =87,6% ; sexo masculino = 87, 5% ; $X^2=0,000$; $p=0,984$). Do total de estudantes que responderam afirmativamente, 60,4% refere que seria melhor um acompanhamento do 1º ao 3º/4º ano com equivalente preferência face ao género (sexo feminino = 62,6%; sexo masculino =51,0%), logo sem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=4,112$;

$p=0,128$) (cf. tabela 2).

Core de Competências do Supervisor (CoreCPS)

A análise estatística dos scores para o valor global da Escala Core de Competências do Supervisor (CoreCPS), revela que, para a amostra total, oscilaram entre o mínimo de 2, 33 “discordo” e um máximo de 5 “concordo muito”, com uma média (M) de 4.51 (± 0.44 dp). Na subescala Core de Fatores Pessoais o mínimo foi de 2, o máximo de 5 e a média de 4.62 (± 0.46 dp). Para a subescala Core de Fatores Interpessoais e Comunicacionais os valores variaram entre o mínimo 2 e o máximo de 5, sendo a média de 4.55 (± 0.76 dp). A subescala Core de Fatores Desempenho patenteou respostas oscilando entre o mínimo 2 e o máximo 5, com uma média de 4.40 (± 0.50 dp). (cf. Tabela 3).

Tabela 2- Caracterização do Contexto Pedagógico (regularidade ideal e atual, local e tempo de duração das sessões, importância do professor mentor) em função do género

Contexto Pedagógico	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais		Chi-Square	
		n (250)	% (81.7)	n (56)	% (18.3)	n (306)	% (100.0)	Fem	Masc	X ²	p
Regularidade ideal											
Diariamente		136	54,4	22	39,3	158	51,6	2,0	-2,0	9,209*	
Semanalmente		101	40,4	27	48,2	128	41,8	-1,1	1,1	Fischer	0,027
Quinzenalmente		11	4,4	4	7,1	15	4,9	-0,9	0,9	=0,025	
Mensalmente		2	0,8	3	5,4	5	1,6	N/A	N/A		
Regularidade atual das sessões											
Diariamente		64	25,6	12	21,4	76	24,8	0,7	-0,7	2,005*	
Semanalmente		144	57,6	31	55,4	175	52,2	0,3	-0,3	Fischer	0,735
Quinzenalmente		33	13,2	9	16,1	42	13,7	-0,6	0,6	= 0,562	
Mensalmente		7	2,8	3	5,4	10	3,3	-1,0	1,0		
2-3 meses		2	0,8	1	1,8	3	1,0	N/A	N/A		
Local das sessões											
Unidade orgânica		20	8,1	5	8,9	25	8,2	-0,2	0,2	0,121	0,941
Estágio		130	52,4	28	50,0	158	52,0	0,3	-0,3		
Ambos		98	39,5	23	41,1	121	39,8	-0,2	0,2		
Tempo de duração de sessão											
< 1 hora		121	48,4	31	55,4	152	49,7	-0,9	0,9	11,338	0,003
≥ 1 hora a < 2 horas		116	46,4	16	28,6	132	43,1	2,4	-2,4		
≥ 2 horas		13	5,2	9	16,1	22	7,2	-2,8	2,8		
Importância da atribuição do professor mentor											
Não		31	12,4	7	12,5	38	12,4	0,0	0,0	0,000	0,984
Sim		219	87,6	49	87,5	268	87,6	0,0	0,0		
Se sim, o ideal seria:											
Aleatória		59	26,9	14	28,6	73	27,2	-0,2	0,2	4,112	0,128
No 1º ano		23	10,5	10	20,4	33	12,3	-1,9	1,9		
Acompanhamento(1º ao 3º / 4º ano		137	62,6	25	51,0	162	60,4	1,5	-1,5		

Tabela 3 - Resultados das estatísticas relativas ao Core de Competências do Supervisor (CoreCPS)

CoreCPS	Min	Max	M	dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Core de Fatores Pessoais	2	5	4.62	0.46	9,95	-8.92	7.33
Core de Fatores Interpessoais e Comunicacionais	3	5	4.55	0.46	10.10	-3.92	-3.40
Core de Fatores de Desempenho	2	5	4.40	0.50	11.52	-2.69	1.48
Score/nota global CoreCPS	2.33	5	4.51	0.44	9.75	-5.00	2.44

Efetuu-se uma análise de variância para avaliar a variabilidade dos scores do Core de Competências do Supervisor em função do grupo etário dos estudantes do ensino superior. Constatou-se que os estudantes mais novos com idade inferior a 19 anos valorizavam as competências pessoais (média=4.75 ± 0,37). Os valores de F são explicativos demonstrando diferenças significativas face aos grupos etários, excepto na subescala Core de Fatores de Desempenho (p=0.071). Aplicado o teste post hoc de Tukey

este indicou que as diferenças se situam entre os estudantes com idades inferiores a 19 anos e entre 20 e 21 anos nas subescalas de Core de Fatores Pessoais e Interpessoais/Comunicacionais e no Score Global da Escala. Existem também diferenças entre os estudantes mais jovens e os mais velhos nas subescalas Core de Fatores Pessoais e Core de Fatores Interpessoais/Comunicacionais. Para as restantes subescalas, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. (Cf. Tabela 4)

Tabela 4 - Resultados da Análise de variância para o Core de Competências do Supervisor (CoreCPS) e grupo etário

CoreCPS	Grupos etários		<= 19 anos (1) n=101		20-21 anos (2) n=120		>=22 anos (3) n=85		F	p	Teste Tukey (p)		
	M	dp	M	dp	M	dp	(1)-(2)	(1)-(3)			(2)-(3)		
Core de Fatores Pessoais	4.75	0.37	4.55	0.49	4.55	0.49	6.144	0.002	0.005	0.11	1.00		
Core de Fatores interpessoais e Comunicacionais	4.66	0.41	4.48	0.47	4.51	0.47	4.53	0.011	0.11	0.082	0.856		
Core de Fatores de Desempenho	4.48	0.48	4.33	0.51	4.40	0.48	2.67	0.071	0.056	0.505	0.55		
Core global	4.62	0.39	4.44	0.45	4.48	0.45	4.67	0.010	0.009	0.090	0.797		

A análise da valorização pelo género do Core de Competências do Supervisor (CoreCPS) foi realizada através do teste de Mann-Whitney U, verificando-se que no global e nos fatores pessoais e de desempenho, os valores de ordenação média são mais elevados no sexo feminino. O sexo masculino

valorizou mais os fatores interpessoais e comunicacionais do supervisor. As diferenças significativas face ao género localizam-se no core de competências pessoais (p=0,046) e core de fatores interpessoais/comunicacionais (p=0,044) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Resultados do Teste de U Mann – Whitney do Core de Competências do Supervisor (CoreCPS) face ao género

Core de Competências do Supervisor	Género	Masculino n=56	Feminino n=250	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média			
Core de Fatores Pessoais		133.54	157.97	-1.997	0.046
Core de Fatores Interpessoais e Comunicacionais		155.82	132.80	-2.016	0.044
Core de Fatores de Desempenho		139.93	156.54	-1.318	0.187
Core Global		134.78	157.69	-1.780	0.075

A análise da relação da frequência ideal para contacto com o Core de Competências do Supervisor realizada através do teste de U Mann-Whitney mostrou que no global os valores da regularidade de contacto são

homogéneos em todas as subescalas no que respeita um contacto frequente ‘*diariamente ou semanalmente*’. Quanto ao ocasionalmente ‘*quinzenalmente e mensalmente*’ os valores são mais dispares, sendo que no caso de

contacto ocasional os estudantes valorizam mais o core de fatores de desempenho (OM=166,00). Não se registaram diferenças

estatisticamente significativas ($p \geq 0,05$) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Resultados do Teste de U Mann – Whitney para o Core de Competências do Supervisor (CoreCPS) face à regularidade ideal para contato com supervisor de estágio.

Regularidade ideal das sessões	Frequentemente n=286	Ocasionalmente n=20	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
CoreCPS				
Core de Fatores Pessoais	152.89	162.20	-0.486	0.627
Core de Fatores Interpessoais e comunicacionais	153.23	157.33	-0.208	0.835
Core de Fatores de Desempenho	153.23	166.00	-0.678	0.498
Core Global	152.77	164.00	-0.558	0.577

O estudo da relação entre a frequência atual para contacto com o supervisor e o Core de Competências do Supervisor, exibiu pelo teste de U Mann-Whitney que os estudantes que relataram que a regularidade das sessões

era “frequente” pontuaram em média com valores superiores em todas as subescalas, pese embora sem diferenças estatisticamente significativas. (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Resultados do Teste de U Mann – Whitney para o Core de Competências do Supervisor (CoreCPS) face à regularidade atual das sessões de supervisão pedagógica

Regularidade atual	Frequentemente n=251	Ocasionalmente n=55	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
CoreCPS				
Core de Fatores Pessoais	156.76	138.60	-1.475	0.140
Core de Fatores Interpessoais e Comunicacionais	156.24	140.99	-0.234	0.815
Core de Fatores de Desempenho	154.03	151.06	-1.205	0.228
Core Global	155.25	145.51	-0.752	0.452

Do resultado do teste de Kruskal-Wallis, para análise da relação da duração de cada sessão com o Core de Competências do Supervisor apurou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas. No

entanto, observa-se que os estudantes que assinalaram as sessões com duração superior a 2 horas apresentaram uma ordenação média mais elevada no core de fatores pessoais. (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis para o Core de Competências do Supervisor (CoreCPS) face ao tempo de duração de cada sessão

Duração das sessões	<1hora n=152	>= 1hora e < 2 horas n=132	>= 2 horas n=22	H	p
	OM	OM	OM		
CoreCPS					
Core de Fatores Pessoais	147.03	159.42	162.68	1.878	0.391
Core de Fatores Interpessoais e Comunicacionais	149.13	160.27	143.07	1.569	0.456
Core de Fatores de Desempenho	152.47	155.10	151.02	0.088	0.957
Core Global	150.38	156.89	154.70	0.399	0.819

Através da aplicação do teste de U Mann-Whitney procurou-se investigar em que medida a atribuição de um professor mentor se relacionou com o Core de Fatores Pessoais do Supervisor. Verificou-se que os valores da ordenação média eram mais elevados em todas as subescalas e Core Global, na variável atribuição “Sim”, sendo mais significativo o

Core de Fatores de Desempenho. As diferenças são estatisticamente significativas no Core de Fatores Pessoais ($p=0.036$, Core de Fatores de Desempenho ($p=0.003$) e no Core Global ($p=0.025$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Resultados do Teste de U Mann – Whitney para o Core de Competências do Supervisor (CoreCPS) face à importância da atribuição de um professor mentor a cada estudante

Atribuição	Não n=38	Sim n=28	z	p
CoreCPS	Ordenação Média	Ordenação Média		
Core de Fatores Pessoais	127.14	157.24	-2.098	0.036
Core de Fatores Interpessoais e Comunicacionais	135.58	156.04	-1.389	0.165
Core de Fatores de Desempenho	115.41	158.90	-2.943	0.003
Core Global	123.87	157.70	-2.242	0.025

3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os estudantes do ensino superior inquiridos na sua globalidade valorizaram mais os fatores pessoais do supervisor. No entanto, o sexo masculino valorizou mais os fatores interpessoais e comunicacionais, enquanto o sexo feminino valorizou os fatores de desempenho. Estes resultados, vão de encontro ao estudo de Glickman (1985) cit. in Alarcão & Tavares (2007), em que o papel do supervisor deve contemplar três requisitos preponderantes que determinam a ação e o estilo de atuação do supervisor: o conhecimento, as competências interpessoais e as competências técnicas. Costa (2012) também defende que o mentor deverá ser dotado de características profissionais e pessoais, que auxiliem os estudantes na obtenção de novos conhecimentos, competências, comportamentos e atitudes.

Os resultados do estudo suportam a importância da atribuição de um professor mentor no ensino superior, o que também é salientado por Botti & Rego, (2007) que menciona que o mentor desempenha um papel importante a nível pessoal e profissional.

O estudo revela que o local de estágio é o preferido pelos estudantes para as sessões de mentorado, bem como a sua frequência que deveria ser diária. Como sustentação dos nossos resultados, o estudo de Costa (2012) já referia que o acompanhamento do supervisionado por parte de profissionais experientes, conhecedores dos locais de estágio, capazes de estabelecer a relação entre a formação em sala de aula e a que irá ocorrer na prática clínica, é decisivo na criação de um ambiente harmonioso, suscitador de aprendizagens

significativas e promotor do processo de autonomia do estudante. Sendo a prática um espaço que dá lugar ao desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, num contexto de tensões constantes, o acompanhamento pelo mentor é fundamental. (Schön, 2000 cit. in Costa, 2012).

CONCLUSÕES

O presente estudo focou-se na análise da percepção dos participantes de uma amostra, geograficamente localizada na zona centro de Portugal, o que constitui uma limitação às inferências do estudo. Para o futuro seria relevante replicar o estudo com amostras mais alargadas e com maior diversidade geográfica. No entanto salienta-se a homogeneidade nos resultados obtidos e uma boa consistência estatística do estudo.

Para os estudantes do ensino superior, as características mais importantes do Professor Mentor são os Fatores Pessoais constituintes do Core de Competências do Supervisor.

Os resultados analisados suportam a importância da atribuição de um Professor Mentor no Ensino Superior (87,5%), com acompanhamento do 1º ao 3º/4º ano (60,4%). Sugerem como preferência, sessões de supervisão diárias (51,6%) a decorrer no local de estágio (52,4%), com duração inferior a uma hora (49,7%).

Os participantes responderam sobre as competências do professor mentor, sendo igualmente pertinente avaliar em futuros estudos a percepção dos professores sobre este assunto.

Extrai-se dos resultados que a formação e intervenção em supervisão pedagógica

carecem de auditorias formativas que consolidem adequadas práticas pedagógicas que satisfaçam todos os atores participantes no processo de ensino aprendizagem.

ACKNOWLEDGEMENTS

FCT, Portugal, CI&DETS, Superior School of Health, Polytechnic Institute of Viseu, Portugal and Caixa Geral de Depósitos and CIEC, Minho University, Portugal.

The overall investigation was previously funded by the FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Portuguese Foundation for Science and Technology) within the project “Supervisão e Mentorado no Ensino Superior: Dinâmicas de Sucesso (SuperES)”, com a Ref^o: PROJ/CI&DETS/CGD/0005).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2^a ed.). Coimbra: Almedina.

Banha, R., (EEEC), Ciência, E. d., & (DGEEC), D. G. (2017). *Promoção do Sucesso Escolar nas Instituições Públicas de Ensino Superior em Portugal: Medidas Observadas nos Respetivos Sítios*. (D. d. Ciência, Ed.) Lisboa.

Botti, S., & Rego, S. (2007). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: Quais são os seus papéis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32, 363-372.

Costa, N. S. (2012). *Formação em contexto clínico: A perspectiva do estudante de enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Cunha, M. (Coord.). (2017). *Projeto supervisão e mentorado no ensino superior: Dinâmicas de sucesso SuperES*. Retrieved from <http://www.ipv.pt/ci/projci/5.htm>

Cunha, M., & Albuquerque, C. (2017). *Core de competências do supervisor*. In M. Cunha (Coord.), *Projeto supervisão e mentorado no ensino superior: Dinâmicas de sucesso SuperES*. Retrieved from <http://www.ipv.pt/ci/projci/5.htm>

Esteves, M. (2009). *Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores*. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 08, pp. 37-48. Consultado em [Abril,2017] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

Gaspar, D., Jesus, S. N., & Cruz, J. P. (2011). *Motivação profissional e apoio fornecido no estágio*. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 137-146.

Karkowska, M., Cieplik, C., Krukowska, K., Tsaroucha, V., Dimos, I., Papagiannopoulou, P., Leire Monterrubio, Iratxe Ruiz, Jaione Santos, Duse, C., Duse, D., Chisiu, C., Gruber, G., Andron, D., Crețu, D., Ventura, M., Mendonça, M. (2015). *MENTOR - Mentoring between teachers in secondary and high schools. / O método modelo de mentoria entre professores no ensino secundário e superior - 2014-1-PL01-KA200-003335*. Polónia, Grécia, Portugal, Roménia, Espanha, Turquia. Lisboa: Instituto Universitario de Lisboa, Portugal. Retrieved from <http://edu-mentoring.eu>; http://edu-mentoring.eu/handbook/handbook_pt.pdf

Pinto, D. J. (2013). *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Rocha, I. A. (2013). *Construção e validação do questionário de avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em enfermagem* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/9399>.

Silva, C. (2010). *Orientação profissional, mentoring, coaching e counseling: Algumas singularidades e similaridades em práticas*. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(2), 299-309. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902010000200014.

PERSPECTIVAS DOS ENFERMEIROS GESTORES VERSUS NECESSIDADES FORMATIVAS

Marlene Rutília Serpa Morais Ribeiro⁽¹⁾



Resumo

Enquadramento: As organizações de saúde esperam que os enfermeiros gestores desenvolvam atividades que promovam os melhores resultados de qualidade quer, em termos assistenciais quer de gestão, para isso os gestores têm que ter domínio de competências específicas de gestão.

Objetivos: Compreender a atividade dos Enfermeiros Gestores numa região insular; identificar áreas de formação conducentes às competências acrescidas avançadas dos gestores de enfermagem.

Metodologia: Estudo descritivo, exploratório de cariz quantitativo. O instrumento de colheita de dados foi um questionário de autopreenchimento com inclusão da Escala de Perceção do Trabalho do Gestor em Enfermagem. A amostra composta por 63 enfermeiros gestores, representando (61.76%) da população.

Resultados: As habilitações académicas dos enfermeiros gestores dividem-se em: pós-graduações em áreas específicas sem ser em gestão (15,9%), pós-graduação na área da gestão (36,5%) e grau académico de mestrado em diferentes áreas (17,5%). A área da competência da gestão dos cuidados poderá ser a que requer maior investimento da parte formativa. Identificam-se resultados aquém do esperado particularmente na área de intervenção política e assessoria.

Conclusão: A necessidade de formação em gestão está patente, comprovámos que os enfermeiros gestores, a sua maioria não possui formação específica na área de gestão que alicerce conhecimentos para o cargo de gestão que ocupam.

Palavras chave: Competências do Enfermeiro Gestor; Liderança em Enfermagem; Qualidade dos cuidados

Abstract

PERSPECTIVES OF NURSE MANAGERS VERSUS TRAINING NEEDS

Background: The health service organizations expect manager nurses develop activities that foster the best quality scores both in terms of assistance and in terms of management. To do so, the managers have to master management skills.

Purpose: To understand the activity carried out by the manager nurses in an archipelago with several islands.

Methodology: Descriptive, analytical and exploratory study of quantitative nature. The data collection instrument was an autofill questionnaire which included a Perception Scale of the Work of the Nursing Manager.

The academic qualifications of the nursing managers are as follows: postgraduate studies in specific areas other than management (15,9%); postgraduate studies in the field of management (36,5%) and master's degree in different areas (17,5%). The results in the field of the skills of management of nursing care may be the ones that require a bigger investment in terms of training. Regarding the skills in the field of political intervention and advice, the results observed were below expectations.

Conclusion: The need for specific training in the field of management is quite obvious; we were able to prove that most of the manager nurses do not possess specific training in the field of management which would allow them to perform the management tasks based on solid knowledge.

Keywords: Skills of the managing nurse; Nursing leadership; quality of caring services.

Resumen

PERSPECTIVAS DE LOS GERENTES DE ENFERMERÍA FRENTE A LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

Marco contextual: Las organizaciones de salud esperan que los gerentes de enfermería desarrollen actividades que promuevan los mejores resultados de calidad, tanto en términos de atención como de gestión, por lo que los gerentes deben tener dominio de las habilidades de gestión.

Objetivo: Comprender la actividad de las enfermeras administradoras en una región insular; Identificar áreas de capacitación que conduzcan a las habilidades avanzadas de los gerentes de enfermería.

Metodología: Estudio exploratorio descriptivo de naturaleza cuantitativa. El instrumento de recopilación de datos fue un cuestionario autocompletado que incluía la Escala de percepción del trabajo del gerente de enfermería. La muestra estuvo conformada por 63 enfermeras administradoras, que representan (61.76%) de la población.

Resultados: Las calificaciones académicas de los gerentes de enfermería son: estudios de posgrado en áreas específicas que no sean de gestión (15,9%), gestión de posgrado (36,5%) y maestría en diferentes áreas (17,5%). El área de competencia en la gestión de la atención puede ser la que requiere la mayor inversión del lado de la capacitación. Se identifican resultados inferiores a los esperados, particularmente en el área de intervención y asesoramiento sobre políticas.

Conclusión: La necesidad de capacitación en gestión es evidente, demostramos que la mayoría de las enfermeras administradoras no tienen capacitación en gestión específica que se base en el conocimiento del puesto de gestión que ocupan.

Palabra clave: Competencias del Gerente de Enfermería; Liderazgo de enfermería; Calidad de la atención

Submetido em novembro 2019. Aceite em janeiro 2020

⁽¹⁾ Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Pós graduada em Supervisão Clínica em Enfermagem e Gestão e Serviços de Saúde; Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem; Competências Acrescidas Avançadas em Gestão pela Ordem dos enfermeiros Portugueses; Unidade de Saúde da Ilha do Pico - Serviço de Urgência e Pré-Hospitalar - Prestação de Cuidados - marlenemorais04@gmail.com

Introdução

Uma região insular distingue-se pelas suas singularidades e idiossincrasias, facto que determina que as organizações de saúde existentes pelo arquipélago de nove ilhas sejam também elas singulares, o que faz com que a investigação em enfermagem no âmbito da problemática da atividade e das necessidades formativas na área de gestão dos Enfermeiros Gestores e Líderes assuma uma relevância indiscutível.

As múltiplas exigências, os ambientes em mudança e os avanços científicos e tecnológicos requerem um aumento substancial das responsabilidades dos Enfermeiros Gestores implicando continuamente a redefinição das suas funções e papéis, e um olhar atento sobre a evolução das suas competências (Rocha et al., 2016).

Olhar, implica uma visão *zoom* sobre a gestão, pois esta é uma atividade complexa e exige, refletir sobre os modelos de intervenção em gestão o que implica falar de necessidades formativas *versus* competências. *“As competências são hoje um vetor extremamente relevante e poderoso nos processos de gestão. Esta importância torna-se ainda mais visível, se falarmos concretamente na gestão de recursos humanos a gestão de pessoas”* (Ceitil, 2016, p. 127).

Os modelos atuais de gestão, têm demonstrado a importância de uma gestão participativa de todos os intervenientes das organizações, realidade transversal na área da saúde, contudo para que esta participação seja válida é exigido aos Enfermeiros Gestores **preparação** e domínio de competências que demonstrem a sua utilidade no processo de gestão.

Neste contexto foi conduzido o processo de investigação com os seguintes objetivos: Compreender a atividade dos Enfermeiros Gestores numa região insular e identificar áreas de formação conducentes às competências acrescidas avançadas dos gestores de enfermagem.

Enquadramento:

A importância dos Enfermeiros Gestores serem detentores de formação na área da gestão é uma premissa relevante e com influência direta no seu estilo de liderança, promovendo a autorreflexão e consequentemente diligenciando práticas mais adequadas aos seus contextos de trabalho.

Ceitil (2016, p.102) tem patente o significado de competência como *“o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, alimentadas pela aprendizagem e formação e complementadas pelo sistema de avaliação que permite mais tarde atualizar a competência e introduzir as melhorias necessárias”*.

Muito da gestão em enfermagem é levar a equipe a prestar os melhores cuidados com os recursos disponíveis pelo que *“os gestores com capacidades humanas conseguem obter o melhor dos outros, pois sabem como comunicar, motivar, liderar, conseguindo transmitir um entusiasmo motivador e confiança aos outros”* Costa (2018, p. 26).

Envolver os seguidores além das expectativas, estabelecer autoridade de liderança e integridade, ao mesmo tempo que se inspira e motiva os subordinados é competência dos Enfermeiros Gestores. Neste contexto, as principais competências de liderança passam pela influência idealizada, a motivação inspirada, estimulação intelectual e consideração individual, Chipeta et al. (2016) elencam que as principais determinantes da motivação e do desempenho organizacional são as práticas de liderança e reconhecem que estas práticas têm uma dimensão cada vez mais significativa nos resultados de qualidade nos cuidados de saúde.

Moura et al. (2017) preconiza que o líder em enfermagem, atua como aquele que permite a comunicação franca e aberta, que tem a capacidade de reconhecer e atender às necessidades da equipa, sabe apoiar nos momentos necessários, fomenta a harmonia no ambiente de trabalho; é alguém que trabalha em prol da

união e integração da equipa, assegurando a satisfação dos enfermeiros e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Costa (2018) acrescenta que os gestores ampliam valor aos recursos influenciando as pessoas com que eles interagem. A função de planejar, organizar, dirigir e controlar depende da adesão de todos os envolvidos para colaborar numa rede de mútua influência. Patenteia que um líder é aquele que pode influenciar os outros e detém competências para o fazer.

Camelo et al. (2017) partem da premissa que o enfermeiro gestor necessita liderar a sua equipa de trabalho com o intuito de alcançar o sucesso o que torna imprescindível o uso da liderança como competência. Nesta perspetiva, concordamos que o aprimoramento destas habilidades por meio do modelo de outros gestores e da formação direcionada **são estratégias para ganhos de competências de liderança** que são exigidas ao Enfermeiro Gestor.

Munywende e colaboradores (2016) definem competência como habilidades técnicas, conhecimento e atitudes necessárias para executar um trabalho. Descortinam as competências na gestão estratégica, financeira e de recursos humanos; inovação na prestação de serviços; orientação e foco ao cliente; e a comunicação como sendo essenciais para atingir os objetivos organizacionais.

As competências específicas como o próprio nome indica, são aquelas que são requeridas para atividades ou contextos mais restritos, geralmente associadas a domínios técnicos e instrumentais. Outros investigadores relativamente às competências da gestão, identificam três tipos de competências essenciais para a atividade de gerir: competências técnicas, competências humanas e competências conceptuais (Ceitil, 2016; Costa, 2018).

As competências conceptuais são as habilidades que os gestores utilizam para

pensar e conceptualizar sobre posições abstratas e complexas. Ceitil (2016) afirma que os gestores com este tipo de competências conseguem visualizar a organização como um todo, coordenar e integrar os interesses e atividades da organização. Estas competências são especialmente importantes na gestão de topo.

Todavia, existem outras competências que assumem importância ascendente e que são exigidas aos gestores, tais como: capacidade para gerir o capital humano, a mudança, o processo de tomada de decisão, a estratégia, a inovação, a logística, e a tecnologia, entre outras (Costa, 2018).

Concordamos que sistemas de saúde com grau de complexidade exigem aos Enfermeiros Gestores competências adicionais como as aqui enunciadas para que se promova uma gestão de planeamento, direção, coordenação e controle eficazes. Não podemos menosprezar que as competências de gestão são muito importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no cliente.

O papel do enfermeiro gestor não pode deixar de parte a centralidade do seu exercício de enfermeiro, recordemos que o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) define e destaca o papel fundamental do enfermeiro enquanto profissional dotado de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados à pessoa, durante o seu ciclo vital, enquanto ser holístico que integra e interage com a sua família, grupo ou comunidade, necessitando de cuidados que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença nos seus diferentes níveis de prevenção (Dec. Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Dec. Lei no 104/98, de 21 de Abril).

É importante recordar que o enfermeiro gestor, tem uma exigência acrescida, expressa legalmente a partir de 2015, em Portugal, com a publicação do regulamento das competências do enfermeiro gestor, sendo que em janeiro de 2018, é regulamentada a Competência Acrescida Avançada em Gestão através do

Regulamento Nº 76/2018 (DR, 2.^a Série - N.º 21, 2018).

Presentemente, a atual legislação das alterações à carreira, constata que as funções de enfermeiro gestor estão preceituadas, no Dec. Lei Nº 71/2019 de 27 de maio. O Art. 10B – Relativamente ao conteúdo funcional do enfermeiro gestor consagra “...o conteúdo funcional integra, na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança...” (Dec. Lei nº71/2019, p.2628). O enfermeiro gestor terá que perceber os novos conceitos de gestão, e saber “ser” e “estar” perante os desafios, porém durante os procedimentos de gestão ocorrem oportunidades onde os enfermeiros gestores podem ser os atores na organização e realizar uma mudança estratégica com sucesso.

Questão de investigação: “Será que os Enfermeiros Gestores na região insular desenvolvem as competências acrescidas avançadas na sua área de atuação?”

Metodologia:

Perante a não existência de dados sobre o problema em estudo delineamos um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. A população é constituída por todos os Enfermeiros Gestores (chefias de topo, categorias subsistentes e a exercerem as funções de chefia) nas unidades que constituem a amostra e estarem ao serviço durante o período de colheita de dados, num total de 63 participantes dos 102 enfermeiros que constituem a população, representando (61.76%) desta, sendo estes oriundos de: 3 hospitais, 8 Unidades de saúde, 2 Casas de Saúde e 4 Lares de Idosos.

O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes. A primeira alude aos dados sociodemográficos e profissionais (género, idade, anos de exercício profissional, anos de exercício na área de gestão, anos no atual serviço, área de especialidade,

graus académicos, natureza da instituição e natureza da exploração). A segunda parte integra a Escala de Perceção do Trabalho do Gestor em Enfermagem (EPTGE – Martins, MM; Gonçalves, MN, 2012), organizado com 5 questões desdobradas com atividades desenvolvidas na área da gestão, tendo como referência as competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor da OE, sendo composto por 43 itens cujas respostas são dadas numa escala de *Likert* que permite avaliar as dimensões das atividades do enfermeiro gestor: Prática Profissional, ética e legal (5 atividades variação de 5 a 20 pontos), Gestão de Cuidados (14 atividades com variação de 14 a 56 pontos), Gestão de Recursos Humanos (14 atividades com variação de 14 a 56 pontos), Intervenção Política e Assessoria (6 atividades com variação de 6 a 24 pontos), Desenvolvimento Profissional (4 atividades com variação de 4 a 16 pontos) e cada atividade foi classificada como sendo realizada: nunca (1 ponto), poucas vezes (2 pontos), algumas vezes (3 pontos) e sempre (4 pontos). Optou-se por uma escala de quatro pontos para evitar a opção de tendência central nas respostas.

Os scores de cada uma das subescalas são calculados a partir do somatório de cada um dos itens pertencentes a cada uma delas. Globalmente a escala pode variar entre a 43 a 172 pontos, situando-se os 43 como a situação de não fazer atividades de gestão e o 172 o fazer atividades de gestão de acordo com a melhor representação destas atividades. A escala original apresenta um valor do *Alfa* para a totalidade do questionário é de 0,95, o que é um valor muito elevado e mostra uma consistência interna da escala muito forte, foi efetuado um cálculo amostral, com um nível de confiança de 95% expõe uma margem de erro de 7,67%, resultando numa **amostra de 63 indivíduos**.

Foi obtida autorização de utilização da escala EPTGE aos autores e foi obtida autorização de recolha de colheita de dados pelos Conselhos de Administração das 17 instituições de Saúde e pareceres favoráveis

das comissões de ética dos mesmos. Foram efetuados contatos de esclarecimento aos enfermeiros gestores acerca dos objetivos, finalidades e pertinência do estudo. Considerando a dispersão territorial, a escala foi entregue em formato digital e disponível através de *link*. A plataforma disponível *on line*, elegida foi o *Google forms*[®] e posterior importação para o programa de tratamento estatístico de dados - SPSS[®].

Foi solicitada participação após consentimento informado. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, respeitada a autonomia e, ainda, foi dada a liberdade de participação e a possibilidade de em qualquer altura querer desistir. A recolha de dados decorreu no período compreendido entre 1 outubro 2018 e 28 de fevereiro 2019.

Resultados: A maioria dos Enfermeiros Gestores é do género feminino (61.9%). Registou-se a idade mínima de 25 anos e a máxima de 65 anos, sendo a idade média 47.37 anos. Os anos de exercício profissional apresentam um mínimo de 4 anos e um máximo de 40 anos, sendo uma média de 23.47 anos de exercício profissional. O número de anos de exercício na área de gestão obteve-se uma variação entre 0 e 31 anos, sendo a média 9.38 anos. O número de anos no atual serviço verifica um valor entre 0 e 32 anos com uma média de 9.37 anos. A área de especialidade do enfermeiro gestor verificou-se que o título de enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica é o predominante com (28.6%), seguido de título de enfermeiro especialista em Comunitária com (14.3%). Por conseguinte, em relação ao Grau Académico (81%) dos enfermeiros gestores têm licenciatura, (17.5%) têm Mestrado e (1.6%) é detentor de Doutoramento. A natureza da instituição mais representativa são os Hospitais com (54%), seguidas das Unidades de Saúde Ilha com (25.4%) e as outras Instituições são representadas em minoria (20.6%). A natureza da exploração mais expressiva é do setor público (82.5%) seguido os outros setores

(17.4%).

As competências desenvolvidas pelos Enfermeiros Gestores da observação das médias observadas, verificamos que os Enfermeiros Gestores desenvolvem atividades que tornam a sua intervenção Prática Profissional Ética e Legal muito positiva. Quando se analisa esta componente, numa perspetiva quantitativa verificamos uma variação de 14 a 20, sendo a moda em 20 e a média em 19,50 com um desvio padrão de 1,667 contudo a sua distribuição não segue a curva normal. Verifica-se os valores das frequências com maior incidência para o polo positivo da subescala o que podemos afirmar que os gestores do estudo se encontram todos acima do ponto média da subescala e com uma média superior ao ponto médio (Tabela 1).

Tabela1. Prática Profissional Ética e Legal

Dimensões	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preocupa-se com os valores dos enfermeiros	0	0,0	0	0,0	4	6,3	59	93,7	0	0,0
Preocupa-se com os valores dos doentes	0	0,0	0	0,0	4	6,3	59	93,7	0	0,0
Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	0	0,0	9	14,3	27	42,9	27	42,9	0	0,0
Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	0	0,0	0	0,0	20	31,7	42	66,7	1	1,6
Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	0	0,0	4	6,3	13	20,6	46	73,0	0	0,0

Relativamente as atividades desenvolvidas na componente da Gestão de Cuidados (tabela 2), verificamos uma variação de 21 a 56, com uma moda de 54 e uma média de 46,40 com um desvio padrão de 7,461, esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala. Podemos verificar (Tabela 2), mais uma vez, que os enfermeiros gestores do estudo apresentam uma média superior ao ponto médio da subescala. Face aos resultados podemos afirmar que os gestores desenvolvem atividades de tal forma que, no global para a Gestão de Cuidados a sua intervenção é positiva.

Na tabela 3 está representada a componente Gestão de Recursos Humanos que apresenta uma variação de 20 a 56, com uma moda de 55 e uma média de 45,38 com um desvio padrão de 8,481, esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala.

Como se pode verificar na Gestão de Recursos Humanos, embora continue a ser positiva a pontuação atribuída pelos enfermeiros gestores, demonstra que existem atividades que necessitam de serem repensadas, entre as quais: assistir às passagens de turno; afetar os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados; atuar como formador e promover a avaliação da satisfação profissional do enfermeiro e de outros profissionais.

A componente Intervenção Política e

Assessoria (Tabela 4) apresenta uma variação de 10 a 24, com uma moda de 18 e uma média de 17,97 com um desvio padrão de 3,545; esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala, ocorrendo apenas uma resposta omissa.

É de salientar a necessidade dos enfermeiros gestores na área da Intervenção Política e Assessoria desenvolverem mais participação na definição e implementação de política de saúde; maior participação em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.

Tabela 2. Gestão de Cuidados

Dimensões	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	Nº	%	%	Nº	%	Nº	%
Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	1	1,6	3	4,8	25	39,7	34	54,0	0	0,0
Promove a tomada de decisão clínica	2	3,2	4	6,3	25	39,7	32	50,8	0	0,0
Acompanha a execução de cuidados de forma planeada	2	3,2	10	15,9	31	49,2	20	31,7	0	0,0
Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados	1	1,6	20	31,7	41	65,1	0	0,0	1	1,6
Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço	0	0,0	4	6,3	26	41,3	33	52,4	0	0,0
Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes	2	3,2	12	19,0	48	76,2	0	0,0	1	1,6
Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão	5	7,9	11	17,5	26	41,3	21	33,3	0	0,0
Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas	2	3,2	6	9,5	30	47,6	25	39,7	0	0,0
Orienta cuidados de maior complexidade	4	6,3	6	9,5	25	39,7	28	44,4	0	0,0
Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade	3	4,8	8	12,7	35	55,6	17	27	0	0,0
Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material	2	3,2	12	19,0	27	42,9	22	34,9	0	0,0
Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade	0	0,0	4	6,3	25	39,7	34	54,0	0	0,0
Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas	0	0	3	4,8	30	47,6	30	47,6	0	0,0
Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa	1	1,6	5	7,9	26	41,3	30	47,6	1	1,6

Tabela 3. Gestão de Recursos Humanos

Dimensões	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Promove reuniões com os enfermeiros</i>	1	1,6	8	12,7	17	27,0	37	58,7	0	0,0
<i>Assiste à passagem de turno</i>	12	19,0	9	14,3	10	15,9	30	47,6	2	3,2
<i>Avalia o desempenho dos enfermeiros</i>	5	7,9	5	7,9	11	17,5	42	66,7	0	0,0
<i>Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência</i>	4	6,3	4	6,3	12	19,0	43	68,3	0	0,0
<i>Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços</i>	4	6,3	10	15,9	7	11,1	42	66,7	0	0,0
<i>Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários</i>	12	19,0	8	12,7	21	33,3	22	34,9	0	0,0
<i>Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos</i>	1	1,6	5	7,9	21	33,3	36	57,1	0	0,0
<i>Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes</i>	5	7,9	11	17,5	13	20,6	33	52,4	1	1,6
<i>Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global)</i>	0	0,0	6	9,5	24	38,1	33	52,4	0	0,0
<i>Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores</i>	0	0,0	9	14,3	25	39,7	29	46,0	0	0,0
<i>Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio</i>	1	1,6	12	19,0	21	33,3	29	46,0	0	0,0
<i>Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar</i>	4	6,3	12	19,0	29	46,0	18	28,6	0	0,0
<i>Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores</i>	5	7,9	14	22,2	28	44,4	16	25,4	0	0,0
<i>Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa</i>	0	0,0	5	7,9	21	33,3	36	57,1	1	1,6

Tabela 4. Intervenção Política e Assessoria

Dimensões	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital</i>	5	7,9	13	20,6	32	50,8	12	19,0	1	1,6
<i>Participa no planeamento estratégico do serviço</i>	4	6,3	5	7,9	28	44,4	25	39,7	1	1,6
<i>Elabora relatórios de serviço</i>	7	11,1	10	15,9	28	44,4	17	27,0	1	1,6
<i>Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais</i>	5	7,9	8	12,7	27	42,9	22	34,9	1	1,6
<i>Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício</i>	0	0,0	9	14,3	18	28,6	35	55,6	1	1,6
<i>Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico</i>	13	20,6	15	23,8	19	30,2	15	23,8	1	1,6

Tabela 5. Desenvolvimento profissional

Dimensões	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Promove a enfermagem baseada na evidência</i>	4	6,3	4	6,3	25	39,7	30	47,6	0	0,0
<i>Promove a formação formal e informal da equipa</i>	2	3,2	7	11,1	19	30,2	35	55,6	0	0,0
<i>Estimula os enfermeiros à autoformação</i>	1	1,6	5	7,9	16	25,4	41	65,1	0	0,0
<i>Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências</i>	4	6,3	12	19,0	28	44,4	19	30,2	0	0,0

Quando analisada a componente Desenvolvimento Profissional, representada na tabela 5, verificamos uma variação de 6 a 16, com uma moda que ocorre no 15 e 16, a média de 13,19 com um desvio padrão de 2,711, esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala. Podemos afirmar que a dimensão que necessita de maior atenção é proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências.

As atividades dos enfermeiros gestores que fazem parte desta amostra representam todas as áreas de competências do enfermeiro gestor,

sendo de sublinhar que a maioria pratica as suas atividades em todos os domínios do “Sempre”, notando-se algumas fragilidades na dimensão Intervenção Política e Assessoria, considerando que só “Às vezes” o fazem. Para a opção “Nunca” nenhuma atividade de gestão tem frequência superior a dez.

Discussão: A amostra é maioritariamente do género feminino (61.9%). Perspetiva histórica da enfermagem e aferindo o Relatório 2018 e Contas da OE, este valida “A 31 de dezembro 2018, existiam 73912 membros da OE. Da totalidade dos membros, 60737 são do género feminino e 13175 do género masculino” (p.16).

Em relação aos grupos etários dos enfermeiros gestores e líderes, nesta amostra a faixa etária mais representativa é 51 e 60 anos com 39,7%. A distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício profissional variou entre 9 e os 40 anos de exercício da profissão, surgindo dois registos mais representativos com idade compreendidas no intervalo, entre 20 e os 29 anos e os 30 e os 40 anos de idade, ambas (33,3%) de representatividade. No que diz respeito ao tempo de exercício profissional na área de gestão constatou-se que os enfermeiros têm entre 0 a 31 anos de experiência na área da gestão, verificando-se que a maior percentagem dos enfermeiros que exerce essa função de gestão entre os 0 e 9 anos (63,5%).

As habilitações académicas, que os enfermeiros gestores (15,9%) detêm são pós-graduações em áreas específicas sem ser em gestão. Contudo cerca de (36,5%) dos enfermeiros participantes no estudo têm pós-graduação na área da gestão e curso de mestrado (17,5%).

A análise da componente Prática Profissional Ética e Legal permitiu concluir com opinião dos participantes que se preocupam “sempre” com os valores dos enfermeiros e com os valores dos doentes ambos com (93,7%), sendo o valor mais baixo verificado na dimensão discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa no total (42,9%). Estes resultados são concordantes com outras pesquisas que valorizam a essencialidade para um Enfermeiro Gestor ter foco no cliente e no enfermeiro, promovendo ambiente profissional ético e legal. Lelli et al. (2012) expressam a importância da competência de liderança na prática profissional, na organização, na confiança e direcionamento da equipa de trabalho.

Na componente da Gestão de Cuidados constata-se que a dimensão discute com os enfermeiros decisões sobre os cuidados (54,0%) respondem que “sempre” exercem a competência. Nesta premissa uma das formas de se garantir que essa competência

seja desenvolvida e aprimorada no ambiente da prática do Enfermeiro Gestor é que a mesma deva ser incrementada através da vertente formativa. Neste contexto, o estudo de Fradique, M. e Mendes, L. (2013) elenca um modelo estrutural sugestivo, de que a liderança em enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo o “cliente” o foco do processo.

Estimando a componente da Gestão de Recursos Humanos à semelhança da categoria gestão dos cuidados, a maioria dos Enfermeiros Gestores respondem “sempre” para quase todas as questões, exceto para as dimensões: atua como formador na equipa multi e infra disciplinar, apenas (28,6%) referem “sempre”; promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores, (25,4%) respondem “sempre”. Analogicamente, os autores elencaram a necessidade dos Enfermeiros Gestores fazerem formação na área da gestão como uma premissa importante, objetivando alterar o seu estilo de liderança, promovendo a autorreflexão dos Enfermeiros Gestores e consequentemente diligenciando práticas mais adequadas aos seus contextos de trabalho, Camelo, H. et al. (2017); Chipeta, E. et al. (2016); Lelli, L. et al. (2012) e Munyewende, P. et al. (2016).

Na área de componente Intervenção Política e Assessoria responderam que adaptam “sempre” os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício (55,6%). Finalizando, na componente Desenvolvimento Profissional, foram abordadas quatro dimensões, tendo-se verificado que cerca de mais de metade das respostas foi “sempre”, quando se posicionam face à estimulação dos enfermeiros à autoformação (65,1%).

Comparativamente, vários estudos catalogaram a importância da capacidade de liderança dos Enfermeiros Gestores como competência capital nas funções de gestão. No entanto, privilegiam ainda fatores

como: a negociação, a análise e soluções de problemas; o comprometimento e orientação para os resultados; a comunicação e partilha de conhecimentos; o trabalho em equipa e a tomada de decisão Lelli, L. et al (2012); Fradique, M. e Mendes, L. (2013); Chipeta, E. et al. (2016); Munyewende, P. et al. (2016); Camelo, H. et al. (2017).

Nesta discussão consideramos importante o facto de outros autores referenciar nas competências de gestão dos enfermeiros o estilo de liderança como um fator decisivo para a motivação da equipa. Corroboramos com os diversos estudos, quando referem que a melhoria da satisfação profissional dos colaboradores é crucial para a alta qualidade dos cuidados e são a garantia da eficiência na prestação de cuidados de saúde, Camelo et al. (2016), Vesterinen et al. (2012) e Chipeta et al. (2016). O Enfermeiro Gestor é considerado o profissional que detém competências para se equiparar ao verdadeiro “motor” oferecendo energia e motivação para a mudança nas organizações de saúde.

Conclusão: Constatamos que a necessidade de formação está patente nas diferentes dimensões das competências: Prática Profissional Ética e Legal, Gestão Cuidados, Gestão Recursos Humanos, Intervenção Política e Assessoria e Desenvolvimento Profissional.

Comprovamos que os enfermeiros gestores a sua maioria não possuem formação específica na área de gestão que alicerce com conhecimentos o cargo de gestão que ocupa. A concretização desta investigação revelou uma indiscutível necessidade de implementar práticas formativas nos contextos das chefias em enfermagem, com a finalidade de aprimorar as competências acrescidas avançadas dos enfermeiros gestores e líderes.

Considera-se como fragilidade do estudo a utilização de um questionário, pois impediu de ter uma resposta da noção do nível de compreensão das questões, considerando-se que não ocorreu contacto verbal com as pessoas envolvidas, não permitindo assim

aprofundar respostas que suscitem maior esclarecimento.

Este estudo contribuiu para a tomada de consciência de que o Enfermeiro Gestor nesta região insular tem necessidades de formação em contexto de trabalho ao nível das competências acrescidas avançadas. Pretendemos que os pontos mais relevantes deste estudo sirvam de subsídios para a realização de novos estudos neste mesmo âmbito.

Referências Bibliográficas

Camelo, S., Silva, V., Soares, M., Resck, Z., Chaves, I., Santos, F. (2016). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Rev Esc Enferm USP. Brasil*, 1-8. [consultado a 04/05/2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v51/pt_1980-220X-reusp-51-e03206.pdf

Carvalho, L., Bernardo, M., Sousa, I.; Negas, M. (2015). *Gestão das organizações: uma abordagem integrada e prospetiva*. 2ª ed. Lisboa: Edições Silabo, Lda, 2015.

Ceitel, M. (2016). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. 2ª ed, Lisboa: Edições Silabo, Lda, 2016.

Chipeta, E., Bradley, S., Manda, W., McAuliffe, E. (2016). Working relationships between obstetric care staff and their managers: a critical incident analysis. *BMC Health Services Research, Malawi*. 1-9. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1694-x>

Costa, T. (2018). *Gestão Contemporânea: Princípios, Tendências e Desafios*. 2ª ed. Lisboa. Edições Silabo, 2018.

Decreto-Lei nº 71/2019. D. R. I Série, Nº101 (2019/05/27), 2626-2642.

Decreto-Lei nº 161/96. D.R. I Série-A. Nº 205 (1996-09-04), 2959-2962. (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)

Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, (1999/07/31), 1942-1952.

Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos

da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, III (10), 45-53. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a06.pdf>

Lelli, L., Bernardino, E., Peres, A., Fabríz, I., (2012). Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*. 2, Abril - Junho de 2012, Vol. 17, 262 - 269. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24932/18480>

Moura, A., Bernardes, A. & Balsanelli, A. (2017) Liderança e satisfação no trabalho em enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulina Enfermagem*, 30 (4), 442-450. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0442.pdf>

Munyewende, P., Levin, J. & Rispel, L. (2016). An evaluation of the competencies of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Global Health Action*. Africa do Sul, 9 dez. 2016, 1-11. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5149665/pdf/GHA-9-32486.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). REPE e Estatuto. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Relatório de Contas: Membros ativos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem Dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*. 10 de março de 2015, Vol. 2o Série no 48, 5948-5952.

Regulamento nº.76/2018. D.R. II Série. Nº21 (2018-01-30), 3478-3487.

Rocha, MCJ; Sousa, P. & Martins, M. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigação em Enfermagem*. 18, 2016, Vol. 2, pp. 89-105. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aoad>

Vesterinen, S., Suhonen, M., Isola, A., Paasivaara, L. (2012). Nurse Managers' Leadership Styles in Finland. *Nursing Research and Practice*. Finlândia, Volume 2012, Article ID 605379, 1-8. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/605379/abs/>

A METODOLOGIA E A PESQUISA DA VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Sá Fernandes⁽¹⁾



Resumo

Introdução: A investigação científica é um processo multidimensional e a escolha da metodologia torna-se importante para a orientação que o investigador pretende dar ao estudo. **Materiais e Métodos:** O estudo teve como objetivo compreender qual a metodologia utilizada nos estudos realizados sobre a violência no pré-hospitalar direcionada aos profissionais. A pesquisa dos artigos foi realizada na base de dados b-ON no mês de junho de 2016 com os descritores: *Emergency technician or paramedic, workplace violence in healthcare, prehospital or pre-hospital or pre hospital or non hospital, methods*. Para o estudo definiu-se como critérios de inclusão ser texto integral, revistas académicas e publicado nos últimos 5 anos. Como critérios de exclusão, artigos repetidos, artigos cujo tema, resumo e população alvo não fosse constituída por elementos do pré-hospitalar. **Resultados:** Dos 6 artigos analisados, verificou-se que os investigadores eram profissionais provenientes da área da saúde ou instituições vinculadas na área e a amostra era composta por profissionais com contato ao pré-hospitalar. **Discussão:** O tema foi desenvolvido em diferentes Países através da implementação de um questionário e de uma abordagem quantitativa. **Conclusão:** A metodologia utilizada nos artigos analisados seguiu uma linha similar na maioria dos artigos. **Descritores:** Técnico de Emergência ou paramédico, Violência no local de trabalho aos profissionais de saúde, prehospitalar ou pre-hospitalar ou pre hospitalar ou extra hospitalar, métodos de pesquisa. (Fonte: MeSH).

Abstract

METHODOLOGY AND VIOLENCE RESEARCH: AN INTEGRATIVE REVIEW

Introduction: Scientific research is a multidimensional process and the choice of methodology becomes important to guide the researcher intends to give to the study. **Materials and Methods:** The study aimed to understand the methodology used in studies on violence in the prehospital directed to professionals. The search for articles was held in b-ON database in June of 2016 with the following keywords: *Emergency technician or paramedic, workplace violence in healthcare, prehospital or pre-hospital or pre hospital or non hospital, methods*. For the study was defined as inclusion criteria be full text, academic magazines and published in the last five years. **Exclusion criteria, repeated items, whose title, abstract and target population was not composed of elements of prehospital. Results:** Of the 6 articles analyzed, it was verified that the researchers were professionals from the health area or related institutions in the area and the sample was carried out by professionals with contact with the prehospital. **Discussion:** The theme was developed in different countries by implementing a questionnaire and a quantitative approach. **Conclusions:** The methodology used in the articles analyzed followed a similar line in most articles.

Keywords: *Emergency technician or paramedic, workplace violence in healthcare, prehospital or pre-hospital or pre hospital or non hospital, research methods.* (Source: MeSH).

Resumen

LA METODOLOGÍA Y LA INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA: REVISIÓN INTEGRATIVA

Introducción: La investigación científica es un proceso multidimensional y la elección de la metodología se vuelve importante para la orientación que el investigador pretende dar al estudio. **Materiales y Métodos:** El estudio tuvo como objetivo comprender cuál es la metodología utilizada en los estudios realizados sobre la violencia en el pre-hospitalario dirigida a los profesionales. La investigación de los artículos fue realizada en la base de datos b-ON en el mes de junio de 2016 con los descriptores: *Emergency technician or paramedic, workplace violence in healthcare, prehospital or pre-hospital or pre hospital or non hospital, métodos*. Para el estudio se definió como criterios de inclusión ser texto integral, revistas académicas y publicado en los últimos 5 años. Como criterios de exclusión, artículos repetidos, artículos cuyo tema, resumen y población objetivo no fuera constituída por elementos del prehospitalario. **Resultados:** De los 6 artículos analizados, se verificó que los investigadores eran profesionales provenientes del área de la salud o instituciones vinculadas en el área y la muestra era composta por profesionales con contacto al prehospitalario. **Discusión:** El tema se desarrolló en diferentes países mediante la aplicación de un cuestionario y un enfoque cuantitativo. **Conclusión:** La metodología utilizada en los artículos analizados siguió una línea similar en la mayoría de los artículos.

Palabras clave: *Técnico de emergencia o paramédico, violencia en el trabajo, pre-hospitalario o prehospitalario o pre hospitalario, métodos de búsqueda* (Fuente: DeCS and MeSH).

INTRODUÇÃO

A investigação científica é um processo multidimensional que apesar de ter uma abordagem quantitativa ou qualitativa tem como finalidade gerar novos conhecimentos e refinar conhecimentos que já existem, permitindo desmistificar e desenvolver conhecimentos (1). Por sua vez, o conhecimento gerado permite melhorar a qualidade de vida da população e dos cuidados prestados (1, 2), potenciar a evidência científica dos conhecimentos utilizados na prática e o custo efetivo existente no sistema de saúde (2). Escolher a metodologia é um ponto importante para a investigação porque permite ao investigador orientar o rumo a dar ao estudo (1, 3). Verifica-se essencialmente dois tipos de abordagem, a abordagem qualitativa e a abordagem quantitativa (1, 4-6) que podem ser utilizadas em separado ou em conjunto (4). A combinação das duas abordagens permite que haja um complemento e enriquecimento do estudo (4-5).

A metodologia é um desenho objetivo da investigação que possibilita a compreensão do que foi feito pelo investigador (6). É essencial que se compreenda que o fenómeno a estudar e a forma como pretendemos fazer a colheita de dados, são aspetos que podem condicionar a escolha da metodologia a ser adotada visto que cada uma possuiu meios de colheita de dados específicos (4). A abordagem qualitativa é o tipo de abordagem que pretende compreender um problema que afeta os seres humanos ou a sociedade, descreve os fenómenos e pretende explicá-los ou fornecer dados que permitam a sua compreensão através dos sentimentos, pensamentos e crenças que o participante descreve (1, 3-5). A metodologia quantitativa, embora também estude fenómenos sociais e humanos, pretende medir os mesmos através da análise estatística. É baseado num processo dedutivo numérico e tem a capacidade de, a partir de um pressuposto formulado deduzir uma resposta (1, 5).

A escolha do método de inquérito para recolha de dados pode ser feita por questionário

ou por entrevista. O questionário permite colher informação de uma amostra maior e, portanto, cobrir uma maior área da população em estudo (1, 4-5, 7-8) mas não permite analisar isoladamente as respostas dadas (1). A entrevista pode ser composta por um grupo pequeno e a informação reunida é passível de ser analisada através da análise de conteúdo da informação recolhida (1, 3, 7). Portanto, o questionário direciona-se para a abordagem quantitativa enquanto que a entrevista se direciona para a abordagem qualitativa (1).

Uma vez traçados os objetivos, é importante que o investigador escolha o instrumento de recolha de dados ideal para a sua população alvo e amostra (1, 2, 4). Por vezes, devido à dimensão da população alvo, torna-se uma tarefa difícil implementar o método de colheita de dados e, posteriormente, processar a informação recolhida. A dificuldade pode advir da escassez dos recursos ou do tempo disponível para a colheita de dados. De forma a contrariar estes constrangimentos, o investigador pode recorrer a uma amostra representativa da população de estudo (5, 8-9). Escolhido o método de colheita, deve ser feito um teste piloto, isto é, um pré-teste do instrumento para aferir a sua validade, fiabilidade e evitar resultados falsos. Assim, aplica-se o teste piloto a uma pequena amostra da população alvo. Por norma, para testar o conteúdo do método será suficiente 5%, eventualmente 10% do total da amostra de estudo (8).

As questões éticas na pesquisa de enfermagem, são questões que preocupam os investigadores. É necessário que sejam seguidas orientações éticas tendo em conta os dilemas éticos, tais como, o princípio da beneficência, o princípio da justiça, o princípio de respeito à dignidade humana e que seja solicitada aprovação do estudo por uma comissão de ética institucional (4). Os estudos científicos que foram realizados ao longo dos anos têm utilizado uma linha condutora ao longo da metodologia utilizada. O presente artigo de revisão integrativa da literatura tem

como objetivo, através de uma análise narrativa e explorativa, compreender qual a abordagem e instrumentos metodológicos mais utilizados na investigação da violência direcionada aos profissionais do pré-hospitalar.

MATERIAIS E MÉTODOS

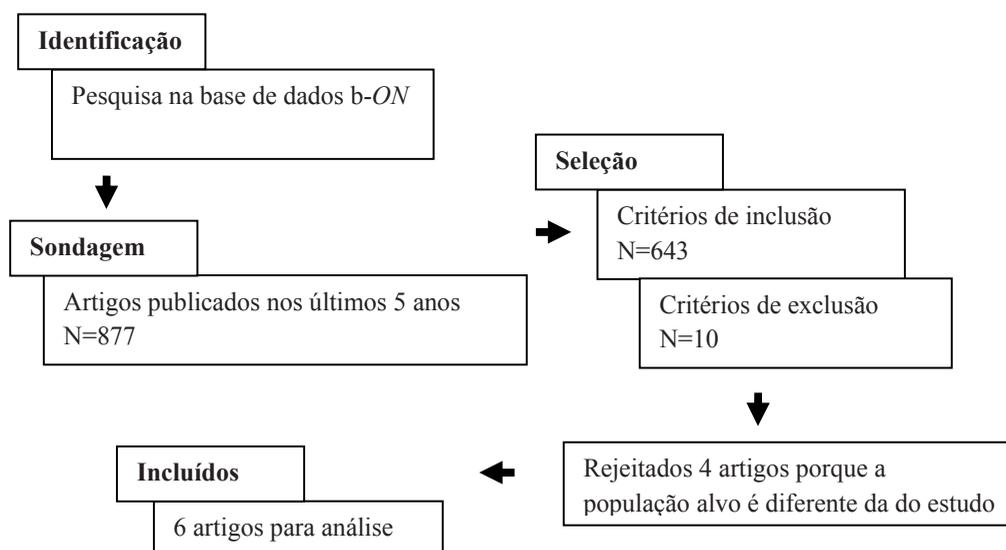
A revisão integrativa da literatura permite compilar a informação obtida na pesquisa e assim, aprofundar e sintetizar o conhecimento existente encontrado (10, 11). Não se trata de um resumo descritivo da informação mas de uma análise crítica do que tem sido publicado pelos investigadores sobre o tema (2). Torna-se, portanto, o método ideal a ser utilizado na presente investigação (10-11).

Para definir a melhor metodologia a utilizar na construção do projeto de tese, optou-se por realizar uma revisão integrativa e compreender qual a metodologia adotada pelos diferentes autores, que investigaram o tema da violência direcionada aos profissionais no pré-hospitalar. Com os descritores DeSC e MeSH: Emergency technician or paramedic, workplace violence in healthcare, prehospital or pre-hospital or pre hospital or non hospital, research methods, foi realizada pesquisa na

base de dados b-ON no mês de junho de 2016 para compreender o que foi publicado nos últimos 5 anos. Para o estudo foram definidos como critérios de inclusão o texto ser integral, ser publicado nos últimos 5 anos e ter sido publicado em revistas acadêmicas. Como critérios de exclusão, os artigos duplicados e os artigos cuja população alvo não fosse constituída por elementos do pré-hospitalar.

Após se restringir a pesquisa aos últimos 5 anos permaneceram 877 artigos, dos quais foram rejeitados 633 artigos porque se encontravam dentro dos critérios de exclusão. Dos critérios de inclusão obteve-se 643 artigos, tendo permanecido 10 artigos para leitura. Após leitura integral da metodologia foram rejeitados 4 artigos porque a população alvo incluía uma população diferente da pretendida. No final da análise, ficaram 6 artigos para análise. No diagrama 1, podemos visualizar de forma sucinta a sequência utilizada na pesquisa. A questão de partida era determinar qual a metodologia mais utilizada pelos autores para investigar a violência direcionada aos profissionais de saúde no pré-hospitalar.

Diagrama 1: Sequência de inclusão dos artigos – Prisma 2009(12)



Foi realizada uma sistematização dos dados e efetuado um resumo dos principais dados metodológicos dos estudos analisados, que foram compilados na Tabela 1, que pode ser consultada no Anexo I. Na referida tabela pode-se observar: o ano de publicação, o país, o título do artigo, os autores e quem investiga, a revista de publicação, o método utilizado, o tipo de amostra, o tamanho, gênero e critérios de inclusão, o instrumento de colheita de dados e sua implementação, as questões éticas e como foi realizada a análise de dados. Da literatura publicada, realça-se como limitações dos estudos a amostra que não teve participação de 100% e a experiência do profissional que pode influenciar o resultado das respostas.

RESULTADOS

Pretendia-se com esta revisão identificar a metodologia mais utilizada pelos autores para investigar a violência direcionada aos profissionais de saúde no pré-hospitalar. Dos 6 artigos analisados emanaram os seguintes resultados que vieram dar resposta às questões levantadas abaixo:

Em que Países foram realizados os estudos?

Um dos objetivos era determinar o país de origem dos estudos para compreender se o tema da violência nos profissionais do pré-hospitalar era uma preocupação mundial ou apenas restrita a uma determinada região. Os 6 artigos analisados foram realizados em diferentes países, nomeadamente, na Suécia (13), Polónia (14), Canadá (15), Eslovénia (16), Espanha (17) e na Turquia (18).

Quem investigou o tema?

Importava entender a área de proveniência dos investigadores para determinar que área tinha tendência a investigar e a ver a questão da violência como uma problemática. Na sua maioria, os investigadores eram profissionais provenientes da área da saúde ou instituições vinculadas aos assuntos da área da saúde. No estudo realizado na Suécia (13), o grupo de investigadores era composto por enfermeiros,

bombeiros e/ou ligado a um centro do pré-hospitalar. No estudo efetuado na Polónia (14), o grupo era composto por médicos e enfermeiros. O estudo implementado no Canadá (15) foi realizado por investigadores ligados a uma universidade e no estudo desenvolvido na Eslovénia (16) o investigador pertencia ao Instituto Nacional de saúde Pública, enquanto que no estudo realizado em Espanha (17) os investigadores pertenciam ao SUMMA-12. O artigo mais recente analisado foi implementado na Turquia por investigadores ligados à Faculdade de Medicina (18).

Quais as revistas que publicam os artigos sobre a violência no pré-hospitalar?

Importava compreender quais as revistas escolhidas para publicar os diversos artigos analisados. Cada estudo foi publicado em revistas ou jornais diferentes nomeadamente: Internacional Emergency nursing (13), Progam Health Sciences (14), Prehospital Emergency Care (15), Comentários de Enfermagem (16), Internacional Emergency of nursing studies (17) e no Turkish Journal of Medical Sciences (18).

Qual o método de estudo utilizado para cada estudo?

Pela especificidade do tema, era importante determinar quais os métodos mais utilizados nos diferentes artigos. Nos estudos realizados na Suécia (13) e na Polónia (14), os investigadores optaram por realizar um estudo descritivo. No estudo implementado no Canadá (15), os investigadores optaram por utilizar uma abordagem Delphi sendo o estudo quantitativo, descritivo transversal. No estudo que decorreu na Eslovénia (16), os investigadores optaram por uma pesquisa amostral não-experimental, enquanto que, nos estudos realizados em Espanha (17) e na Turquia (18) os investigadores optaram por um estudo descritivo com corte transversal.

Qual o tipo, tamanho, gênero e experiência da amostra?

Tendo em conta que cada país tem um índice populacional diferente, com dimensões diferentes nos seus sistemas de emergência, importava compreender o tamanho da amostra, quem eram os elementos alvo, qual o gênero prevalente e se a experiência dos mesmos era um critério de inclusão/exclusão para o estudo.

No primeiro estudo analisado (13), foram incluídos 11 postos de emergência e a amostra era composta por 170 enfermeiros e paramédicos. Apenas participaram 134 profissionais, 85 (64%) eram do sexo masculino e 48 (36%) eram do sexo feminino. No segundo estudo analisado (14), a amostra era composta por 201 profissionais, 116 enfermeiros, 25 médicos, 21 paramédicos, 18 seguranças, 7 rececionistas, 7 instrutores de terapia ocupacional, 6 psicólogos, 3 fisioterapeutas, 1 professor e 1 cuidador médico. Da amostra, 158 eram do sexo feminino e 43 do sexo masculino. Como critérios de inclusão, os profissionais tinham de pertencer a uma instituição de saúde dos cuidados primários, ambulatório, hospitais gerais ou psiquiátricos.

No terceiro estudo analisado (15), a amostra era composta por 1884 paramédicos, dos quais responderam 1676 sendo a grande maioria do sexo masculino. No quarto estudo analisado (16), foram selecionados 36 postos de emergência, mas apenas participaram 29 postos. Dos 360 profissionais que compunham a amostra, responderam 240, 166 do sexo masculino e 80 do sexo feminino. No quinto estudo analisado (17), foram selecionados 70 postos de emergência. Os investigadores definiram como critério de inclusão que os profissionais deviam ter pelo menos 1 ano de experiência na área. A amostra era constituída por 135 médicos, 127 enfermeiros e 179 técnicos de emergência. No total, 284 eram do sexo masculino e 154 era do sexo feminino. No último estudo analisado (18), a amostra era composta por 120 técnicos de emergência,

64 do sexo masculino e 56 do sexo feminino.

Quais os instrumentos de colheita de dados e a sua implementação? Que instrumentos de recolha de dados são mais usados? Que variáveis são consideradas independentes e quais são as dependentes? Que variáveis sociodemográficas são escolhidas para a caracterização da amostra? Como são contactados os participantes? Em que momentos são recolhidos os dados? São recolhidos em formulários impressos ou em plataformas online?

No primeiro estudo (13), os investigadores tiveram a necessidade de fazer uma revisão da literatura para construir um questionário porque não havia nenhum questionário válido para o estudo. A primeira versão era composta por 24 questões fechadas e 11 questões abertas, foi analisada por um grupo de três peritos e aplicado a uma amostra piloto em 5 postos de emergência diferentes dos postos de emergência do estudo. No segundo estudo (14), os investigadores implementaram um questionário que se baseava em questões originais e em um estudo reconhecido.

No terceiro estudo (15), os investigadores implementaram um questionário com perguntas abertas e perguntas fechadas. As perguntas abertas tinham como objetivo que o incidente fosse relatado. Embora neste estudo 10% das respostas fossem auditadas aleatoriamente para averiguar a qualidade das respostas, o instrumento de pesquisa dos dados não estava validado para a população alvo. No quarto estudo (16), os investigadores implementaram um questionário estruturado com 55 perguntas baseadas em diferentes autores reconhecidos. No quinto estudo (16), os investigadores utilizaram 3 questionários diferentes adaptados para ser utilizado pela língua espanhol e no sexto estudo (18), os investigadores utilizaram 2 questionários, um deles era baseado em um questionário reconhecido.

Quais as questões éticas tidas em conta para a realização dos estudos?

Os investigadores tiveram em conta o pedido ao Comitê de Ética para aprovação do estudo (13, 15-17), informaram os participantes que a participação era voluntária, havia confidencialidade dos dados colhidos (16-17) e não ofereceram compensações ou incentivos à participação (15).

Como foram analisados os dados colhidos?

Na maioria dos estudos, os dados colhidos nos estudos foram analisados pelo programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (13-14, 16-17) e também foi utilizado o programa informático SAS (Statistical Analysis System) (15).

DISCUSSÃO

Quando se escolhe um tema para estudar, é importante que ele constitua um problema real, de importância para a sociedade e se tiver a particularidade de ser um tema amplo pode, a qualquer momento, ser objeto de estudo de várias áreas (1, 3), o permite enriquecer o produto científico obtido (1). Nos estudos anteriores (19-27), a maioria dos autores dos artigos analisados eram investigadores e profissionais provenientes de diversas áreas, tais como, da área do pré-hospitalar, instituições vinculadas aos assuntos da área da saúde ou académicas.

A violência é um fenómeno estudado em diferentes países, nomeadamente, Suécia (22), Austrália (24-25), Irão (26), África do Sul (27) mas mais predominantemente a nível dos Estados Unidos (19-21, 23). Os artigos analisados foram realizados na Suécia (13), Polónia (14), Canadá (15), Eslovénia (16), Espanha (17) e na Turquia (18), o que demonstrou a continua diversidade de países. A publicação dos resultados também tem uma origem diversificada e foi publicada em revistas ou jornais científicos.

A metodologia qualitativa é uma metodologia cuja população de estudo pode

ser pequena, não necessita de ter uma amostra da população, o que não permite, por norma, uma generalização à população geral. A metodologia quantitativa permite através de uma probabilidade estatística, formular uma resposta e generalizá-la à população em estudo (1). Regra geral, os artigos que estudam a violência usam uma abordagem quantitativa através de um estudo descritivo (19-21, 23-27). Exceionalmente, um artigo integrou uma abordagem qualitativa porque para aprofundar aspetos mais pessoais, recorreu à entrevista (27). Os artigos analisados preferiram a abordagem quantitativa através de um estudo descritivo (13-15, 17-18) e um estudo optou por utilizar uma abordagem Delphi (15).

Nem sempre é viável estudar a população alvo na sua totalidade, mas é possível, retirar uma amostra significativa da população e inferir um resultado que seja posteriormente generalizado à população geral (1, 2-3, 5, 9, 28). O tamanho da amostra é variável e depende do tamanho da população de estudo. Para se conseguir uma correta amostra é necessário seguir as regras de seleção da amostra, ter em conta a margem de erro e o nível de confiança (1, 28). A calculadora de Raosoft é um instrumento que permite calcular o tamanho ideal da amostra, o nível de confiança e a margem de erro aceitável (28). Nos artigos analisados, o tamanho da amostra variou entre 201 profissionais (14) e 1884 profissionais (15) e eram na maioria do sexo masculino (13, 15-18). A amostra foi selecionada de diferentes locais, postos de emergência, respetivamente, 11 postos (13), 36 postos (16), 70 postos (17), da seleção partir de uma instituição de saúde dos cuidados primários, ambulatório, hospitais gerais ou psiquiátricos (14) ou das equipas do pré-hospitalar (15, 18).

A escolha do melhor instrumento a ser aplicado vai depender dos objetivos delineados e do tipo de investigação escolhida porque não basta recolher a informação, é importante verificar e analisar coerentemente o que foi obtido (1). O instrumento de colheita

de dados questionário, é um método diretivo, objetivo que permite formular previamente as questões a ser aplicadas (1, 8). A entrevista é um método menos diretivo que apela, através de explicações ou das suas razões, os sentimentos, crenças e pensamentos dos entrevistados (1). Enquanto que o questionário aplica questões através de perguntas abertas de resposta curta ou perguntas fechadas com resposta em função da avaliação de uma escala com vertente numérica (1, 4-5, 8, 9). A entrevista recorre à análise de conteúdo para analisar as palavras dos entrevistados (1, 5, 9). Portanto, o questionário permite quantificar os inúmeros dados colhidos e analisar a correlação entre os mesmos (1, 4).

À imagem de estudos anteriores que seguiram uma abordagem quantitativa cujo instrumento de recolha de dados era por questionário (19-20, 22, 24-27), nos artigos analisados, os investigadores utilizaram questionários fundamentados na literatura, reconhecidos como fidedignos e adaptados à língua do seu País (14, 16-18). Nos Países em que não havia um questionário para o estudo, os investigadores tiveram necessidade de construir um questionário de raiz, submetê-lo à análise de peritos e aplicá-lo a uma amostra piloto (13). É importante aplicar um questionário piloto a uma amostra parecida porque permite, e.g., avaliar questões equívocos, mal formuladas ou ambíguas (2, 8, 29). Em um dos artigos analisados (15) não ficou claro se os investigadores utilizaram um questionário validado para a amostra ou se construíram um questionário de raiz.

O investigador deve adotar uma correta conduta ética ao longo da investigação. São exemplos de questões éticas: informação detalhada do estudo, garantir o anonimato e a confidencialidade, assegurar os direitos dos participantes e a recusa em participar no estudo (1, 2-4). Torna-se igualmente essencial que o estudo seja submetido para revisão por uma comissão de ética (2, 4). Os investigadores têm o hábito de solicitar a aprovação do Comitê de ética para a implementação do estudo (19,

21, 23-27). Quatro dos estudos analisados também requereram aprovação ao Comitê de Ética para implementar o estudo (11, 15-17).

O SPSS permite compilar, realizar cálculos complexos e apresentar resultados estatísticos em poucos segundos, o que o torna uma ferramenta informática poderosa (29-30). É o programa de análise estatística mais utilizado nas ciências sociais, humanas, entre outras ciências. Existem outros programas de análise estatística, igualmente bons, tais como, STATA, SAS, statistica, genStart ou systat (29). Na maioria dos artigos analisados, o programa de análise estatística escolhido foi o programa informático SPSS (13-14, 16-17).

CONFLITO DE INTERESES

Devido à natureza do presente estudo, não se registaram conflitos de interesse no decorrer do desenvolvimento deste estudo.

CONCLUSÃO

Na sua maioria, a metodologia utilizada nos artigos analisados segue uma linha linear e similar. Independentemente da metodologia utilizada, os métodos escolhidos pelos investigadores devem ter em conta o tempo, os recursos disponíveis para a sua implementação, os objetivos delineados e o melhor meio para obter os resultados que permitam compreender o fenómeno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pocinho M. Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lisboa: LIDEL; 2012.
2. Burns N, Grove S. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. 5ª Ed. United States of America: Elsevier; 2005.
3. Gauthier B. Investigação Social da Problemática à Colheita de Dados. 3ª Ed. Loures: Lusociência; 2003.
4. Polit D, Hungler B. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. Hicks C. Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos: Concepção de projetos de aplicação e análise. 3ª Ed. Loures: Lusociência; 2006.
6. Bento A. As Etapas Do Processo

De Investigação: Do Título Às Referências Bibliográficas. 1ª Ed. Funchal: Coleção Ideias em Prática; 2011.

7. Azevedo C, Azevedo A. Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos. 6ª Ed. Lisboa: UCE; 2003.

8. Marconi M, Lakatos E. Técnicas de Pesquisa. 7ª Ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.

9. Hill M, Hill A. Investigação por Questionário. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2002.

10. Cope D. Analysis and Use of Different Research Review Approaches in Nursing. *Oncology Nurs Forum* 2014;41(2):207-208.

11. Kowalczyk N, Truluck C. Literature Reviews and Systematic Reviews: What Is the Difference?. *Radiologic Technology* Nov/Dec 2013;85(2):219-222.

12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097.

13. Petzäll K, Tällberg J, Lundin T, Suserud B. Threats and Violence in the Swedish Pre-Hospital Emergency Care. *Int Emerg Nurs* 2011;19(1):5-11.

14. Mroczek B, Mormul J, Kotwas A, Szkup M, Kurpas D. Patient aggression towards health care professionals. *Prog Health Sci* 2014;4(2):67-74.

15. Bigham B, Drennan I, Dainty K, Tavares W, Jensen J, Saleem H, Munro G. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: A mixed-methods cross-sectional survey. *Prehospital Emergency Care* 2014;18(4):489-494.

16. Gabrovec B. The prevalence of violence directed at paramedic services personnel. *Obzornik Zdravstvene Nege* 2015;49(4):284-294.

17. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini A, Gómez M, Cerdeira J. Psychological Consequences of Aggressions in Pre-hospital Emergency Care: Differences According to Type and Frequency of Violence. *International J Nurs Studies* 2015;52(1):260-270.

18. Deniz T, Saygun M, Eroğlu O, Ülger H, Azapoğlu B. Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff. *Turk J Med Sci* 2016;46:296-302.

19. Oliver A, Levine R. Workplace Violence: A Survey of Nationally Registered Emergency Medical Services Professionals. *Epidemiology Research International* 2015.

20. Pozzi C, Crest C. Exposure of prehospital providers to violence and abuse. *J Emerg Nurs* 1998;24(4):320-323.

21. Mock E, Wrenn K, Wright S, Eustis T, Slovis C. Prospective Field Study of Violence in Emergency Medical Services Calls. *Annals of Emerg Med* 1994;32(1):33-36.

22. Suserud B-O, Blomquist M, Johansson I. Experiences of Threats and Violence in The Swedish Ambulance Service. *Accident and Emergency Nursing* 2002;10:127-135.

23. Mechem C, Dickinson E, Shofer F, Jaslow D. Injuries From Assaults On Paramedics And Firefighters In An Urban Emergency Medical Services System. *Prehosp Emerg Care* 2002;6:396-401.

24. Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J* 2007;24:760-763.

25. Koritsas S, Boyle M, Coles J. Factors associated with workplace violence in paramedics. *Prehosp Disaster Med* 2009;24(5):417-421.

26. Rahmani A, Hassankhani H, Mills J, Dadashzadeh A. Exposure of Iranian emergency medical technicians to workplace violence: A cross-sectional analysis. *Emerg Med Australasia* 2012;24:105-110.

27. Minnie L, Goodman S, Wallis L. Exposure to daily trauma: The experiences and coping mechanism of Emergency Medical Personnel. A cross-sectional study. *African Journal of Emergency Medicine* 2015;5:12-18.

28. Raosoft. Sample Size Calculator. Disponível em: <http://www.raosoft.com/samplesize.html> de consulta: 09 de junho de 2016.

29. Afonso A, Nunes C. Estatística e Probabilidades - Aplicações e Soluções em SPSS. Lisboa: Escolar Editora; 2011.

30. Pereira A. SPSS - Guia prático de utilização. 5ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2004.

Anexo I - Tabela 1: Resumo dos artigos consultados

Ano	País	Título	Autor	Quem investiga?	Revista	Método	Amostra tipo, tamanho, gênero e experiência	Instrumento de colheita de dados e sua implementação	Questões éticas	Análise dos dados
2011	Suécia	Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care	Petzall K. Tallberg J. Lundin T. Suserud B-J	Enfermeiros Bombeiros Centro Pre-hospitalar	Internacional Emerg nurs	Estudo descritivo	11 Postos de emergência. Amostra de 170 (enfermeiros e paramédicos), só participaram 134 profissionais. 85 do sexo masculino e 48 do sexo feminino.	Criado novo questionário porque não havia, 24 questões fechadas e 11 questões abertas. A primeira versão analisada por um grupo de três peritos. Revisão da literatura. Amostra piloto de 5 postos de emergência.	O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Karlstad, Suécia (registro número C2007 / 451).	Software SPSS versão 16 Avaliada por um teste do qui-quadrado (Chi2).
2014	Polónia	Patient aggression towards health care professionals	Mroczek B. Mormul J. Kotwas A. Szkup M. Kurpas D.	Médicos Enfermeiros	Prog Health Sci	Estudo descritivo	201 Profissionais (158 sexo feminino e 43 sexo masculino). 116 Enfermeiros, 25 Médicos, 21 Paramédicos, 18 Segurança, 6 Psicólogos, 1 Professores, 7 Rececionistas, 7 Instrutores de Terapia ocupacional, 3 fisioterapeutas e 1 cuidador médico. Critérios de inclusão: pertencerem a uma instituição de saúde dos cuidados primários, ambulatório e Hospitais gerais e psiquiátricos.	Questionário. Implementado o questionário que abordava a exposição à agressão do paciente, que incluía as perguntas originais e com base em um estudo.	Participaram voluntariamente no estudo.	Software SPSS versão 16 Avaliada por um teste do qui-quadrado (Chi2).
2014	Canadá	Paramedic Self-Reported Exposure To Violence In The Emergency Medical Services (Ems) Workplace: A mixed-Methods Cross-Sectional Survey	Bigham B, Jensen J, Tavares W, Drennan I, Saleem H, Dainty K, Munro G	MSc, ACPF, MAHSR, PhD, ACP, BSc, PCP, BA, CCP	Prehosp Emerg Care	Estudo quantitativo, descritivo transversal Abordagem Delphi.	Amostra 1884 paramédicos, apenas 1676 profissionais responderam. Maioria era sexo masculino.	Questionário de perguntas fechadas e abertas (relatar o incidente). 5 especialistas em emergência médica que classificaram cada questão. 10% das respostas foram auditadas aleatoriamente para ver a qualidade. NOTA: instrumento de pesquisa não validado para a população.	Aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Centennial College (Toronto, Ontario) e pelo Conselho de Ética em Pesquisa Distrito Capital. Não foram oferecidas compensação ou incentivos.	Software SAS, versão 9.1 (SAS Institute, Cary, NC, EUA).

Fomte: Base de dados b-ON.

Anexo I - Tabela 1: Resumo dos artigos consultados

Ano	País	Título	Autor	Quem investiga?	Revista	Método	Amostra tipo, tamanho, gênero e experiência	Instrumento de colheita de dados e sua implementação	Questões éticas	Análise dos dados
2015	Eslovênia	The prevalence of violence directed at paramedic services personnel	Gabrovec B	Instituto Nacional de Saúde Pública	Comentários de Enfermagem	Método de pesquisa amostra não-experimental	36 Postos de emergência foram selecionados, mas só 29 participaram. Amostra de 360 profissionais, só responderam 240 profissionais. 166 do sexo masculino e 80 do sexo feminino.	Questionário, estruturado com 55 perguntas dividido por 5 seções.	Amostra era voluntária e foi assegurada a confidencialidade. Código de Ética para enfermeiras e auxiliares de enfermagem e da Declaração de Helsinki: Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos.	Programa estatístico SPSS versão 21.0 e AMOS versão 21
2015	Espanha, Madrid	Psychological Consequences of Aggressions in Pre-hospital Emergency Care: Differences According to Type and Frequency of Violence	Bernaldo-De-Quirós M, Piccini A, Gómez M, Cerdeira J.	SUMMA-112	Internacional Emerg of nurs studies	Estudo com corte transversal	70 postos de emergência. Amostra estratificada, mínimo de 1 ano de experiência. 135 Médicos, 127 Enfermeiros, 179 Técnicos de emergência. 284 do sexo masculino e 154 do sexo feminino.	Adaptação espanhola do Questionário de Saúde Geral. Adaptação espanhola do <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI). Questionário sobre agressões em serviços de saúde (<i>Questionario Sobre Agresiones en el Medio Sanitario</i>).	Aprovado por uma comissão de ética em pesquisa humana da universidade. Mensagem de texto por telemóvel e e-mail a informar sobre os objetivos. Estudo voluntário, garantia de confidencialidade.	SPSS versão 19 Avaliada por um teste do qui-quadrado (Chi ²).
2016	Turquia	Effect of exposure to violence on the development of burnout syndrome in ambulance staff	Deniz T, Saygun M, Eroğlu O, Ülger H, Azapoğlu B	Faculdade de Medicina	Turkish Journal of Medical Sciences	Estudo descritivo com corte transversal	120 Técnicos de emergência. 64 sexo masculino e 56 do sexo feminino.	Questionário MBI com 22 perguntas. Questionário sobre violência.		SPSS versão 17 Avaliada por um teste do qui-quadrado, o teste de Kruskal-Wallis, e testes de correlação durante a análise.

Fonte: Base de dados b-ON.

O LAZARETO DE LISBOA PARA CONTER A CÓLERA, A FEBRE-AMARELA E A PESTE BUBÓNICA

Paulo Joaquim Pina Queirós⁽¹⁾; Patrícia Freitas Pereira⁽²⁾; Marina Baptista Pereira⁽³⁾



Resumo

Objetivo: Conhecer as circunstâncias em que surgiu o Lazareto de Lisboa, os constrangimentos ao seu funcionamento, e o contexto em que se coloca a necessidade de enfermeiros.

Métodos: Pesquisa histórica com recurso a fontes diretas como sejam os diários das Câmaras de Deputados e de Pares do Reino, Revistas e Livros publicados no século XIX; e indiretas com textos sobre o Lazareto.

Resultados: O Lazareto surge como instituição que visa dar resposta às três epidemias vigentes na época, cólera, febre-amarela e peste bubónica, seguindo políticas de contenção que só tardiamente acompanha as novas visões higienistas. Pelas suas debilidades e incomodidade imposta a viajantes é desde cedo alvo de crítica e contestação. A “beneficiação” de passageiros e mercadorias, nem sempre foi compreendida, quer pela danificação de bens, quer pela dúvida na sua eficácia. Só tardiamente tem enfermeiros, quando evolui de simples reclusão para uma visão mais assistencial.

Conclusão: O Lazareto de Lisboa atravessa todo o século XIX como instituição de reclusão de viajantes supostamente infectados, em quarentena. A sua eficácia é desde cedo discutida e acaba por ser desativado na passagem para o século XX.

Descritores: História de Enfermagem; lazaretos; enfermagem

Abstract

EL LAZARETO DE LISBOA PARA CONTENER EL CÓLERA, LA FIEBRE AMARILLA Y LA PESTE BUBÓNICA

Objetivo: conocer las circunstancias en las que surgió el Lazareto de Lisboa, para su funcionamiento, y el contexto en el que surge la necesidad de enfermeras.

Métodos: Investigación histórica con fuentes directas como los diarios de las Cámaras de Diputados y de Pares del Reino, Revistas y Libros publicados en el siglo XIX; e indirectas con textos sobre el Lazareto.

Resultados: El Lazareto surge como institución que busca dar respuesta a las tres epidemias vigentes en la época, cólera, fiebre amarilla y peste bubónica, siguiendo políticas de contención que sólo tarda acompaña las nuevas visiones higienistas. Por sus debilidades e incomodidad impuesta a los viajeros es de ese objetivo de crítica y contestación. La “beneficiación” de pasajeros y mercancías no siempre ha sido comprendida, bien por el daño de bienes o por la duda en su eficacia. Sólo tardiamente tiene enfermeros, cuando evoluciona de simple reclusión hacia una visión más asistencial.

Conclusión: El Lazareto de Lisboa se ejecuta a través del siglo XIX, como institución de prisión viajeros supuestamente infectados, en cuarentena. Su eficacia es desde temprano discutida y acaba por ser desactivado en el paso al siglo XX.

Palabras clave: Historia de Enfermería, lazaretos; enfermería

Resumen

THE LAZARETO OF LISBON TO CONTAIN CHOLERA, YELLOW FEVER AND BUBONIC PLAGUE

Objective: To know the circumstances in which the Lazaretto of Lisbon has emerged, the constraints to its functioning, and the context in which the need for nurses arises.

Methods: Historical research using direct sources such as the diaries of the Chambers of Representatives and Kingdom Peers, Magazines and Books published in the nineteenth century; and indirect with texts about Lazareto.

Results: The Lazareto emerges as an institution that aims to respond to the three current epidemics, cholera, yellow fever and bubonic plague, following contentious policies that only belatedly accompany the new hygienist visions. For its weaknesses and discomfort imposed on travelers is the target of criticism and contestation. The “improvement” of passengers and goods has not always been understood, either by damage to property or by doubt in its effectiveness. Only late does he have nurses, when he evolves from simple confinement to a more caring vision.

Conclusion: The Lazaretto of Lisbon goes through the entire nineteenth century as an institution for the confinement of supposedly infected, quarantined travelers. Its effectiveness is discussed early and ends up being deactivated in the passage to the twentieth century.

Keywords: Nursing history, lazaretos, nursing

Submetido em janeiro 2020. Aceite em fevereiro 2020

⁽¹⁾Pós-doutoramento “Pensamento Teórico de Enfermagem”, ICBAS-Porto; PhD; Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal. Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - UICISA:E. Coordenador do Projecto Estruturante: História e Epistemologia da Saúde e Enfermagem. ORCID:0000-0003-1817-612X ; pauloqueiros@esenfc.pt

⁽²⁾Estudante do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal. Rotação de Iniciação à Investigação na UICISA:E

⁽³⁾Estudante do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal. Rotação de Iniciação à Investigação na UICISA:E

INTRODUÇÃO

Nos finais do séc. XIX a atenção sanitária internacional estava voltada para três grandes “pestilências exóticas”, a peste bubónica, a cólera e a febre-amarela. As medidas tradicionais de contenção de pessoas e mercadorias em lazaretos, mostravam-se ineficazes (Alves, 2005). Ao mesmo tempo foram surgindo outras ideias e alternativas no âmbito das novas correntes higienistas.

Foi em 1815 estabelecido o Lazareto de Lisboa na Torre Velha, por decreto governamental. Este situa-se à beira Tejo, na margem sul, em frente de Lisboa no lugar de Porto Brandão. Em 1837 o engenheiro António Joaquim Pereira é encarregue de estudar o plano geral de um novo lazareto, resultante de uma proposta do conselho de saúde do governo. O “novo” Lazareto acabou por ser só inaugurado em 1869. A planta deste edifício terá sido inspirada no modelo da arquitetura prisional do século XIX. Os pavilhões destinavam-se aos quarentenários e possuíam uma planta em “T”, eram dispostos em “leque”, de modo a unirem-se num núcleo central destinado aos serviços de apoio. O Lazareto tinha capacidade para 600 pessoas (Centro de Arqueologia de Almada, 2007).

Após 1886, o Lazareto de Lisboa, começou a ser gradualmente desativado. Em 1919, já totalmente livre, foi utilizado como estabelecimento prisional, albergando os detidos da Monarquia do Norte. Em 1928 foi instalado no Lazareto o “Asilo de 28 de Maio” que tinha como objetivo acolher raparigas desfavorecidas. A partir dos anos 40 este asilo passou a ser dirigido pelas religiosas de Maria Auxiliadora ou Salesianas de São João de Bosco. Em 1942 é entregue à Casa Pia de Lisboa, com a mesma direção religiosa. Tinha, nessa ocasião como missão o ensino profissional de artes e ofícios. Devido à queda de parte de um telhado, na sequência da qual ocorreram a morte de duas alunas, em 1958, a Casa Pia decidiu desativar o asilo. O edifício passou desde então a fazer parte da Direção-Geral do Património do Estado. (Centro de

Arqueologia de Almada, 2007),

Após o 25 de abril de 74 e devido ao regresso dos “retornados” o edifício foi ocupado, por famílias oriundas das ex-colónias portuguesas. Ocorre, em 1996, um novo acidente que atingiu duas crianças, pelo que o edifício do antigo Lazareto foi encerrado definitivamente. Hoje o edificado encontra-se em ruína. (Ministério da Cultura, IPPAR - Direção Regional de Lisboa, Processo nº DRL-DS/82/3 (102), Informação nº 517/DRL-DS/2007).

Com o renascimento, as doenças e “moléstias contagiosas” passaram a ser vistas como consequência inevitável da globalização do comércio, pelo que se optou por adquirir estratégias de defesa contra o contágio, onde se incluía, a edificação de novos hospitais e de lazaretos, de modo a isolar os portadores da doença e prevenir a propagação. Outra das medidas foi a criação de cartas de saúde. Nos portos marítimos aqueles que chegavam e as suas mercadorias eram inspecionados pelos guardas de saúde, de modo a poderem obter esta carta sanitária, que permitia circular nas estradas (Mesquita, 2015). Em 1832, a cólera, com início na Índia, assolou a Europa. Face à necessidade de atuação constituíram-se conferências internacionais com representantes de diferentes países, onde Portugal marcou presença. Nestas conferências sobressaiam opiniões, que podiam ser reunidas em dois grandes grupos. Os países que defendiam políticas de quarentena de pessoas e bens, onde se incluem os lazaretos, opção dos regimes mais conservadores, tais como França e Portugal. Os outros que defendiam a higiene e o saneamento das cidades e habitações, característico dos países mais liberais. Ao higienismo inglês, associava-se o “desinteressado” interesse económico, tão ligado à circulação de bens e pessoas (Garnel, 2009). Desde os finais da década de 70 a classe médica defendia a teoria miasmática que considerava a importância das condições climáticas ou telúricas, defendendo as medidas higienistas em oposição às medidas de contenção.

Conhecer as circunstâncias e as razões da criação do Lazareto de Lisboa torna-se relevante para a compreensão das políticas de saúde pública nascentes em Portugal durante o século XIX. Verificar as condições de funcionamento e a consciência social criada em torno da instituição permitirá uma avaliação da sua valia e eficácia na persecução dos objetivos a que se propunha. Interessamos conhecer quem são os utilizadores e os funcionários do Lazareto. Surgindo num século onde se inicia a profissionalização da enfermagem e sendo o Lazareto uma instituição de assistência importa perceber quando são introduzidos os enfermeiros.

Esta investigação tem como objetivos conhecer as circunstâncias em que surgiu o Lazareto de Lisboa, os constrangimentos ao seu funcionamento, e o contexto em que se coloca a necessidade de enfermeiros. Identificar a função e a importância desta instituição nas políticas de saúde pública e perceber a imagem social construída sobre o Lazareto de Lisboa.

METODOLOGIA

Esta investigação desenvolve-se com metodologia histórica. Inicia-se com a pesquisa e análise de fontes documentais no site da Assembleia da República Portuguesa, utilizando o descritor Lazareto de Lisboa. Pesquisou-se os diários das sessões das câmaras que funcionaram no período da Monarquia Constitucional (1821-1910), e a legislação régia do mesmo período. Após o levantamento dos documentos sensíveis ao descritor procedeu-se à sua leitura, análise e enquadramento. Complementou-se a pesquisa com a procura aberta na internet de material publicado à época, que tenha relação com o Lazareto de Lisboa. Procedeu-se ainda, quer na internet, quer em bibliotecas especializadas à seleção de material sobre lazaretos, sobre o Lazareto de Lisboa, e de forma geral sobre o período histórico em análise. Prosseguiu-se com a etapa de seleção e classificação das fontes documentais. Após leitura atenta,

fez-se o enquadramento e explicitação em função dos objetivos traçados. Consideramos que o processo de investigação histórica, possibilita a oportunidade de pesquisar o impacto da enfermagem na sociedade portuguesa (Queirós, Filho, Monteiro, Santos, & Peres, 2017). Orienta-nos os seguintes posicionamentos metodológicos: considerar três momentos da elaboração do discurso histórico, que são, “primeiro, o exame do passado através das suas marcas, depois a representação mental que desse exame resulta e por fim a produção de um texto escrito ou oral que permite comunicar com outrem.” (Mattoso, 1997, p.16). Tendo em conta, que “a cientificidade da ciência moderna da história se situaria não mais no que ela narre, mas sim descreva, analise, explique.” (Rüsen, 2001, p.119).

RESULTADOS

Da pesquisa nos diários das sessões câmaras, surgiu um vasto material disperso da seguinte forma: Cortes Gerais da Nação (CGN) - 1821-22, 2 páginas; Câmara dos Senhores Deputados da Nação (CSDN) - 1822-1910, 61 páginas; Câmara dos Pares do Reino (CPR) - 1842-1910, 26 páginas de 22 diários. No período da Monarquia Constitucional (1820-1910) funcionaram ainda, a Câmara dos Pares do Reino (1826-1836); as Cortes Gerais Extraordinárias (1837-1838) e a Câmara dos Senhores (1838-1842), nestas três câmaras, nada encontramos, com o descritor Lazareto de Lisboa.

Os dois documentos encontrados nas Cortes Gerais da Nação (1821-22), fazem referência ao primeiro guarda-fiscal do Lazareto sem acrescer em informação. A primeira referência na Câmara dos Senhores Deputados da Nação é de 1840 e a mais recente 1903. A primeira referência indica-nos que o Lazareto de Lisboa terá empregados provenientes do Conselho de Saúde nos assuntos de “polícia sanitária”, e da Alfândega para os aspectos da “parte fiscal de fazenda”. Confinado ainda à Torre Velha, os aposentos e as enfermarias

para os quarentenários, situados na parte superior, ficavam a cargo do Conselho de Saúde. Os armazéns e as casas de arrecadação e “beneficiação de géneros”, assim como outros armazéns, que estão situados na praia ficam a cargo da Alfândega. São empregados do Conselho de Saúde: o inspetor, o guarda-fiscal “interno das quarentenas”, o fiscal das beneficiações “conjuntamente com o empregado da alfândega”. A Alfândega terá no Lazareto os empregados que considerar necessários para fiscalização e beneficiação de géneros. Além destes, por proposta do Conselho de Saúde, o governo pode nomear interinamente um Médico ou Cirurgião, um Capelão e um Boticário. No entanto, caso sendo externos, podiam recolher-se no Lazareto “quando existir doença contagiosa”.

Outros temas relevantes, abordados nesta câmara, e de forma geral em todo o horizonte temporal, são: aspetos profissionais, instalações e funcionamento, política sanitária.

Dos aspetos profissionais salientam-se os assuntos: aumento de salários, gratificações, aposentações, em 1885 uma polémica com o capelão; necessidade sentida e reivindicada de mais profissionais em 1874, como seja mais um lugar de guarda-mor de saúde na estação de Belém, restabelecimento do lugar de inspetor do Lazareto e dobrar o número de guardas de saúde, com referência à necessidade de aumento dos vencimentos destes e do facultativo. A referência a enfermeiros só surge em 1880 com a criação de cinco lugares de enfermeiros e dois de enfermeiras, afirmava-se que “não há hospital sem enfermeiros” (Diário da CPR, 7 de junho de 1880, p.971). As questões relacionadas com instalações e funcionamento reportam a necessidade de melhoria do serviço clínico, da fiscalização e da administração.

Na década de 60, criticando a precariedade das instalações, “uma vergonha nacional, que ainda exista tal baiuca ou pocilga” (Diário da CSDN, 6 de agosto de 1861, p.2157) dá-se conta da necessidade de melhoria das condições de habitabilidade, de higiene, de

alimentação, do mobiliário e das roupas. Em 1867, diz-se faltar camas, o Lazareto só conta com 30 a 40 leitos. Por essa data é referido que a maior parte dos passageiros “passaram noite tormentosa sem terem onde se deitassem” (Diário da CSDN, 4 de maio de 1867, p.1026). Faltam condições para satisfazer as exigências do serviço sanitário e movimento comercial, afirmava-se em 1876. A toda esta precariedade, soma a dificuldade nas transferências dos barcos de ligação entre Lisboa e o Lazareto, passando o Tejo, e no desembarque local. Este transbordo, era feito “em fragatas que acabavam de servir carvão” (Diário da CSDN, 17 de março de 1873, p.749). Tornando-se necessário a construção de cais do porto (1873) e de um quebra-mar (1876). Em 1876 surge a autorização de aquisição de barcos para rebocar duas lanchas de transporte de quarentenários para o Lazareto e serviço das visitas de saúde e da alfândega. Todo o período é acompanhado da indicação da necessidade e efetivação de obras, a que corresponde os necessários orçamentos, sua discussão e as inevitáveis comissões de inquérito. A constatação da insuficiência de orçamento, entre outras datas, é expressiva em 1868, e em 1879, refere-se o aumento significativo do número de passageiros acarretando aumento de despesas. No que concerne à política sanitária, os senhores deputados preocuparam-se com as condições sanitárias das populações, fazem eco da Convenção Sanitária Internacional, em França, 1852, que estabelece “direitos sanitários”, que consistiam no pagamento devido por todos os navios.

Outro assunto é a eficácia do Lazareto no controlo das entradas em Portugal, pois não havia conjugação com a fiscalização dos passageiros entrados por via terrestre. Os passageiros provenientes de barcos que aportavam no norte de Espanha, ou mesmo sul de França, chegavam a Portugal sem qualquer controlo sanitário. Neste âmbito, perspetivava-se para aumentar o controlo, a criação de um lazareto no Porto e outros

na Madeira e no Faial-Açores. Em 1897, os senhores deputados referem que o Lazareto de Lisboa dá prejuízo, e sem benéficos para a saúde.

Os Pares do Reino, entre 1842 e 1910, abordaram em 22 diários o assunto Lazareto de Lisboa. Encontramos uma primeira referência a 30 de Setembro de 1844 e uma última a 6 de Maio de 1901. Os assuntos tratados são: Obras e transporte de acesso, pessoal e passageiros quarentenários. Referência a obras na Torre Velha do Lazareto em 1858. Obra de alguma envergadura, envolvendo o “número médio de operários por dia de 77” (Diário da CPR, 6 de agosto de 1858, p.1049). Em 1875 e 1876 constatamos autorizações da aquisição de barcos para o transbordo de passageiros e funcionários, e da contratação de pessoal para neles trabalharem. Referência, em 1844, à nomeação do inspetor que em 1858 recebe ordenado por inteiro, sendo que se dá conta de “ser muito importante o lugar que desempenha”. Em 1874 menciona-se o restabelecimento do lugar de inspetor, que entretanto tinha sido interrompido. Nesse ano o facultativo, segundo um projecto-de-lei terá o “encargo, além dos mais incumbidos pelos regulamentos de tratar gratuitamente os quarentenários doentes e os empregados do Lazareto, onde terá residência permanente” (Diário da CPR, 1 de abril de 1874, p.205).

No ano de 1880, são criados dois lugares de facultativos, resultantes da apreciação e aprovação, na Câmara dos Pares do Reino, de proposta de lei que determina também a criação de cinco lugares de enfermeiro e dois de enfermeiras para serviço no Hospital, tal como o já referido nos diários da outra câmara. Em relação aos guardas do Lazareto ficamos a saber que em 1874 é elevado a vinte e quatro. Em 1879 refere-se que:

“a maior affluencia de passageiros, obrigados a recolher ao lazareto impunha á administração d’este estabelecimento a obrigação de lhes proporcionar o maior numero de commodidades compatíveis com as suas condições, concorrendo por este modo

para minorar as queixas, mais ou menos fundamentadas e sempre aggravadas com a aglomeração dos quarentenários” (Diário da CPR, 21 de abril de 1879, p.709).

Pesquisando na Legislação Régia, no mesmo site, no mesmo período, surgiram 26 entradas num horizonte temporal entre 1850 e 1907 abordando os seguintes assuntos: composição da guarnição militar, regulamento da vigilância e escaler para controlo noturno; obras, constituição de comissões, sua exoneração, fiscalização e acompanhamento dos melhoramentos; tratamento e destino de bagagens; casa de pasto e cobrança do imposto real de água sobre a hospedaria; nomeações, aposentações e exonerações de inspetores, facultativos, enfermeiros e enfermeiras.

Na pesquisa livre efectuada na internet em textos coevos, encontramos os seguintes documentos:

- a publicação “No Lazareto de Lisboa” de Raphael Bordallo Pinheiro de 1881, editado por Empreza Litteraria Luso-Brazileira – Editora. Bordallo Pinheiro quando regressava do Brasil foi detido no Lazareto de Lisboa por suspeita de febre-amarela. Na sua descrição do Lazareto relata condições precárias relativamente ao transporte para o lazareto, ao alojamento e à comida que lhe era servida. “A peça de luxo, a melhor peça de architectura do edificio. No vão interior d’esta escada é a hygienica sala de jantar da 3.^a classe.” (p. 34).

- “Lazareto de Lisboa” de Antonio Frazão, Semanário Illustrado Branco e Negro, nº 60, Lisboa, 23 de maio de 1897, p. 113-118. António Frazão, empregado do Lazareto de Lisboa, descreve em pormenor a estrutura e aspectos relacionados com a sua organização. Salienta o talento e a competência do Dr. António Homem de Vasconcellos inspetor do Lazareto desde 1879, e seu patrão.

- “Viagem dos Imperadores do Brasil em Portugal” de José Alberto Corte Real; Manuel Antonio da Silva Rocha; Augusto Mendes Simões de Castro, em 1872. Coimbra: Imprensa da Universidade. Dão-nos conta da chegada ao porto de Lisboa dos Imperadores

do Brasil em 1871 e o seu acolhimento no Lazareto de Lisboa, onde estiveram em quarentena durante oito dias junto dos restantes companheiros de viagem, por opção, afirmando “aqui não sou mais do que Pedro de Bragança” (p.13). No Lazareto, o Imperador, foi visitado por muitas pessoas importantes de Portugal. Relata-se: “A alguém com quem conversava, disse Sua Majestade: «Há um certo prazer em estar aqui encarcerado em nome da saúde d’uma população de 300.000 pessoas, que eu estimo»” (p.17).

- Howard, Joaõ. (1800) “Historia dos Principaes Lazaretos d’Europa, Acompanhada de diferentes memorias sobre a peste, etc.” Lisboa: Typographia Chalcographica, e Litteraria do Arco do Cego. Obra onde é caracterizada as instituições de acolhimento de quarentenários e informado da visita do autor à europa, inteirando-se dos principais Lazaretos existentes. Informa das condições estruturais de isolamentos e das condições de acomodação dos passageiros. Propõe, com base nas suas observações, um regulamento ideal e discute questões de saúde sobre a peste e contágios.

- “História das instituições de beneficencia publica em Portugal” de Victor Ribeiro, publicado no periódico de Coimbra “O Instituto”, no ano 1907. O autor, enquadra o Lazareto nas instituições quarentenárias europeias, e dá nota de uma construção que terá sido os primórdios de um Lazareto junto à Torre Velha, no tempo de D. João II (1490) e sua posterior transferência para monte sobranceiro ao castelo, em 1867 a 69, com a construção de um vasto edificio, “para remediar os péssimos alojamentos que alli podiam oferecer-se aos quarentenários...” (p.549).

DISCUSSÃO

Em 1800, João Howard, na História dos Principais Lazaretos da Europa, refere:

“Pelos minhas indagações fiquei inteiramente convencido, que seria da maior importância para este paiz o estabelecer

Lazaretos bem dispostos, e isso pelas razões commerciaes, de que eu dantes não tinha a menor idéa.” (Howard, 1880, p.5).

O Lazareto de Lisboa foi construído em local isolado, de difícil acesso, nas proximidades de Lisboa, com o fim de servir de quarentena à pessoas e mercadorias vindas de barco. Visava-se para além da quarentena em isolamento, precaver as fugas, a instituição era vigiada. A este propósito é expressiva a descrição de Bordallo Pinheiro: “... ao pousar o pé no torrão natal, no momento de estender os braços á imagem querida da pátria, em vez de ser apertado pelos braços amigos, fui apertado pelos guardas de saúde e metido no Lazareto” (Pinheiro, 1881, p.9). E, mais à frente, escreve, “pago e sigo como condenado que recolhe do exilio” (Pinheiro, 1881, p.27).

As instalações precárias, só tardiamente, na entrada no último quartel do século XIX, foram alvo de obras significativas. Estas corresponderam também a um período de aumento de utilizadores, viajantes que procuravam entrar em Portugal. Em 1876 discute-se na Câmara dos Pares do Reino autorização de verbas para “... a construção de um quebramar fluctuante para abrigo do porto do lazareto de Lisboa, e de uma ponte para facilitar o embarque e desembarque de passageiros e mercadorias n’aquelle lugar” (Diário da CPR de 28 de março de 1867, p.315), e na mesma Câmara, a 25 de janeiro, do mesmo ano, orçamentava-se para a compra de duas lanchas e um vapor.

Já em 1880, Howard, nos dava conta que:

“as quarentenas dos passageiros, que vem com hum despacho bruto, isto he, huma certidão de falta de saúde, ... , he de 31 dias compreendendo o dia da partida. Se se recebe a noticia de se ter manifestado a peste no lugar, de onde eles vem com hum despacho limpo depois da sua partida, esse despacho limpo não lhe serve mais de nada, eles são obrigados então a estarem fechados quinze dias, e tomarem fomigações, antes de sahirem dos seus quartos, e entrarem a comunicar-se.” (Howard, 1880, p.10).

O tratamento de bagagens e de pessoas, com a designação de beneficiação, visava a desinfecção e criar uma barreira à contaminação. Criticamente Bordallo Pinheiro refere “Procede-se á beneficiação das bagagens ... em beneficio do fisco” (Pinheiro, 1881, p.32). No entanto o processo também era criticado pela danificação de bens e bagagens, resultante do manuseio e dos produtos utilizados no processo de beneficiação.

As acomodações eram deficientes, e as condições de estadia penosas e dispendiosas. Em relação aos alimentos diz-se: “Em vez de dentes são necessárias picaretas” (Pinheiro, 1881, p.36). Sendo que, para quem tinha recursos, o uso de expedientes vários, para amenizar a temporada de contenção, tornava-se onerosa: “...os quarentenarios ... são beneficiados pelos fâmulos, - mediante esportula” (Pinheiro, 1881, p.35). E mais à frente, na mesma obra; “O resto do dinheiro distribuído pelo capelão, pela alfandega, pelos fiscaes, pelos barqueiros e pelos mendigos” (Pinheiro, 1881, p.35).

Aos poucos, ao longo das décadas do século XIX, a visão da instituição Lazareto foi evoluindo das medidas de contenção, para medidas mais ativas de intervenção com a aquisição modernos de equipamentos de desinfecção, e atribuição de espaços dedicados a hospital. Frazão refere: “...estufas para desinfecção de bagagens pelo ácido sulfuroso, as de Genese & Herscher para desinfecção pelo calor, e as ventoinhas aplicadas nas beneficiações por ventilação mecânica” (Frazão, 1897, p.114). No mesmo artigo, o mesmo autor, faz referência positiva, numa época em que já são muitas as críticas, nos seguintes termos:

“A enfermaria de doenças suspeitas, a que também dão o nome de hospital, acha se completamente isolada das outras dependências do estabelecimento. É um edificio que satisfaz cabalmente ao fim a que é destinado.” (Frazão, 1897, p.115).

É nesse sentido que já anteriormente se estabelecia a afetação de facultativos

residentes e se torna necessária a contratação de enfermeiros e enfermeiras. Em 1874, “O facultativo dos impedimentos no lazareto de Lisboa ... com o encargo, alem dos mais que lhe incumbirem pelos regulamentos, de tratar gratuitamente os quarentenários doentes e empregados do lazareto, onde terá residência permanente.” (Diário da CPR, de 1 de abril de 1874, p.205).

Com o desenvolvimento epidemiológico e microbiológico as medidas tradicionais de prevenção, que passam pelas quarentenas, misturando pessoas não infetadas com infetadas, foram consideradas por si só, focos infeciosos e de insalubridade. Outras visões, e outras práticas, começam a surgir fruto do avanço, embora lento, das ciências. Acrescentar que, em Portugal continental, apenas o porto de Lisboa tinha Lazareto, o que implicava, que os barcos com destino ao Porto com carta de suspeitos tinham de fazer quarentena em Lisboa ou em Vigo, trazendo consequências para as relações comerciais.

Com o passar do tempo, Inglaterra, França e Espanha desativaram os seus lazaretos e passaram a tomar medidas sanitárias mais leves, com outras práticas, só colocando em isolamento os que eram considerados doentes. “O nosso lazareto tornou-se alvo do ridículo pela imprensa e foi considerado com um factor do desvio dos brasileiros em viagem à Europa da rota de Lisboa” (Alves, 2005, p. 16).

“(...) outros como Ramalho Ortigão, acusava o Lazareto de lançar o descrédito sobre o país, de afastar de Lisboa os viajantes ricos sul-americanos e de criar a animosidade do espírito brasileiro contra Portugal, pois negava-se em Lisboa a livre prática «durante todo ano», impedindo-se o livre desembarque no primeiro porto da Europa, incluindo o período de Maio a Novembro, durante o qual era excelente o estado sanitário em todo o Brasil” (Pina citado por Alves 2005, p. 17).

Só na viragem para o século XX, o Rio de Janeiro ultrapassou o estigma da febre-amarela, mercê do trabalho do sanitarista Oswaldo Cruz que, enquanto Director-Geral

da Saúde Pública, organizou uma campanha específica, reorganizando a autoridade sanitária e estabelecendo medidas rigorosas contra a insalubridade: obrigou à demolição e reforma de edifícios, criou as brigadas mata-mosquitos, saneou caixas de água e esgotos, expurgou casas através da queima de soluções à base de enxofre como forma de acabar com os mosquitos e suas larvas. A febre-amarela foi apenas uma das campanhas de Osvaldo Cruz, a par de outras contra a peste bubónica, com a desratização, e varíola, obrigando à vacinação (Alves, 2005).

Em Portugal, coube a Ricardo Jorge, um papel particular neste processo de realizar a transição sanitária, com contributos ao nível de doutrina e da ação. A sua perspetiva pode delinear-se a partir das críticas lançadas nas célebres conferências de 1884 (reunidas em Higiene Social e Aplicada à Nação Portuguesa) por ocasião da ameaça de cólera, que, grassando em França e Espanha, poupou Portugal, o que muitos atribuíram ao cordão sanitário colocado na fronteira. Ricardo Jorge indignou-se perante as posições administrativas, criticou a hibernação da higiene oficial que se alvoraçava perante a ameaça do micróbio externo e não se movia perante os «micróbios da casa – os variólicos, os tíficos, os tuberculosos, em legião destruidora permanente» (Jorge, 1885 citado em Alves, 2005, p.19)

Nesta teoria surgia ainda o estigma para com a população mais à margem da sociedade, que eram considerados mais suscetíveis ao adoecer pelas fracas condições de higiene e comportamentos reprobatórios. É desta perspetiva que surge a necessidade de quarentena das pessoas e dos materiais. As seguintes citações, ilustram essa perspetiva, o isolamento “é um dos melhores preservativos” e que “quarentenas e lazaretos são as melhores armas que se pode dispor” (Garnel, 2009, p.235). Repare-se que só em 1883, com a descoberta de Koch, se soube que agente patogénico era uma bactéria. Ainda assim as medidas tomadas, só passaram a ser coerentes

com esta descoberta, no início do século XX. (Garnel, 2009).

Enquanto medida de saúde pública, foi implementada a classificação dos portos estrangeiros, como limpos, suspeitos, ou sujos, consoante o grau de infeção de cólera ou febre-amarela, o que implicava diferentes períodos de quarentena. Em 1885 em Espanha, a Andaluzia e a Galiza foram consideradas sujas, pelo que Portugal, devido à proximidade, teve que intervir. Foi montado um Lazareto no Porto, de modo a que nenhum barco podia chegar à cidade sem passar pelo referido estabelecimento. Ainda assim, através do rio Douro a cólera chegou a Portugal (Almeida, 2011). Refira-se no entanto, que estas medidas de quarentena, eram perspetivadas como “um verdadeiro atentado à liberdade do comércio” e “medidas ineptas, que muito prejudicam o público, e especialmente a classe comercial” (O Comércio, 16 maio, 1855, p.2, citado por Almeida, 2011, p.1063).

A imagem do Lazareto junto das populações, sobretudo dos viajantes, nunca foi edificante. Há medida que se percebe a ineficácia das medidas de contenção em detrimento de políticas higienistas, as vozes críticas acentuam-se e tornam visível o ridículo da sua existência. Expressivamente, sintetiza Raphael Bordallo Pinheiro: “O Lazareto entretanto continua a ser uma penitenciária que prende tudo – menos a febre amarela” (Pinheiro, 1881, p.56).

CONCLUSÃO

O Lazareto de Lisboa, surge-nos como uma instituição que atravessa todo o século XIX com funções assistenciais de contenção das pestilências, mas que tem antecedentes, recuados à época medieval, beneficiando das experiências de instituições com fins semelhantes.

O Lazareto de Lisboa foi criado no âmbito de políticas sanitárias de isolamento e contenção, como resposta às três epidemias vigentes na época, cólera, febre-amarela e peste bubónica. O desenho do plano arquitetónico do edificado,

panóptico, significativamente aproxima-se das soluções de outras instituições carcerárias.

O Lazareto de Lisboa foi construído em local afastado da cidade, isolado e de difícil acesso, o que fazendo jus à sua função, não deixa de afetar a sua eficácia pelos transtornos sobretudo na acessibilidade. Na organização, o Lazareto começou por ser sobretudo local de reclusão, para adquirir aos poucos a dimensão assistencial. Dimensão que vai ganhando espaço e importância à medida que caminhamos para o final do século XIX, relativamente à função de simples contenção. Os enfermeiros surgem tardiamente no Lazareto, mas a acompanhar, quer o movimento significativo, em Portugal, da afirmação da presença de enfermeiros nas instituições, - um dos sinais do longo período de profissionalização -, quer a acompanhar a modificação das políticas sanitárias, com a passagem da contenção para o higienismo.

O Lazareto de Lisboa espelha tardiamente e acompanha as políticas sanitárias higienistas, tais como as que foram bem expressas, com obra feita, no Brasil com Osvaldo Cruz e em Portugal por Ricardo Jorge.

O Lazareto de Lisboa tardou a ser desactivado, persistindo como elemento simbólico, de resistência à modernidade higienista, mantendo visões atávicas, em relação à circulação de pessoas, de bens e ao livre comércio. Isto, apesar da forte crítica social à sua verdadeira eficácia, ao seu funcionamento, em suma ao ridículo da persistência na sua existência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diários dos Debates Parlamentares na Monarquia Constitucional (1820-1910), acedido no site da Assembleia da República, em <http://debates.parlamento.pt/catalogo/mc>.

Frazão, A. (1897). Lazareto de Lisboa. *Semanário Ilustrado Branco e Negro*, 60, p.113-118.

Howard, J. (1800). *Historia dos Principaes Lazaretos d'Europa, Acompanhada de diferentes memorias sobre a peste, etc.* Lisboa: Typographia Chalcographica, e Litteraria do Arco do Cego.

Legislação Régia na Monarquia Constitucional (1820-1910), acedido no site da Assembleia da República. Acedido em: <http://legislacaoregia.parlamento.pt/Pesquisa/Default.aspx?ts=1>

Pinheiro, R. B. (1881). *No Lazareto de Lisboa*. Lisboa: Empreza Litteraria Luso-Brazileira – Editora.

Real, J.A.C.; Rocha, M.A.S. Castro, A.M.S.(1872). *Viagem dos Imperadores do Brasil em Portugal*. Coimbra: Imprensa da Universidade

Ribeiro, V. (1907). *História das instituições de beneficencia publica em Portugal*. Coimbra: O Instituto.

Bibliografia:

Almeida, M. A. P. (2011). A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 18 (4), p.1057-1071.

Alves, J. F. A. (2005). Emigração e sanitarismo – Porto e Brasil no século XIX. *Ler História*, 48, p.141-156.

Centro de Arqueologia de Almada (2007). *Porto Brandão a Terra e o Tejo*. Acedido em: <https://www.google.com/search?q=Porto+Brand%C3%A3o+a+Terra+e+o+Tejo.+&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>

Garnel, R. (2009). Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus), *Coimbra: Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 9, p.229-251.

Mattoso, J. (1997). *A Escrita da história: Teoria e métodos*. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa.

Mesquita, J.C.V. (2015). Para a história da saúde no Algarve. As epidemias de cólera-mórbus no século XIX. *Revista do Arquivo Municipal de Loulé*, 15, p.101-134.

Ministério da Cultura, IPPAR (2007). *Direcção Regional de Lisboa, Processo nº DRL-DS/82/3(102), Informação nº 517/DRL-DS/2007*.

Queirós, P., Filho, A., Monteiro, A., Santos, T., & Peres, M. (2017). Debates parlamentares em Portugal de 1821 a 1910: Identificação de fontes para a história da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, 21(1), 1-6. doi: 10.5935/1414-8145.20170006

Rüsen, J. (2001). *Razão histórica*. Brasília, Brasil: Editora Universidade de Brasília.

EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA-HOSPITALAR: IMPACTO NO DOENTE CRÍTICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Bruno Parra⁽¹⁾; Isabel Santana⁽¹⁾; Luísa Sanhudo⁽¹⁾; Pedro Luís⁽¹⁾
Co-autores: C. Simões⁽²⁾; N. Araújo⁽²⁾



Resumo

OEnquadramento: A criação e implementação da EEMI, como menciona a circular normativa n.º 15 da Direção Geral de Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2010), visa melhorar o reconhecimento e a resposta ao doente crítico, com o objetivo de reduzir a incidência de PCR, tempo de internamento e mortalidade hospitalar total. Esta é precedida por sinais de instabilidade em 80% dos casos, realçando desta forma, a importância desta equipa.

Objetivo: Descrever cientificamente qual o impacto de uma EEMI.

Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que pretende sintetizar a evidência sobre o impacto da existência de uma EEMI no doente crítico. Esta revisão baseou-se na estratégia PICO. A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE através do motor de busca PubMed e SCIELO realizada nos dias 1 e 15 do mês de Março de 2018. Consideraram-se como critérios de inclusão artigos de fonte primária com menos de 10 anos; artigos em língua portuguesa e inglesa; artigos referentes, exclusivamente, a adultos; artigos em full text; utilização de pelo menos dois descritores.

Conclusão: Após a análise de 6 artigos selecionados, concluímos que realidades diferentes tendo em conta a área geográfica, a distância entre si e os diferentes sistemas de saúde atestam que a existência de uma EEMI promove em qualquer contexto a redução da incidência de PCR com valores entre 31,1% e 52%, diminuição da taxa de mortalidade hospitalar com valores compreendidos entre 3,6% e 15% e o tempo de internamento em 0,69 dias de internamento por doente.

Palavras-chave: Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais; Cuidados Críticos; Mortalidade; Unidades de Internação.

Abstract

EQUIPO INTRAHOSPITALARIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS - IMPACTO EN LOS ENFERMOS CRÍTICOS: UNA REVISIÓN DE LITERATURA SISTEMÁTICA

Marco contextual: La creación e implementación de un Equipo Médico de Emergencia Intrahospitalaria, como menciona el reglamento circular No. 15 de Dirección Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2010) tiene por objetivo mejorar el reconocimiento y la respuesta al enfermo crítico, con la finalidad de reducir la incidencia de PCR (Paro Cardiorrespiratorio), tiempo de hospitalización y mortalidad hospitalaria total. Esta va precedida de signos de inestabilidad en el 80% de los casos, destacando así la importancia de este equipo.

Objetivos: Describir científicamente el impacto de un Equipo Médico de Emergencia Intrahospitalaria.

Metodología: Se trata de una revisión sistemática de la literatura de acuerdo con la metodología PICO. La recogida de datos se llevó a cabo en las bases de datos de MEDLINE a través del motor de búsqueda PubMed y Scielo realizada en los días 1 y 15 de marzo de 2018. Se consideraron como criterios de inclusión artículos de fuente primaria de los últimos 10 años; artículos en portugués e inglés; artículos referentes, exclusivamente, a adultos; artículos en full text; utilización de por lo menos 2 descriptores.

Conclusión: Después del análisis de 6 artículos seleccionados, llegamos a la conclusión que realidades diferentes, considerando áreas geográficas, distancia entre ellas y sistemas de salud, demuestran que la existencia de un Equipo Médico de Emergencia Intrahospitalaria contribuye, en cualquier contexto, a la reducción de la incidencia de PCR con valores entre el 31,1% y el 52%, disminución de la tasa de mortalidad hospitalaria con valores entre el 3,6% y el 15% y el tiempo de hospitalización en 0,069 días de hospitalización por enfermo.

Palabras clave: Equipo de Respuesta Rápida Hospitalaria; Cuidados Críticos; Mortalidad; Unidades de Hospitalización

Resumen

INTRAHOSPITAL MEDICAL EMERGENCY TEAM - IMPACT ON THE CRITICAL SICK: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

Background: The creation and implementation of an Intra-Hospital Medical Emergency Team, as mentioned in the Regulatory Circular No. 15 of Direção Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2010) has the objective of improving recognition and the response to the critical patient, with the aim of reducing the incidence of cardiac arrest (PCR), length of hospitalization and total hospital mortality. This is preceded by signs of instability in 80% of cases, highlighting the importance of this team.

Objectives: Describe scientifically the impact of an Intra-Hospital Medical Emergency Team.

Methodology: This is a systematic review of the literature according to the PICO methodology. Data collection was carried out in the MEDLINE databases through the PubMed and Scielo search engines on March 1 and 15, 2018. Inclusion criteria were primary articles from the last 10 years; articles in Portuguese and English; articles referring, exclusively, to adults; articles in full text; use of at least 2 descriptors.

Conclusion: After the analysis of 6 selected articles, we reached the conclusion that different realities, considering geographical areas, distance between them and health systems, demonstrate that the existence of an Intra-Hospital Medical Emergency Team contributes, in any context, to the reduction of the incidence of cardiac arrest with values between 31.1% and 52%, decrease of hospital mortality rate with values between 3.6% and 15% and length of hospitalization in 0.069 days of hospitalization per patient.

Palabras clave: Equipo de Respuesta Rápida Hospitalaria; Cuidados Críticos; Mortalidad; Unidades de Hospitalización

Keywords: Hospital Rapid Response Team; Critical Care; Mortality; Hospitalisation Units

Submetido em janeiro 2020. Aceite em janeiro 2020.

⁽¹⁾Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTS

⁽²⁾Professora do Departamento das Ciências da Saúde da ESSVA

Introdução

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica têm vindo a constituir uma temática à qual é dada cada vez maior importância.

Para a ordem dos enfermeiros, a pessoa em situação crítica “[...] é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Diário da República, 2.^a série — N.º 35, 2011).

É importante refletir sobre as situações de emergência que ocorrem em ambiente intra-hospitalar, assim, é necessário criar equipas diferenciadas, com formação adequada para uma intervenção mais eficaz, visto que a segurança da pessoa é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Ministério da Saúde, 2018).

O conceito de equipa foi expandido ao longo dos tempos, principalmente na Austrália pelos médicos de cuidados intensivos, desde 1990. Estudos seguintes salientam que os eventos críticos na pessoa não eram repentinos, mas sim anunciados por instabilidade hemodinâmica e respiratória que careciam de atenção (Devita, 2011).

Segundo (Mendes, 2009), uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade das pessoas internadas, que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda nas horas que antecedem a Paragem Cardiorrespiratória (PCR). Assim, este evento é precedido por sinais de instabilidade em 80% dos casos, realçando desta forma, a importância de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) (Quach et al, 2008).

A DGS emitiu uma normativa circular, em 2010, que recomenda a criação e implementação de uma EEMI em todos os hospitais do sistema nacional de saúde, para dar resposta aos eventos críticos e resolver a existência de uma variabilidade da taxa de mortalidade durante a noite e dias de fim-de-

semana (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

A criação e consequente implementação da EEMI visa melhorar o reconhecimento e a resposta ao agravamento da pessoa no internamento, com o objetivo de reduzir a incidência de PCR, tempo de internamento e mortalidade hospitalar total (Mendes, 2009). Esta equipa deve dar resposta a todo o universo hospitalar incluindo, para além da pessoa internada, os utentes das consultas, os visitantes e os próprios profissionais de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

No decorrer da nossa atividade profissional, deparamo-nos com a inexistência de uma EEMI. Assim, para compreendermos o impacto que uma EEMI tem no *outcome* da pessoa, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com o intuito de perceber os resultados que advêm da sua existência.

Deste modo, esta revisão procura dar resposta à seguinte questão: “Qual o impacto da existência da equipa de emergência médica intra-hospitalar no doente crítico?”. Tendo como objetivos: descrever cientificamente qual o impacto de uma EEMI no doente crítico; conhecer se existe relação entre o prognóstico do doente crítico e a existência de uma EEMI; conhecer a relação entre a taxa de mortalidade hospitalar com a existência da EEMI; conhecer se existe relação entre o tempo de internamento do doente crítico e a existência de uma EEMI.

Metodologia

Num problema de investigação, a revisão da literatura procura analisar alguns conceitos que se revelam de essencial importância para que se possa compreender o estudo em questão.

A presente revisão sistemática da literatura segue a metodologia *Population, Intervention, Comparison e Outcomes* (PICO), com o objetivo de potenciar o sucesso e evitar a omissão de estudos importantes. Definimos como população alvo os indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos; como intervenção o impacto da EEMI; a

comparação não existe neste estudo e o outcome a diminuição da mortalidade, tempo de internamento e PCR/sobrevivência. Consideraram-se como critérios de inclusão artigos de fonte primária com menos de 10 anos; artigos em língua portuguesa e inglesa; artigos referentes, exclusivamente, a adultos; artigos em *full text*; utilização de pelo menos dois descritores. Para seleção dos artigos, foi realizada uma consulta em duas bases de dados, a Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) através do motor de busca *PubMed* e a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A pesquisa decorreu entre os dias 1 e 15 do mês de Março de 2018 e todos os artigos, consultados nas diferentes bases de dados, tinham pelo menos dois descritores em comum: *hospital rapid response team*; *critical care*; *mortality*; *inpatient care units*. Estes descritores foram previamente validados na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Foram utilizadas várias formas de pesquisa: *“hospital rapid response team and critical care”*, *“hospital rapid response team and inpatient care units”*, *“hospital rapid*

response team and mortality”, *“hospital rapid response team and critical care and mortality and inpatient care Units”*, *“hospital rapid response team and mortality”* e *“hospital rapid response team and inpatient care Units”*, obtendo-se praticamente os mesmos resultados.

Conforme sugerido por Vilelas (Vilelas, 2009) procedeu-se à aplicação do teste de evidência para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Este é constituído por um conjunto de seis questões de interesse, de acordo com as quais os estudos selecionados serão ou não incluídos na revisão sistemática da literatura.

A partir desta fase, para aumentar a confiabilidade e transparência do processo de seleção, incluiu-se outro investigador para avaliar a qualidade metodológica de cada artigo.

Resultados

O processo de seleção dos artigos encontra-se esquematizado abaixo, num diagrama que traduz a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão aplicados nesta pesquisa:

Figura 1 – Processo de seleção dos estudos

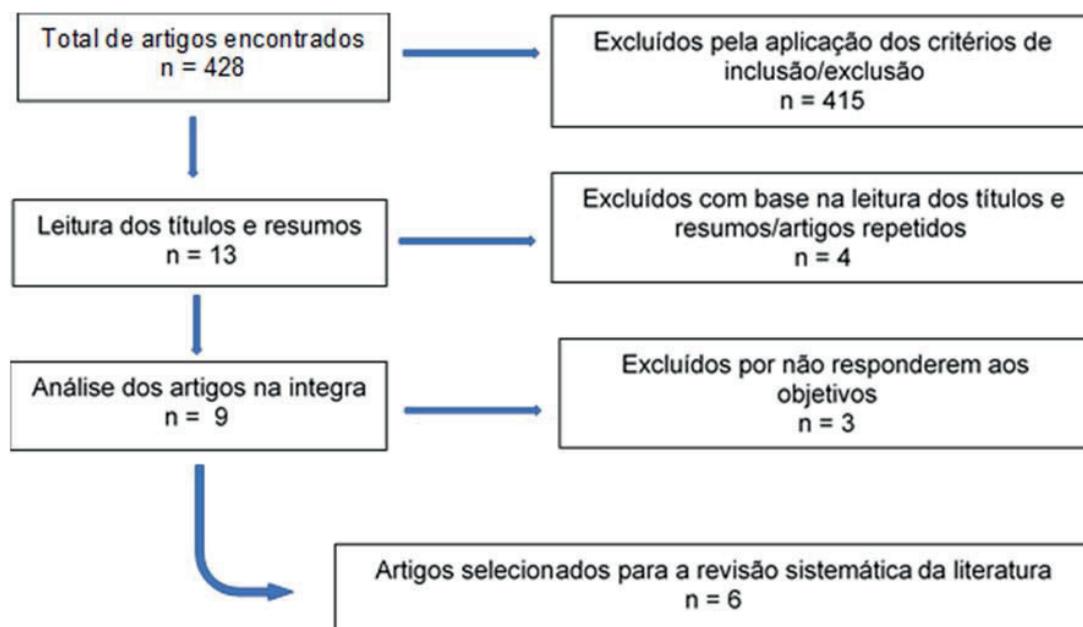


Tabela 1 - Síntese dos estudos selecionados

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes/ Amostra	Objetivo geral
<p>Título: <i>Medical Emergency Team: How do we play when we stay? Characterization of MET actions at the scene.</i></p> <p>Autores, ano e país: Silva, R.; Saraiva, M.; Cardoso, T.; Aragão, C. (2016) Portugal</p>	<p>Estudo Coorte retrospectivo</p>	<p>600 Camas hospitalares, num hospital do norte de Portugal, durante 2 anos.</p>	<p>Caracterizar as intervenções da EEMI e o resultado imediato para o doente.</p>
<p>Houve 551 ativações da EEMI, sendo que 389 (79%) eram doentes internados e 122 (24%) utentes que se encontravam na instituição, mas não internados (funcionários, consulta externa, visitas). A taxa de ativação da EEMI foi de 8,6 / 1000 doentes internados: 11,5/1000 doentes internados na medicina e 6,1/1000 doentes internados na cirurgia.</p> <p>No final da intervenção da EEMI, 73 (18,7%) doentes morreram no local, 190 (60,7%) permaneceram nas enfermarias e os restantes 123 doentes foram transferidos para um nível superior de cuidados.</p> <p>A ativação da EEMI por PCR (n = 68) correspondeu a uma taxa de mortalidade hospitalar de 88% (n = 60); destes 28 (41,1%) foi decidido cuidados paliativos.</p> <p>A taxa média de mortalidade hospitalar nos três anos anteriores à implementação da EEMI (2008-2010) foi de 4,1% e nos três anos seguintes, 3,6% (2011-2013).</p> <p>No momento da alta, 182 doentes dos que foram observados pela EEMI, foram registados como vivos.</p> <p>Após a implementação da EEMI houve uma diminuição significativa da mortalidade hospitalar.</p>			

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes/ Amostra	Objetivo geral
<p>Título: <i>Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida</i></p> <p>Autores, ano e país: Gonçales, P.D.S.; Polessi, J. A.; Bass, L.M.; Santos, G.P.D.; Yokota; P.K.O.; Laselva, C.R.; Junior, C.F.; Neto, M. C.; Estanislao M.; Teich, V.; Sardenberg, C. (2012) Brasil</p>	Análise retrospectiva	Doentes internados entre Agosto de 2005 e Setembro de 2008 (19 meses antes e 19 meses após da implementação da EEMI) no Hospital Israelita Albert Einstein.	Avaliar o impacto da implementação de uma EEMI nas PCRs, na mortalidade associada à PCR e na mortalidade hospitalar, de um hospital geral, de alta complexidade.
<p>Resultados: No período analisado, foram registadas 82.829 altas hospitalares, sendo 40.033 nos 19 meses anteriores à implementação e 42.796 nos 19 meses subsequentes. No período antes da existência da EEMI, observaram-se 3,54 eventos de PCR/1.000 altas e 16,27 mortes/1.000 altas. Após a sua implementação, constatou-se uma redução no número de PCRs e taxa de mortalidade hospitalar: respetivamente 1,69 eventos de PCR/1.000 altas (diminuição de 52%) e 14,34 mortes/1.000 altas (diminuição de 12%). De realçar a diminuição do número de mortes associadas à PCR (66%) após existência desta equipa.</p> <p>Estimou-se que, no período de Março de 2007 a Setembro de 2008, a EEMI salvou provavelmente 67 vidas.</p>			

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes/ Amostra	Objetivo geral
<p>Título: <i>The Extended Rapid Response System: 1-Year Experience in a University Hospital</i></p> <p>Autores, ano e país:</p> <p>Kwak, H. J.; Yun, I.; Kim, S.; Sohn, J. W. Shin, D. H.; Yoon, H. J.; Kim, G.; Lee, T. Y.; Park, S. S.; Lim, Y. (2014)</p> <p>Coreia do Sul</p>	<p>Estudo prospectivo e observacional</p>	<p>2.722 Doentes críticos internados no Hospital Universitário Hanyang, durante um período de um ano (1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2012).</p> <p>Foram considerados os resultados obtidos um ano após a implementação do sistema de resposta rápida “alargado” e casos de PCR durante dois anos (ano anterior e após a implementação do sistema).</p>	<p>Demonstrar a eficácia do sistema de resposta rápida “alargado” na prevenção de PCRs inesperadas e diminuição da mortalidade hospitalar.</p>
<p>Resultados: Com a implementação de um sistema de resposta rápida “alargado” assiste-se a uma diminuição significativa da incidência de PCR (por todas as causas) de 31,1%, tendo sido particularmente eficaz na diminuição da taxa PCRs por insuficiência respiratória.</p> <p>Após a implementação do sistema, a taxa média de PCRs súbitas diminuiu de 5,66 para 3,90/1.000 doentes internados, representando uma diminuição de 31,1% nas PCRs, quando comparado com o período de pré-implementação.</p> <p>A taxa de mortalidade intra-hospitalar também diminuiu 15,3%, de 1,63 para 1,38/100 altas. Apesar da intervenção da equipa, 49 doentes morreram (32 destes não foram tratados intensivamente, uma vez que os representantes assinaram o documento para DNR).</p> <p>A taxa de PCR por insuficiência respiratória foi significativamente reduzida após a implementação do sistema (47,8% vs 33,3%).</p>			

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes/ Amostra	Objetivo geral
<p>Título: <i>Evaluation of rapid response team implementation in medical emergencies: A gallant evidence based medicine initiative in developing countries for serious adverse events.</i></p> <p>Autores, ano e país: Rashid, M.F.; Imran M.; Javeri Y.; Rajani M.; Samad S.; Singh O. (2014) Índia</p>	Estudo retrospectivo e observacional	Doentes internados entre Janeiro e Junho de 2012 num hospital universitário, no sul de Delhi.	Avaliar o impacto da implementação da EEMI no doente, durante emergências médicas.
<p>Resultados: A análise de 41 ativações da EEMI mostrou diminuição no número de ativações para emergências médicas (código azul) de 2,44% e queda da mortalidade de 4,88%.</p> <p>O tempo médio de internamento na UCI e nas enfermarias após assistência da EEMI foi de 2,55 e 6,95 dias, respetivamente. Relativamente à taxa sobrevivência após intervenção da EEMI foi de 95,12% (apenas 2 mortes).</p> <p>Devido à falta de estudos prévios no mesmo hospital foi difícil compreender se os valores obtidos para o tempo de internamento na UCI / enfermaria eram significativos.</p> <p>A implementação da equipa neste hospital foi associada à diminuição eventos de emergência médica (código azul) e mortalidade fora da UCI. No entanto, há um aumento do número de doentes que precisaram de níveis superiores de cuidado.</p>			

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes/ Amostra	Objetivo geral
<p>Título: Improved hospital mortality with a low MET dose: the importance of a modified early warning score and communication tool</p> <p>Autores, ano e país: Mullany, D. V.; Ziegenfuss, M.; Goleby, M. A.; Ward, H. E. (2016) Australia</p>	<p>Estudo observacional.</p>	<p>161.153 Eventos. Eventos anuais pré (Julho de 2008 até Dezembro de 2009) e pós (2010-2012) introdução do sistema de resposta rápida no Hospital Prince Charles.</p>	<p>Descrever o processo de implementação e resultados de um sistema de resposta rápida, num hospital universitário.</p>
<p>Resultados: Houve um total de 161.153 eventos e 1.994 mortes hospitalares entre julho de 2008 a dezembro de 2012. Durante período pré-implementação (julho de 2008 a dezembro de 2009) foram recolhidos dados de 44.505 eventos e 116.648 no período após (2010 – 2012).</p> <p>A taxa da ativação da EEMI foi de 11,3/1000 eventos em 2012.</p> <p>Após a introdução da equipa, a taxa de chamadas para ativação da EEMI por 1000 eventos é inversamente proporcional à taxa de chamadas por PCRs nos doentes hospitalizados (diminuiu de 5,5 / 1000 eventos para 3,3 / 1000 eventos).</p> <p>A mortalidade hospitalar também diminuiu de 14/1000 para 11,8 / 1000 eventos.</p> <p>A taxa de mortalidade hospitalar padronizada diminuiu de 95,7 (de 2008 a 2009) para 66 (último semestre de 2012), havendo, nos primeiros seis meses após a implementação, um decréscimo de 11%.</p> <p>O tempo de internamento hospitalar (incluindo saúde mental) diminuiu provavelmente. Embora as admissões na UCI após a ativação sejam apenas referentes ao primeiro ano de implementação, a média do tempo de internamento diminuiu de 140 horas para 88,5 horas.</p> <p>A taxa de PCR foi de 1,4 por 1000 eventos em 2012, sendo semelhante ao Reino Unido e outros dados australianos (1–2/1000) e menor do que nos EUA (4-6/1000).</p>			

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes/ Amostra	Objetivo geral
<p>Título: <i>Mortality and length of stay trends following implementation of a rapid response system and real-time automated clinical deterioration alerts</i></p> <p>Autores, ano e país: Kollef, M. H.; Heard, K.; Chen, Y.; Lu, C.; Martin, N.; Bailey, T. (2018) Missouri</p>	<p>Análise retrospectiva</p>	<p>8 Unidades de internamento de Medicina do Barnes-Jewish Hospital em St. Louis, de 01 de Janeiro de 2003 até 31 de Dezembro de 2014.</p>	<p>Determinar a influência de um sistema de resposta rápida (RRS - EEMI), utilizando sinais alerta de deterioração clínica, em tempo real (RTCDAs).</p>
<p>Resultados: A introdução da EEMI ocorreu em 2006, com a adição gradual dos sinais de alerta de deterioração clínica (RTCDAs) em 2009. Houve uma diminuição estatisticamente significativa da mortalidade de 2,87 % em 2003 para 2,22% em 2014, nos doentes internados nos serviços de medicina. Da mesma forma, constata-se uma diminuição dos casos de PCRs de 57 doentes (em 2005, não existindo dados disponíveis dos anos anteriores) para 35 em 2014; e do tempo de internamento passando de 3,79 dias por doente internado (2003) para 3,10 dias por doente internado (2014), com a implementação da EEMI e adição gradual dos sinais de alerta de deterioração clínica.</p> <p>Observou-se um aumento significativo, ao longo dos anos, das ativações da EEMI nos serviços de internamente de medicina (de 72 ativações em 2006 para 370 em 2014) que foi inversamente correlacionado com a ocorrência de PCRs.</p> <p>A análise de regressão linear identificou que o ano do estudo é uma variante independente do tempo médio de internamento hospitalar (redução de 0,081 dias do tempo médio de internamento hospitalar, ano após ano).</p> <p>Neste estudo retrospectivo, de instituição única, com a introdução de uma EEMI, usando RTCDAs verificou-se uma diminuição da mortalidade hospitalar, PCRs e tempo de internamento hospitalar.</p>			

DISCUSSÃO

Para uma melhor estruturação e compreensão dos dados, os artigos analisados serão discutidos separadamente, de forma a responder aos objetivos do estudo.

Dos artigos selecionados para esta revisão sistemática da literatura, todos respondem claramente ao objetivo geral desta revisão, “*Descrever cientificamente qual o impacto de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar no doente crítico*”. Os seis estudos analisados fazem referência ao impacto positivo da existência de uma EEMI (Gonçales, et al., 2012) (Kwak, et al., 2014); (Mullany, Ziegenfuss, Goleby, & Ward, 2016); (Rashid, Imran, Javeri, Rajani, & Sam, 2014); (Silva, Saraiva, Cardoso, & Aragão, 2016) ; (Kollef, et al., 2018).

No que concerne ao objetivo “*Conhecer se existe relação entre o prognóstico do doente crítico e a existência de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar*”, quatro dos artigos fazem referência à diminuição da taxa de incidência de PCRs, com a existência da EEMI e um artigo apenas menciona a taxa de sobrevivência.

Assim, (Gonçales, et al., 2012) apresentam uma diminuição de eventos de PCRs de 3,54/1.000 altas para 1,69/1.000 altas após a implementação da EEMI, o que representa uma diminuição de 52%.

(Kwak, et al., 2014) , verifica uma redução da taxa de PCRs súbitas de 31,1% após a implementação de uma EEMI, passando de 5,66/1.000 pessoas internadas para 3,90/1000 pessoas internadas.

(Mullany, Ziegenfuss, Goleby, & Ward, 2016) demonstra que após a introdução da EEMI a taxa de PCRs diminuiu de 5,5/1000 altas par 3,3/1000 altas, o que representa uma diminuição de 40%.

Da mesma forma, (Kollef, et al., 2018) constata uma diminuição dos casos de PCRs de 57 pessoas internadas (em 2005, não existindo dados disponíveis dos anos anteriores) para 35 em 2014.

Relativamente à taxa de sobrevivência, após

a implementação da EEMI, (Rashid, Imran, Javeri, Rajani, & Sam, 2014) verifica, neste estudo, a taxa de 95,12% (apenas 2 mortes).

Em relação ao objetivo “*Conhecer a relação entre a taxa de mortalidade hospitalar com a existência da equipa de emergência médica intra-hospitalar*” verificamos que todos os artigos selecionados respondem claramente a este objetivo, salientando a importância do mesmo.

(Silva, Saraiva, Cardoso, & Aragão, 2016), no estudo efetuado num hospital do Norte de Portugal, demonstra que a taxa de mortalidade após a implementação de uma EEMI diminui de 4,1% para 3,6%, existindo assim uma diminuição efetiva da mortalidade hospitalar. De acrescentar que no momento da alta, 182 pessoas das que foram observadas pela EEMI, foram registadas como vivas.

(Gonçales, et al., 2012), no estudo executado no Hospital Israelita em São Paulo, apresenta uma diminuição de 12% da taxa de mortalidade hospitalar com a implementação de uma EEMI, passando de 16,27 mortes/1.000 altas para 14,34 mortes/1.000 altas. Estimou-se que, no período de Março de 2007 a Setembro de 2008, a EEMI salvou 67 vidas.

(Kwak, et al., 2014)foi capaz de demonstrar no Hospital Universitário de Hanyang, Coreia do SUL que a introdução de uma EEMI consegue reduzir a mortalidade intra-hospitalar de 1,63 mortes/100 altas para 1,38 mortes/100 altas, o que corresponde a uma taxa de 15,3%.

(Rashid, Imran, Javeri, Rajani, & Sam, 2014), no estudo efetuado num hospital de Delhi, India, evidencia que a implementação de uma EEMI foi associada a uma queda de 4,88% da mortalidade hospitalar.

No estudo efetuado no Hospital Prince Charles, Austrália, por (Mullany, Ziegenfuss, Goleby, & Ward, 2016), provou que a mortalidade diminuiu de 14mortes/1000 altas para 11,8 mortes/1.000 altas, o que representa uma diminuição de 15,7%.

Por último, o artigo realizado por (Kollef, et al., 2018) em Missouri nos Estados

Unidos da América, relata uma diminuição estatisticamente significativa da mortalidade de 2,87% em 2003 para 2,22% em 2014, nas pessoas internadas nos serviços de medicina.

Relativamente ao último objetivo a que nos propusemos com esta revisão sistemática da literatura “*Conhecer se existe relação entre o tempo de internamento do doente crítico e a existência de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar*”, apesar de no estudo de (Rashid, Imran, Javeri, Rajani, & Sam, 2014) referirem que devido à falta de estudos prévios realizados na mesma instituição não lhes foi possível compreender se os valores obtidos para o tempo de internamento na UCI/enfermaria eram significativos. (Mullany, Ziegenfuss, Goleby, & Ward, 2016) conclui com o seu estudo que há uma forte probabilidade de uma diminuição do tempo de internamento hospitalar (incluído saúde mental), porém não são apresentados dados objetivos.

(Kollef, et al., 2018) realizaram um estudo de 11 anos, demonstrando que com a implementação da EEMI e adição gradual dos sinais de alerta de deterioração clínica, houve uma diminuição, em média, dos dias de internamento por pessoa, passando de 3,79 dias em 2003 para 3,10 em 2014. Ou seja, verificou-se uma diminuição de 0,69 dias de internamento por pessoa, num serviço de medicina.

Relativamente aos restantes artigos, não foi observada nenhuma referência a este objetivo.

CONCLUSÃO

Após a análise dos estudos selecionados constatou-se que a literatura em vários países, tais como, Índia, Portugal, Brasil, Coreia do Sul, Austrália e Estados Unidos da América, comprova que a existência de uma EEMI promove, em qualquer contexto, a redução da incidência de PCR, a diminuição da taxa de mortalidade e do tempo de internamento.

Assim, em relação à questão definida nesta revisão sistemática da literatura, conclui-se que a existência de uma EEMI traduz um

impacto significativo no doente crítico com ganhos em saúde, nomeadamente no que confere à redução da incidência de PCRs e à diminuição da taxa de mortalidade a nível intra-hospitalar.

Os estudos analisados afirmam que existe uma diminuição da incidência da PCR com valores compreendidos entre 31,1% e 52% e na redução da taxa de mortalidade com valores compreendidos entre 3,6% e 15,7%. Para além dos ganhos em saúde mencionados, estudos referem a possível diminuição do tempo de internamento, sendo confirmada por um deles com uma diminuição de 0,69 dias de internamento por pessoa.

Respondendo também aos objetivos propostos, esta revisão permitiu-nos atestar que a análise dos artigos selecionados comprova que há evidência científica na existência de uma EEMI, verificando-se que a relação entre o prognóstico do doente crítico e a existência de uma EEMI está associada à diminuição da incidência de PCRs e à melhoria da taxa de sobrevivência hospitalar, conforme mostram os resultados dos estudos acima referidos, assim como a relação entre a diminuição da taxa de mortalidade com a existência desta equipa.

Tendo em conta os resultados obtidos, observamos que a existência de uma EEMI no nosso contexto hospitalar seria uma mais valia para a pessoa, profissional de saúde e instituição. Consideramos que a dotação de competências desta equipa permitiria a prestação de cuidados de emergência de forma capaz, eficaz e sistematizada, promovendo, desta forma, ganhos em saúde. Paralelamente, a implementação de uma EEMI implicaria a criação e formação dos profissionais quanto aos critérios de ativação, uniformizando, assim, a atuação dos profissionais de saúde na instituição.

Porém, consideramos que seria pertinente a realização de mais estudos acerca do tempo de internamento por doente com a implementação da EEMI, visto que, após a pesquisa realizada, o número de estudos disponíveis sobre a

temática é limitado.

Assim, reconhecemos a pertinência da continuação do estudo sobre esta temática, de forma a obtermos qualidade nos cuidados ao doente crítico, proporcionando assim ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Devita, M. e. (2011). *Textbook of Rapid Response Systems: Concept and Implementation*. USA: Springer. USA: Springer.

Diário da República, 2.^a série — N.º 35. (2011, Fevereiro 18). *Regulamento 124_2011-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Retrieved Maio 18, 2017, from <https://dre.pt/application/file/741339>

Direção-Geral da Saúde . (2010, junho 20). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência - Circular normativa N.º 15/DQS/DQCO .

European Resuscitation Council. (2015, Junho 24). *ERC Guidelines 2015*. Retrieved Maio 16, 2017, from ERC: <https://cprguidelines.eu/>

Fortin, M. F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). *Métodos de colheita de dados*. Loures: Lusociência.

Gonçales, P. D., Polessi, J., Bass, L., Santos, G., Yokota, P., Laselva, C., . . . Sardenberg, C. (2012). Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida. *Einstein*, pp. 442-448. doi:10.1590/S1679-45082012000400009

Kollef, M. H., Heard, K., Chen, Y., Lu, C., Martin, N., & Bailey, T. (2018). Mortality and length of stay trends following implementation of a rapid response system and real-time automated clinical deterioration alerts. *HHS Public Access*, 12-18. doi:10.1177/1062860615613841

Kwak, H. J., Yun, I., Kim, S., Sohn, J., Shin, D., Yoon, H., . . . Lim, Y. (2014). The Extended Rapid Response System: 1-Year Experience in a University Hospital. *J Korean Med Sci*, 423-430. doi:10.3346/jkms.2014.29.3.423

Mendes, A. e. (2009). *Paragem Cardíaca Intrahospitalar: Factores Associados à Decisão de não Reanimar. O Impacto da Emergência Intra-hospitalar Organizada* (Vol. 28). Revista Portuguesa de Cardiologia.

Ministério da Saúde. (2018, Junho 25). *Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II de 2015-02-10 - Despacho n.º 1400-A/2015*. Retrieved from https://dre.pt/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&print_preview=print_preview&dreId=66463210

Mullany, D. V., Ziegenfuss, M., Goleby, M., & Ward, H. (2016). Improved hospital mortality with a low MET dose: the importance of a modified early warning score and communication tool. *Anaesth Intensive care*, 734-741. doi:10.1177/0310057X1604400616

Quach, J. L. (2008). *Characteristics and outcomes of patients receiving a medical emergency team review for respiratory distress or hypotension*. (Vol. 23). *Journal of Critical Care*. doi:10.1016/j.jcrc.2007.11.002

Rashid, M., Imran, M., Javeri, Y., Rajani, M., & Sam. (2014). : Evaluation of rapid response team implementation in medical emergencies: A gallant evidence based medicine initiative in developing countries for serious adverse events. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 3-9. doi:10.4103/2229-5151.128005

Silva, R., Saraiva, M., Cardoso, T., & Aragão, C. (2016). Medical Emergency Team: How do we play when we stay? Characterization of MET actions at the scene. *Scandinavian Journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 24-33. doi:10.1186/s13049-016-0222-7

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.

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 10€.

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.