



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº6 SÉRIE II - FEVEREIRO 2014

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

ARMÊNIO GUARDADO CRUZ

7

INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS EM ENFERMAGEM. EXPLORAÇÃO CONCEPTUAL

THERAPEUTIC INSTRUMENTS IN NURSING CARE: CONCEPTUAL EXPLORATION

INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS EN ENFERMERÍA: EXPLORACIÓN CONCEPTUAL

HELENA JOSÉ; ANA REIS; MARTA LIMA BASTO; CÉLIA OLIVEIRA; TERESA POTRA

9

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE LYNCH NA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

IMPLEMENTATION OF THE LYNCH MODEL OF CLINICAL SUPERVISION IN NURSING

APLICACION DEL MODELO DE SUPERVISION CLINICA DE LYNCH EN ENFERMERIA

SÓNIA NOVAIS; LILIANA MOTA; ISABEL PEREIRA

19

LIDERANÇA E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS: ESTUDO REALIZADO COM ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS

LEADERSHIP AND EMOTIONAL INTELLIGENCE OF NURSES: WITH STUDY NURSES RESPONSIBLE

LIDERAZGO Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DE ENFERMEROS: ESTUDIA CON LOS ENFERMEROS RESPONSABLES

JOSÉ ANTÔNIO CANEÇÃO ALVES

25

EFEITO DO RELAXAMENTO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: estado da arte

EFFECT OF RELAXATION ON PEOPLE WITH ALCOHOL DEPENDENCY: STATE OF SCIENTIFIC KNOWLEDG

EFFECTO DE RELAJACIÓN EN PERSONAS CON DEPENDENCIA ALCOOLICA: ESTADO DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO

ANA CÉLIA SANTOS

32

AVALIAÇÃO DA QUANTIDADE E QUALIDADE DO USO DO MEMBRO SUPERIOR PARÉTICO EM CONTEXTO DOMICILIAR EM INDIVÍDUOS VÍTIMAS DE AVC ATRAVÉS DA ESCALA MOTOR ACTIVITY LOG

EVALUATION OF QUANTITY AND QUALITY IN USE OF PARETIC UPPER LIMB IN HOUSEHOLD CONTEXT OF INDIVIDUALS

VICTIMS OF STROKE THROUGH THE SCALE MOTOR ACTIVITY LOG

EVALUACIÓN DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL USO DEL MIEMBRO SUPERIOR PARÉTICO EN EL CONTEXTO

DOMICILIARIO EN INDIVIDUOS VÍCTIMAS DE ACV A TRAVÉS DE LA ESCALA MOTOR ACTIVITY LOG

ELIZABETE FÁTIMA DINIS DIZ; MARIA JOSÉ ALMENDRA RODRIGUES GOMES; ANA MARIA GALVÃO

43

EVENTOS ADVERSOS NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL CENTRAL

ADVERSE EVENTS IN CRITICAL PATIENT TRANSPORT: NURSES PERCEPTION OF A CENTRAL HOSPITAL

ACONTECIMENTOS ADVERSOS EN EL TRANSPORTE DE ENFERMOS CRÍTICOS: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS DE

UN HOSPITAL CENTRAL

HUGO LOPES; ANA FRIAS

55

NOÇÕES BÁSICAS DA CRIANÇA DO 1º E 2º ANO DO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO SOBRE A 1ª FASE DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

BASIC LIFE SUPPORT IS A PROCESS OF GREAT IMPORTANCE BEFORE THE OCCURRENCE OF ACCIDENT

NOCIONES BÁSICAS DEL NIÑO DE 1º Y 2º AÑO DEL PRIMER CICLO DE EDUCACIÓN BÁSICA SOBRE LA 1ª FASE DEL

SOPORTE BÁSICO DE VIDA

CARLA S. ANTAS; FELISMINA MENDES

59



REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

Águeda Gonçalves Marques, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

Carlos Santos Ferreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maria Teresa Calvário Antunes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

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

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

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

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

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

Propriedade e Administração/Ownership

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

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

Internet - www.sinaisvitais.pt/rie.php

E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL

A instabilidade e a incerteza estão cada vez mais presentes nos nossos dias. As notícias que nos chegam diariamente aumentam o nosso desassossego e não se vislumbram soluções a curto e/ou médio prazo.

A par da crise económica e financeira, as reformas na saúde têm contribuído para a deterioração progressiva dos cuidados de saúde e das condições sociais, os estímulos ao mérito e ao profissionalismo diminuem, os empregos são raros e/ou temporários, os nossos jovens abandonam o país à procura de oportunidades que não têm no país, a implementação do novo modelo de desenvolvimento profissional proposto pela Ordem dos Enfermeiros continua por regulamentar e, mais recentemente, foi anunciado pelo Ministério da Educação e Ciência a reorganização da rede de ensino superior.

Justificando-se com necessidade de um ajustamento do nosso sistema ao *International Standard Classification of Education* da União Europeia, o actual Governo pretende uma diferenciação clara entre o ensino politécnico e universitário, com um reforço no cariz científico das universidades e o de preparação para a vida profissional dos politécnicos. O recente DL nº 43/2014 de 18 março, prevê a existência de ciclos de estudos curtos, ligados ao primeiro ciclo de estudos (licenciatura), com 120 ECTS, e a duração de dois anos.

O curso de licenciatura de enfermagem integrado no ensino politécnico é relativamente recente (1999), tendo sido um passo fundamental na consolidação da disciplina de enfermagem no meio académico português. Seguiu-se a criação de Mestrado de Enfermagem em Ciências de Enfermagem (ICBAS, 2001), depois um Programa de Doutoramento de Enfermagem (Universidade de Lisboa, 2002) e, mais recentemente, Unidades de Investigação na área específica de enfermagem.

Todas estas reformas tiveram implicações significativas nas exigências científicas, técnicas, culturais e éticas das diferentes áreas científicas e profissionais de enfermagem, e a investigação em enfermagem sofreu uma evolução relevante, dando resposta às necessidades do país e do desenvolvimento da disciplina.

Por outro lado, actualmente existem três modelos de integração de escolas de enfermagem no ensino politécnico: integradas em universidades, integradas em institutos politécnicos e escolas não integradas.

Esta realidade aliada à referida reorganização da rede do ensino superior, preconizada pelo actual Governo, deve preocupar todos os enfermeiros, pois o desenvolvimento de investigação, fundamental para o domínio da disciplina e do conhecimento de Enfermagem, pode estar em causa, e são vários os desafios que merecem reflexão:

- Qual o lugar da Enfermagem no Sistema de Ensino Superior em Portugal?

- Que reflexos um novo modelo de ciclos de estudos curtos (dois anos) vai ter a nível profissional?
- Que apoios vão existir de estímulo à formação avançada e ao desenvolvimento de investigação científica em ciências da saúde, especificamente da enfermagem?

Arménio Guardado Cruz

INSTRUMENTOS TERAPÊUTICOS EM ENFERMAGEM EXPLORAÇÃO CONCEPTUAL

Helena José¹; Ana Reis²; Marta Lima Basto³; Célia Oliveira⁴; Teresa Potra⁵



Resumo

O termo «instrumento» é profusamente conhecido dos enfermeiros e utilizado de modo reiterado. A expressão “instrumentos terapêuticos” surge com significados diversos, o que aponta para a necessidade de uma exploração conceptual. Tentando aumentar o conhecimento em enfermagem, decidiu-se avançar por uma exploração conceptual, da expressão “instrumentos terapêuticos em enfermagem”, partindo de estudos incluídos numa revisão sistemática da literatura, previamente efetuada. Após os procedimentos conducentes a uma exploração conceptual, verificou-se que esta não foi conclusiva, dada a falta de estruturação do significado da expressão em estudo. Recomenda-se o uso regrado desta expressão, em enfermagem, enquanto se aguarda que a literatura clarifique o conceito através das suas componentes e dimensões.

Palavras-chave: Instrumentos; terapêuticos; enfermagem; exploração conceptual.

Abstract

THERAPEUTIC INSTRUMENTS IN NURSING CARE: CONCEPTUAL EXPLORATION

The word “instrument” is known and widely used by nurses. The term “therapeutic instruments” is used with various meanings, justifying conceptual exploration. Aiming at enlarging nursing knowledge, it was decided to use a conceptual exploration of the expression “therapeutic instruments” in nursing care, based on studies included in a previous systematic review of the literature. Following the procedures of a conceptual exploration, the analysis was not conclusive, due to the lack of structure of the meaning of the expression. Recommendations include a limited use of the expression in the nursing context, while the relevant literature clarifies the concept, through its components and dimensions.

Keywords: Therapeutic; instruments; nursing; conceptual exploration.

Resumen

INSTRUMENTOS TERAPÉUTICOS EN ENFERMERÍA: EXPLORACIÓN CONCEPTUAL

El término “instrumento” en enfermería es ampliamente conocido y utilizado de modo reiterado. El término “instrumentos terapéuticos” aparece con varios significados, señalando la necesidad de una exploración conceptual. Tratando de aumentar los conocimientos en enfermería, se decidió ir a la exploración conceptual de la expresión “instrumentos terapéuticos en enfermería”, a partir de los estudios incluidos en una revisión sistemática de la literatura, ya realizada. Después de los procedimientos que conducirán a una exploración conceptual, se comprobó que esto no era concluyente, dada la falta de estructuración del significado de la expresión en estudio. Se recomienda utilizar esta expresión, en enfermería, de modo celoso, mientras se aguarda que la literatura aclare el concepto a través de sus componentes y dimensiones.

Palabras clave: Instrumentos, Terapéuticos, Enfermería, Exploración Conceptual.

Rececionado em janeiro 2012. Aceite em setembro de 2012

¹ Doutora em Enfermagem e Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Membro da Comissão Científica da ui&de; Scholar da EANS. E-mail: hjose@ics.lisboa.ucp.pt

² Mestranda em Enfermagem. Investigadora da UI&DE. Enfermeira Graduada no Centro Hospitalar de Lisboa Central: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2, Hospital de Santo António dos Capuchos. E-mail: ana.reis@gmail.

³ Doutora em Psicologia Social. Investigadora da UI&DE e Membro da Comissão Científica do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa. E-mail: mlmabasto@netcabo.pt

⁴ Mestre em Ciências de Enfermagem. Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Investigadora da UI&DE. E-mail: coliveira@escl.pt

⁵ Doutoranda em Enfermagem. Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Investigadora da UI&DE. E-mail: tsantos@escl.pt

INTRODUÇÃO

A etapa atual do desenvolvimento da disciplina Enfermagem permite considerar que esta assenta em conceções universalmente aceitas, contudo, não prescinde de uma exploração conceptual de muitos dos termos e expressões que, comumente, são utilizados na literatura e na prática de enfermagem.

A expressão «instrumentos terapêuticos» em enfermagem enquadra-se, em nosso entender, nesta categoria, dado que surge referida na literatura da área, embora com sentidos diversos e associada a termos como terapêuticas de enfermagem, técnicas de enfermagem, atividades e intervenções terapêuticas em enfermagem e, ainda, tecnologias de enfermagem.

O que diferenciaria então estes termos e em que sentido são utilizados na literatura de enfermagem? A que nos referimos, concretamente, quando falamos em instrumentos terapêuticos em enfermagem? Que instrumentos terapêuticos mobilizam os enfermeiros na sua prática e que evidência científica existe do seu efeito terapêutico?

Na procura de respostas a algumas destas dúvidas, foi realizado um estudo em duas etapas. Na primeira, realizou-se uma revisão sistemática da literatura em que as autoras pretendiam compreender quais as intervenções de enfermagem consideradas terapêuticas e quais as suas características. Considerou-se, então, que esse estudo também nos levaria ao significado de «instrumento terapêutico» em enfermagem ou à sua clarificação⁽¹⁾. A segunda etapa do estudo, a que se refere o presente artigo, diz respeito à exploração conceptual da expressão «instrumentos terapêuticos» em enfermagem.

JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O termo «instrumento» e, mais especificamente, quando associado à palavra «básico» é amplamente conhecido dos enfermeiros que, desde há longos anos, os estudam nas escolas de enfermagem como algo indispensável ao cuidado, em qualidade e quantidade, proporcionado pelos enfermeiros a qualquer doente. Referimo-nos à conceção de instrumentos básicos propostos por Wanda Horta⁽²⁾ que, segundo a qual, são habilidades, conheci-

mentos e atitudes indispensáveis para a execução de uma atividade. A mesma autora enumera como instrumentos básicos da enfermagem a observação, a comunicação, a aplicação de princípios científicos, a destreza manual, o planeamento, a avaliação, a criatividade, o trabalho em equipa e a utilização dos recursos da comunidade. Aqui o termo «instrumento» surge associado à ideia de mobilização de algo (conhecimentos, habilidades ou atitudes) que é pressuposto para que a atividade de enfermagem seja realizada de forma adequada.

Na sua aceção global, a palavra “instrumento” que significa equipamento ou material, é tudo aquilo que serve para executar ou fazer alguma observação, um meio para atingir algo⁽³⁾. Esta interpretação remete para um sentido do termo, em que algo é mobilizado pelo enfermeiro, para produzir um efeito terapêutico que, no sentido figurado, pode adquirir o significado de algo que “faz bem”.

No entanto, apesar do uso do termo ser relativamente comum na literatura de enfermagem, não é fácil distinguir os limites entre o que se considera ser uma «intervenção terapêutica» e um «instrumento terapêutico» em enfermagem.

Na primeira fase deste estudo foi realizada uma revisão sistemática da literatura orientada pela seguinte questão: Quais as intervenções, em enfermagem, consideradas terapêuticas e quais as suas características?

A análise de 13 artigos que respondiam aos critérios de inclusão definidos⁽¹⁾ permitiu identificar diversas intervenções terapêuticas em enfermagem: desenvolvimento de uma parceria, intimidade e reciprocidade na relação enfermeiro-cliente, promoção de conforto, intervenções físicas, manipulação do ambiente, práticas de saúde alternativas), que têm funções de educação, suporte, reparação e restabelecimento do bem-estar dos clientes. Estas intervenções terapêuticas em enfermagem foram estudadas considerando seu processo e, em alguns estudos, evidenciando os seus resultados.

Ainda no âmbito deste estudo foi possível identificar um conjunto de «meios», mobilizados pelos enfermeiros nas suas intervenções e também associados a resultados terapêuticos. As cartas terapêuticas, o humor, a música, o *mindfulness* (terapia cognitiva), o toque terapêutico, a gestão da in-

formação e a gestão emocional foram os «meios» identificados nos estudos analisados e que, ainda que considerados pelas autoras deste estudo como «instrumentos terapêuticos», nem sempre assim são designados nos estudos de origem.

Ou seja, a evidência científica encontrada na revisão sistemática da literatura é pouco consistente no que se relaciona com os termos «intervenção terapêutica» e «instrumento terapêutico» que, por vezes, surgem com um significado semelhante.

Constata-se, assim, que o termo «instrumento terapêutico» em enfermagem, apesar de ser utilizado com alguma frequência, está pouco definido, levantando dúvidas e incertezas, quer quanto à clareza do termo, quer quanto ao que se pode constituir como seu exemplo.

Deste modo, e tentando ampliar o conhecimento relativo aos termos utilizados na literatura e na prática de enfermagem, assim como o sentido em que os mesmos são utilizados, decidiu-se empreender uma exploração conceptual do termo «instrumento terapêutico» em enfermagem, partindo dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura (1ª etapa do estudo).

EXPLORAÇÃO CONCEPTUAL

O desenvolvimento conceptual é de estudo complexo. Para Meleis ⁽⁴⁾, realiza-se num contínuo que se inicia na exploração conceptual e que Lima Basto ⁽⁵⁾ refere ser “necessária quando o termo é usado, mas ainda não faz parte do léxico de enfermagem”.

Método

Os processos de desenvolvimento de conceitos foram identificados como⁽⁶⁾:

- Análise conceptual;
- Síntese conceptual;
- Derivação conceptual.

Os mesmos autores especificam os procedimentos para a análise conceptual: seleccionar o conceito, determinar os objetivos ou a finalidade da análise, identificar os usos do conceito que se conseguirem descobrir, determinar os atributos definidores, construir um caso-modelo, construir casos-limite relacionados, contrários, inventados

e ilegítimos, identificar antecedentes e consequências e definir referências empíricas.

Mas a questão inicial permanece: como avaliar o grau de maturidade de um conceito? A resposta veio de autores ⁽⁷⁾ que sugerem como critérios para o realizar: definição do conceito; características do conceito e condições prévias, resultados e limites. Os mesmos autores ⁽⁷⁾ afirmam, ainda, que os conceitos maduros respondem a estes critérios e os conceitos emergentes só a alguns, sendo que, quando se está perante um conceito imaturo, há que continuar o trabalho de refinamento tendo que efetuar:

- **Desenvolvimento conceptual**, se o conceito mantém-se pouco claro depois da revisão crítica da literatura;
- **Delineamento conceptual**, se a revisão da literatura mostra que o conceito é semelhante a outro;
- **Comparação conceptual**, se a revisão da literatura aponta para vários conceitos referentes ao mesmo fenómeno;
- **Clarificação conceptual**, se o conceito mantém-se confuso, apesar de existir literatura sobre ele;
- **Correção conceptual**, se o conceito encontrado na literatura não explica adequadamente o fenómeno;
- **Identificação conceptual**, se existem dados, mas não se encontra na literatura um conceito apropriado.

Posteriormente surge a crítica, no sentido de considerar que estes mesmos termos mal se diferenciam, emergindo o termo “avanço conceptual” (*concept advancement*) como mais apropriado⁽⁸⁾.

Concept refinement, clarification, delineation, comparison, and correction have all been used to indicate specific purposes for advancement of a concept; however, these terms are poorly differentiated. We have purposefully avoided the use of these terms and have attempted to redirect the focus of concept advancement on the identified gaps, related research questions, and most suitable methods of inquiry. We believe that concept advance-

ment is a much more suitable rubric for this type of research (p.239).

De qualquer modo, é desejável que a análise conceptual baseie-se num determinado princípio epistemológico, pragmático, linguístico e lógico⁽⁹⁾. Na edição mais recente do livro de Afaf Meleis, intitulado *Theoretical Nursing: Development & Progress* (2007), a autora desenvolve um capítulo sobre estratégias para o desenvolvimento conceptual, que foi especialmente útil para o presente trabalho, onde aponta, por ordem crescente de complexidade, estratégias adequadas ao nível de maturação do conceito (pp. 164-169):

– **Exploração conceptual** (*concept exploration*) – estratégia usada quando são identificados novos conceitos e antes de serem aceites como componentes do léxico de enfermagem. Inclui identificação dos principais componentes e dimensões do conceito, levantando questões que levem a continuar o processo de exploração. A finalidade é demonstrar se existe ou não potencial para continuar a desenvolver o conceito.

– **Clarificação conceptual** (*concept clarification*) – é utilizada para refinar conceitos que já foram utilizados sem que haja um acordo claro e consensual das propriedades e sentidos atribuídos ao conceito.

– **Análise conceptual** (*concept analysis*) – é uma estratégia para continuar o desenvolvimento do conceito, quando o seu significado já está estabelecido e a sua relação com a disciplina de enfermagem já foi clarificada. Implica dividir o conceito em componentes.

Acrescenta ainda, esta autora⁽⁴⁾, o desenvolvimento conceptual integrado como uma etapa final do desenvolvimento conceptual.

Face ao acima exposto, foi decidido realizar uma “exploração conceptual”⁽⁴⁾ dado que a expressão que procuramos clarificar não é explícita na literatura e parece ultrapassar o âmbito da disciplina Enfermagem.

Dada a escassa informação sobre o modo de operacionalizar a exploração conceptual, começou por se procurar artigos que reportassem a exploração conceptual. Para tal, e inicialmente, procedeu-se à sua pesquisa, nas bases de dados associadas à plataforma EBSCO, com os seguintes critérios:

- Anos de publicação: 1999 a 2009;
- Inclusão, no *resumo*, dos termos “concept exploration”;
- Apenas artigos em texto completo e em periódicos com *peer review*.

Esta pesquisa gerou um total de oito artigos e, após a leitura dos resumos, verificou-se que apenas um artigo referia-se ao assunto em estudo, em enfermagem. Neste explorou-se o conceito de vulnerabilidade e resiliência, em contexto de infeção por VIH⁽¹⁰⁾.

Dos artigos constantes da revisão da literatura, efetuada na primeira etapa do estudo, selecionaram-se os que continham os termos ou expressões instrumento ou instrumento terapêutico (sete artigos).

A leitura integral dos artigos foi efetuada por dois investigadores⁽⁴⁾, em busca dos atributos propostos : componentes, dimensões e questões formuladas por cada autor.

Dada a ténue explicitação acerca dos componentes e dimensões, as autoras^(4, 10) consideraram: identificação de componentes, como características, dimensões, como contexto e circunstâncias de utilização, quem utiliza e resultados esperados desta utilização.

Para além deste processo e no sentido de clarificar o sentido em que se baseiam alguns peritos, que têm utilizado a expressão «instrumento terapêutico», decidiu-se pedir uma narrativa escrita a três deles¹ tendo-se constatado que são unânimes em considerar que o enfermeiro utiliza o seu «eu» como «instrumento terapêutico» e que «instrumentos terapêuticos» podem entender-se como estratégias ou conjunto de estratégias.

Análise dos dados

Uma vez selecionados os sete artigos (Quadro I) verificou-se, primeiramente, que a expressão “instrumentos terapêuticos” em enfermagem, embora

¹ Narrativas escritas de Manuel Lopes (07/02/2010); António Nabais (2/12/2009) e Irene Santos (29/03/2010). Explicitam-se em seguida algumas das suas ideias consonantes.

Todas as intervenções de enfermagem são terapêuticas e, em enfermagem, usamos o nosso «eu» como instrumento terapêutico (Nabais, 2009; Lopes, 2010; Santos, 2010).

A complexidade dos cuidados de enfermagem exige o domínio de instrumentos terapêuticos de natureza mais instrumental (e.g., as competências inerentes a uma algaliação ou de comunicação) e outros de natureza mais transversal e meta-cognitiva (e.g., decidir o que fazer e como fazer para atingir determinado objectivo). Assim, “instrumento terapêutico” deverá ser entendido como o uso de um conjunto de competências com objectivos terapêuticos, devendo aquelas ser conjugadas a diferentes níveis (i.e., desde o nível mais instrumental ao meta-cognitivo) (Lopes, 2010).

Para Santos (2010) a “concepção de instrumento, caracteriza-se pela linguagem do corpo e da mente, de um modo que podemos considerar *parcelar*, no sentido em que não traduz uma consciência do *Ser total* em relação com outro, também ele considerado *Ser total*, que é precisamente a marca distintiva do conceito de instrumento terapêutico”.

algumas vezes utilizada na linguagem coloquial, incluindo na gíria de enfermagem, é pouco utilizada na literatura científica e que, apesar do toque, humor e empatia serem frequentemente referidos como instrumentos terapêuticos, tal não se verifica neste tipo de bibliografia, por serem consideradas intervenções terapêuticas.

A segunda constatação é a da falta de elementos comuns (componentes e dimensões), no âmbito **exploração conceitual**⁽⁴⁾. No conjunto dos artigos selecionados, verificamos que são explicitados, em quatro deles, os **componentes do conceito**:

– Num estudo⁽¹¹⁾ foram identificados como instrumentos terapêuticos: estratégias diversas ou conjuntos de intervenções realizadas, em simultâneo e de modo articulado com vista à obtenção dum resultado terapêutico - a *gestão de sentimentos* (caracteriza-se, por um lado, pela criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos, e por outro, pela tentativa de promoção da confiança/segurança), e a *gestão de informação* (desenvolve-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações do doente e família). Estes instrumentos são usados no processo de intervenção terapêutica do enfermeiro, de modo sistemático, integrativo, dinâmico e em função da avaliação da situação;

– Noutro estudo⁽¹²⁾, foram identificados como instrumento para a intervenção em enfermagem, diferentes tipos de brinquedo estruturado: dramático, instrutivo e capacitador de funções fisiológicas. Estes diferentes tipos de brinquedo foram utilizados como meios para permitir libertar a raiva através da expressão; repetição de experiências dolorosas a fim de compreendê-las; estabelecimento de um elo entre o lar e o hospital; retirar-se para adquirir controlo;

– Nos estudos de outros autores⁽¹³⁻¹⁵⁾, a pessoa do enfermeiro é identificada como instrumento terapêutico para a energia curativa e através da tomada de consciência de si, ao utilizar determinada técnica terapêutica específica (toque terapêutico na interação com o doente/cliente ou técnica de Alexander) conseguindo resultados benéficos;

– O estudo de outro autor⁽¹⁶⁾ refere-se a um instrumento de apreciação e planeamento sendo as necessidades de cuidados e as intervenções tera-

pêuticas adequadas, os domínios a avaliar.

Verifica-se, assim, que a forma como são descritos os *componentes do conceito* para cada instrumento identificado é muito incipiente, não permitindo tirar conclusões sobre os próprios componentes, nem possibilitando a comparação entre eles. Apenas se pode dizer que os componentes do conceito remetem para a pessoa do enfermeiro, para estratégias e intervenções ou, ainda, para objetos mediadores utilizados por este.

No que respeita às **dimensões do conceito**⁽⁴⁾, relembra-se que os artigos selecionados, claramente, a utilização dos instrumentos apenas por enfermeiros. Além disso constatou-se o seguinte:

– Quanto ao *contexto de utilização do conceito*, verificou-se uma elevada convergência para a interação enfermeiro-doente, situação de desequilíbrio, *stress* ou crise, independentemente do grupo etário do doente e da natureza de unidade de prestação de cuidados, sempre em ambiente hospitalar. Os contextos eram semelhantes em diferentes artigos⁽¹¹⁻¹³⁾;

– Quanto às *circunstâncias de utilização do conceito*, constatou-se que elas são, geralmente, situações de cuidados de enfermagem - entrevista de acolhimento, momentos de interação de cuidados ao longo de sucessivos encontros enfermeiro-doente, administração de protocolos terapêuticos em situações atípicas para a idade, ameaçadoras e que requerem mais do que recreação – e situações em que por via da utilização dos instrumentos -, o enfermeiro procura intencionalmente atingir objetivos terapêuticos para o seu doente/cliente.

Quanto aos *resultados esperados*, associados à utilização dos instrumentos – alívio da ansiedade; compreensão do procedimento; controle de reações comportamentais, no caso da utilização do brinquedo estruturado; possibilidade do doente se reorganizar, de modo a ultrapassar a crise ou a completar o processo de transição, no caso da gestão de sentimentos; maximizar o relaxamento, o bem-estar e “cura” e diminuir a dor, no caso do toque terapêutico através da enfermeira – verifica-se grande diversidade, mas também elevada consonância. São resultados esperados, associados ao conceito, aqueles que como o mesmo indica, são terapêuticos ou, quando, aludindo à intervenção

de enfermagem, “têm um efeito saudável ou que resultam num movimento em direção à saúde ou bem-estar”⁽¹⁷⁾ (pp. 6-7).

Embora a literatura não seja suficientemente discriminativa verifica-se, portanto, que as dimensões expressas nos artigos analisados, permitem confirmar que o designado por “instrumento”, utilizado na intervenção de enfermagem, é um meio usado pelo enfermeiro, na sua intervenção, que é terapêutica por definição.

A terceira constatação é a variedade de significados atribuídos, ao termo “instrumento”, quando utilizado na intervenção em enfermagem:

- *A pessoa do enfermeiro*, ele próprio um instrumento na sua ação;
- *Estratégias* diversas ou conjuntos de intervenções, que visam alcançar objetivos terapêuticos⁽¹¹⁾;
- *Objetos mediadores* utilizados pelo enfermeiro, como o brinquedo;
- *Ferramentas* ou instrumentos de apreciação do cliente ou planeamento de cuidados.

Na literatura, a *pessoa do enfermeiro* é identificada como instrumento terapêutico, a diferentes níveis:

- Genericamente, como no estudo ⁽¹³⁾ em que a propósito da utilização do toque terapêutico, o enfermeiro é instrumento para veicular a energia universal com influência curativa;
- Utilizando o corpo do enfermeiro quando se considera o toque terapêutico, acrescentando a dificuldade de obter uma explicação científica para atos com raízes no misticismo oriental ⁽¹⁴⁾;
- Utilizando as capacidades relacionais do enfermeiro para intervir, respondendo a situações clínicas por si diagnosticadas. É o caso do estudo ⁽¹¹⁾ sobre gestão de sentimentos e de informação.

A utilização de *objetos mediadores*, pelo enfermeiro, como instrumento terapêutico é referida quando se identifica⁽¹²⁾ o brinquedo estruturado, explicitando, com clareza a sua função, o contexto do estudo, as condições de utilização e os resultados obtidos.

A utilização de *ferramentas*, como os instrumentos de apreciação do doente e planeamento de

cuidados, é referida pelos autores como “instrumentos” no contexto de cuidados a pessoas residentes em lares e internadas em unidade de cuidados intensivos^(16, 18).

Em síntese, pode dizer-se que a análise realizada, procurando encontrar *componentes e dimensões* da expressão “instrumentos terapêuticos”, permite afirmar que a literatura, na qual se utiliza a expressão, não estrutura claramente o seu significado, tornando a análise difícil, mas permitindo identificar quatro tipos de significação: A pessoa do enfermeiro; estratégias ou conjuntos de intervenções; objetos mediadores da intervenção e ferramentas utilizadas na intervenção em enfermagem.

Deste modo, pode concluir-se que parece não existirem condições para considerar conclusiva esta exploração conceptual⁽⁴⁾ dado que não se pode afirmar que a expressão “instrumentos terapêuticos”, utilizados na intervenção de enfermagem tenha, presentemente, um significado minimamente estruturado.

Discussão dos resultados

O exercício de exploração conceptual iniciou-se com base na revisão da literatura sobre instrumentos terapêuticos utilizados em enfermagem ⁽¹⁾. Seguindo as orientações de Meleis ⁽⁴⁾, para a exploração conceptual, verificou-se que esta não foi conclusiva pois, neste momento, com base na literatura disponível, existem múltiplos significados atribuídos à expressão, não se podendo considerar um conceito clínico em enfermagem. Esta interpretação foi corroborada por Janice Morse, em correspondência trocada com as autoras e sobre o assunto em análise.

Partiu-se da assunção de que todas as intervenções de enfermagem são terapêuticas e que pode haver objetos ou procedimentos mediadores da relação terapêutica que se designariam com “instrumentos terapêuticos” em enfermagem.

Poderia pensar-se que, e a título de exemplo, o material de penso e de administração terapêutica intramuscular ou endovenosa fosse considerado “instrumento” ou mesmo “ferramenta” (*tool*). Não se encontrou literatura referente a esse tipo de mediador, no entanto, há quem designe como instrumento o que nomeamos como *ferramenta*. Alguns

Quadro 1 - Artigos que referem a utilização de instrumentos no âmbito da intervenção de enfermagem

Autor, Ano, Título, Designação	Componentes	Dimensões
<p>16. Ciampone, Juliana T.; Gonçalves, Leilane A.; Maia, Flávia O. M.; Padilha, Kátia G. (2006) Designação: instrumento de avaliação de enfermagem.</p>	<p>O Nursing Activities Score (NAS) que avalia, objetivamente a necessidade de cuidados que os doentes requerem, tendo por base a quantificação das intervenções realizadas. É composto por 7 categorias de intervenções terapêuticas, que são subdivididas num conjunto de 23 itens. Para cada item há uma pontuação, que quando somadas formam o resultado total NAS, o qual expressa a percentagem de tempo gasto por um profissional de enfermagem na assistência direta ao doente crítico, num turno de trabalho na UTI.)</p>	<p><u>Contexto</u>: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos, do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. <u>Quem utiliza</u>: Enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos. <u>Circunstâncias</u>: Aplicação do instrumento em doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos. <u>Resultados esperados</u>: Avaliação da “carga de trabalho” dos enfermeiros</p>
<p>14. Glazer, Sarah (2001) Designação: instrumento de intervenção de enfermagem.</p>	<p>O toque terapêutico é uma técnica com raízes no misticismo oriental. Os seus praticantes afirmam que cura as pessoas sem realmente se tocar nelas. Esta é, provavelmente, a técnica de cura holística mais reconhecida e difundida globalmente e é, presumivelmente, inexplicável através da utilização dos métodos científicos tradicionais.</p>	<p><u>Contexto</u>: Hospitais da América do Norte. <u>Quem utiliza</u>: Enfermeiros. <u>Circunstâncias</u>: Indiscriminadas. <u>Resultados esperados</u>: Os benefícios da sua utilização vão desde o alívio da dor em quemaduras até “trazer a morte de volta à vida”.</p>
<p>11. Lopes, Manuel J. (2005) Designação: instrumento terapêutico.</p>	<p>- São instrumentos terapêuticos: a <i>gestão de sentimentos</i> (caracteriza-se, por um lado, pela criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos, e por outro, pela tentativa de promoção da confiança/segurança), e a <i>gestão de informação</i> (desenvolve-se de modo informal e de acordo com as necessidades e solicitações do doente e família). - Os instrumentos são usados de modo sistematicamente dinâmico pelas enfermeiras, em função da avaliação que fazem da situação e só podem ser entendidas como um todo (usados de modo integrado); - São estratégias ou conjuntos de intervenções realizados com objetivos terapêuticos; - Os instrumentos são diversos e utilizados em simultâneo e de modo articulado com vista à obtenção dum resultado terapêutico.</p>	<p><u>Contexto</u>: Na relação enfermeira/doente com adultos e idosos com doença oncológica submetidos a quimioterapia, num Hospital de Dia. <u>Quem utiliza</u>: A enfermeira. <u>Circunstância</u>: Nas interações com os doentes, desde a entrevista de acolhimento e ao longo do acompanhamento, na sequência do protocolo de tratamento de quimioterapia. <u>Resultados esperados</u>: O resultado da ação das enfermeiras traduz-se em benefícios concretos na saúde das pessoas, entendida esta de uma forma holística e dinâmica e compreendendo o bem-estar. A “gestão de sentimentos” constitui-se como um espaço de proximidade, confiança, disponibilidade e continuidade, que permite ao doente reorganizar-se de modo a ultrapassar a crise ou a completar o processo de transição. A “gestão da informação” assume um importante papel na reorganização do doente, facilitando o ultrapassar da crise ou transição.</p>
<p>13. Meehan, T. (1998) Designação: intervenção terapêutica (o TT); Instrumento terapêutico (a enfermeira).</p>	<p>A enfermeira é o instrumento para a energia universal com influência curativa, colocando intenção terapêutica no uso das mãos para “tocar”; O toque terapêutico pode ser utilizado com outros instrumentos terapêuticos.</p>	<p><u>Contexto</u>: utilizado em pessoas de qualquer idade e condição de saúde, mas particularmente em pessoas que experimentam reações relacionadas com stress, problemas crónicos ou intratáveis. <u>Circunstância</u>: Usado na interação individual com a pessoa assistida. <u>Quem utiliza</u>: A enfermeira ou outros. <u>Resultados esperados</u>: maximizar o relaxamento, o bem-estar e cura.</p>

<p>12. Ribeiro, Patrícia et al. (2001)</p> <p>Designação: instrumento de intervenção de enfermagem.</p>	<p>Brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas e ameaçadoras para a idade, e que requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada. Promove o bem-estar psicofisiológico da criança. Três tipos de brinquedo terapêutico: dramático, instrucional e capacitador de funções fisiológicas.</p>	<p><u>Contexto:</u> laboratório central de um hospital geral, onde um técnico colhe o sangue, podendo os pais permanecerem junto da criança;</p> <p><u>Quem utiliza:</u> enfermeira que assiste a criança.</p> <p><u>Circunstâncias:</u> sempre que a criança tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil ou necessitar de ser preparada para procedimentos.</p> <p><u>Resultados:</u> a preparação com o Brinquedo Terapêutico foi eficaz na compreensão do procedimento e no controle das reações comportamentais, decorrentes do mesmo. Permitiu libertar a raiva por meio da expressão; repetição de experiências dolorosas a fim de compreendê-las; estabelecimento de um elo entre o lar e o hospital; retrair-se para adquirir controlo. Os resultados deste estudo são semelhantes aos encontrados em vários outros trabalhos.</p>
<p>18. Slater P. & McCormack B. (2005)</p> <p>Designação: instrumento de enfermagem.</p>	<p>Cada instrumento foi sistematicamente avaliado em conformidade com os critérios de validade, fidedignidade, usabilidade, compreensão da avaliação e capacidade de quantificar as necessidades de cuidados de enfermagem. O instrumento tem três partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características demográficas. - Vinte e dois domínios de avaliação, tal como foi estabelecido pelas diretrizes do National Service Framework for Older People (NSF), sendo que cada um desses pede descrições da condição do idoso, planos de ação necessários para resolver problemas relacionados com essas necessidades. Os quatro tipos de intervenção de enfermagem são: nenhuma; atual; supervisão/gestão; diretiva. - Avaliação geral do estado de risco, a previsibilidade e a complexidade dos cuidados necessários. 	<p><u>Contexto:</u> Quatro serviços de saúde e sociais na Irlanda do Norte.</p> <p><u>Quem utiliza:</u> enfermeiros.</p> <p><u>Circunstâncias:</u> avaliação das necessidades de enfermagem de pessoas idosas em lares.</p> <p><u>Resultados esperados:</u> Foram devolvidas cento e dez avaliações de pares (63%). Globalmente, houve 65% de concordância entre os avaliadores. Os resultados de Kappa indicaram bons níveis de fidedignidade inter-observadores. As medidas co-eficazes de correlação reforçaram estes resultados. Resultados do <i>focus group</i> confirmaram a validade, utilidade e abrangência do instrumento.</p>
<p>15. Smith, Derek. (2003)</p> <p>Designação: instrumento terapêutico.</p>	<p>Componentes não identificáveis</p>	<p><u>Contexto:</u> Prática de todos os cuidados de Enfermagem.</p> <p><u>Quem utiliza:</u> a técnica é praticada por professores, enfermeiros, após a realização de um curso de três anos, a tempo inteiro.</p> <p><u>Circunstâncias:</u> -----</p> <p><u>Resultados esperados:</u> Melhor consciência de si, através da qual o uso da pessoa do enfermeiro é mais eficaz.</p>

autores^(16,18) utilizam o termo “ferramenta” para o mesmo tipo de “auxiliar”, isto é, documento para apreciação do doente e planeamento de cuidados. É provável que outros autores utilizem indiferentemente os dois termos para designar o mesmo, ou que os designem de acordo com o instrumento de medida a utilizar para a apreciação clínica do cliente. Por exemplo, o *Guide to Rating Scales and Questionnaires*⁽¹⁹⁾ descreve uma multiplicidade de “instrumentos de medida” utilizados por enfermeiros na sua prática clínica para medir inca-

pacidades, bem-estar, estados mentais, ansiedade e dor entre outros, tal como em Portugal é muito utilizado, nos hospitais, o Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência em Cuidados de Enfermagem.

Como *objeto mediador* da intervenção de enfermagem, encontrou-se o brinquedo estruturado como instrumento⁽¹²⁾, o que leva a refletir sobre a existência de outros, de idêntica natureza, na prática clínica e que não tenham sido, ainda, objeto de estudo.

Designadas como *estratégias diversas* ou conjuntos de intervenções que visam alcançar objetivos terapêuticos, encontramos a *gestão de sentimentos*, a *gestão da informação*⁽¹¹⁾ e o *toque terapêutico*⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O toque terapêutico tem sido estudado existindo a análise conceptual do termo⁽²⁰⁾. Os estudos de Watson⁽²¹⁾ permitiram ligar o cuidar com respostas pessoais, tendo identificado categorias como “presença do enfermeiro” (incluindo o toque, a “presença sentida”, “sentimentos do enfermeiro permutados”, partilhar tristeza, dor, “deixar uma pessoa sentir”; “dando tempo e tomando tempo”).

A utilização do psicodrama por enfermeiros é realizada com crianças na transição para adolescência, existindo muitos enfermeiros que utilizam terapêuticas não convencionais nos hospitais, sem que seja uma prática generalizada, mas sempre contratualizando com os doentes (narrativas de António Nabais e Irene Santos). Justifica-se alargar o estudo da utilização, pelos enfermeiros, deste tipo de estratégias, não só para lhes dar visibilidade, mas também para analisar diferenças e semelhanças no contexto e nos resultados relativamente à sua utilização por outros profissionais.

É interessante verificar que a utilização do humor, nos cuidados de enfermagem, não aparece como “instrumento” na literatura, mas como uma intervenção em si⁽²²⁻²⁵⁾ pelo que não foi incluída neste estudo. Será isto pelo fato de que, apesar de não existir um conceito unanimemente aceite para o humor, ele parece estar mais estudado?

A *pessoa do enfermeiro*, como instrumento terapêutico, apareceu neste estudo com diversos significados o que parece relevante. A noção de que as intervenções de enfermagem exigem a utilização da pessoa do enfermeiro não é nova. Já em 1960⁽²⁵⁾ se escrevia que é sempre limitada a capacidade da enfermeira para avaliar as necessidades dos outros mas que a capacidade de se sentir próxima de um doente “é característica das melhores enfermeiras” (p.8), acreditando que o auto-conhecimento da enfermeira influencia o exercício da sua função. Várias teóricas de enfermagem têm reforçado esta idéia da utilização de si na relação terapêutica, sendo que existe⁽²⁶⁾ quem considere mesmo que é possível atingir um grau de interação em que o enfermeiro mantendo a sua intencionali-

dade profissional, pode ter uma relação em que se mostra tal como é.

A essência da prática de cuidar é a relação interpessoal que inclui as “pequenas coisas”, o acessório da prática de cuidar são os meios que servem de suporte⁽²⁷⁾ e a pergunta “ter-se-á suficientemente consciência de que se nega e se destrói o profissionalismo dos profissionais da arte de enfermagem ao impor-lhes uma teoria de referência e instrumentos uniformizados e idênticos ...?” (p.84).

A noção de meios e de que a enfermagem tem perfil tecnológico mantém-se, no nosso país, onde a legislação determina que o ensino superior de enfermagem se situa no Subsistema Politécnico (Decreto-Lei 353/99 de 3 de Setembro). Aliás, o mesmo acontece na Finlândia, onde a formação inicial de enfermeiros é feita ao nível do Ensino Superior Politécnico, sendo, no entanto, a formação pós-graduada realizada a nível Universitário. Noutros países, a enfermagem começa a ser vista nas duas vertentes – técnica e humanista.

As práticas médicas parecem afastar-se do sujeito e as de enfermagem aproximam-se⁽²⁸⁻³⁰⁾. A enfermagem tem um papel técnico de base científica cada vez mais importante, mas permanece mais do que o médico em contacto com a vida quotidiana dos clientes, papéis que se legitimam mutuamente⁽²⁸⁾. O mesmo autor⁽²⁸⁾ reforça que não é a técnica que é cuidadora, mas a sua utilização por um profissional, dizendo que quanto mais uma prática de cuidar é tecnicista, mais atenção se deve dar à qualidade da produção dos atos, pois são os atos que fazem objeto do cuidar.

CONCLUSÃO

A literatura de enfermagem, bem como de outras disciplinas do conhecimento, utiliza, continuamente, diferentes termos, aparentemente com o mesmo significado. Acreditam as autoras que a multiplicidade de termos, com um mesmo significado, não contribui para a consistência do conhecimento no seio da disciplina, originando distúrbios comunicativos, quer ao nível da escrita, quer naquilo que é o seu *core*: a interação enfermeiro-paciente.

Exemplos de expressões utilizadas, frequentemente em enfermagem, com um mesmo significa-

do são “instrumentos terapêuticos” e “intervenção terapêutica”.

Partindo da concepção inicial de que a expressão “instrumentos terapêuticos” necessitava ser explicitada, decidiu-se, após revisão sistemática da literatura, proceder a uma exploração conceitual.

Identificando os principais componentes e dimensões do conceito, conclui-se que esta expressão não apresenta, ainda, um significado de tal forma estruturado, que permita considerá-la um conceito clínico, em enfermagem.

Sugere-se, deste modo, a utilização moderada da expressão “instrumentos terapêuticos”, enquanto se aguarda que a literatura científica defina a significação que utiliza, bem como esclareça melhor os seus componentes e dimensões.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Todas as autoras concordam com a versão final deste artigo e participaram equitativamente no desenvolvimento do trabalho que lhe deu origem, o mesmo acontecendo na redação deste texto e sua revisão.

BIBLIOGRAFIA

1. Lima Basto, M.; José, H.; Gomes, I.; Potra, T.; Diogo, P.; Reis, A. Therapeutic instruments used in therapeutic interventions: is there evidence in nursing care? a systematic review of the literature. *Inter Jour of Car Sciences* 2010; 3 (1): 12-21.
2. Horta, W. de A. *Processos de Enfermagem*. São Paulo: EPU/Ed. Universidade de São Paulo; 1979.
3. *Dicionário Editora da Língua Portuguesa: acordo ortográfico*. Porto: Porto Editora. 2010.
4. Meleis, A. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2007.
5. Basto, M. Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. *Pensar Enfer* 2009; 13 (2): 11-18.
6. Walker, L. & Avant, K. *Strategies for theory construction in nursing*. Norwalk, Connecticut: Appleton-century-crofts; 1983.
7. Morse, J; Mitcham, C; Hupcey, C. & Tason, M. Criteria for concept evaluation. *Jour of Adv Nurs* 1996; 24 (2): 385-390.
8. Penrod, J. & Hupcey, J. Concept advancement: extending science through concept-driven research. *Res and The for Nurs Pract* 2005a; 19 (3): 231-241.
9. Penrod, J. & Hupcey, J. Enhancing methodological clarity: principle-based concept analysis. *Jour of Adv Nurs* 2005b; 50 (4): 403-409.
10. De Santis, Joseph. Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIV infection. *Res and The for Nurs Pract* 2008; 22(4): 273-287.
11. Lopes, M. Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* 2005; 39 (2): 220-228.
12. Ribeiro, P.; Sabatés, A.; Ribeiro, C. Utilização do brinquedo como um instrumento terapêutico de intervenção em enfermagem, no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue. *Rev da Esc de Enf da Univ de S. Paulo* 2001; 35 (4): 420-428.
13. Meehan, T. A therapeutic touch as a nursing intervention. *Jour of Adv Nurs* 1998; 28, (1): 117-125.
14. Glazer, S. Therapeutic touch and postmodernism in nursing. *Nurs Phil* 2001; 2: 196-212.
15. Smith, D. Developing the self as a therapeutic tool. *Austr Nurs Jour* 2003; 10(10): 33.
16. Ciampone, J.; Gonçalves, L.; Maia, F.; Padilha, K. Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Act Paul de Enferm* 2006; 19 (1): 28-35.
17. McMahon R. & Pearson A. *Nursing as a therapy* (2nd ed.). Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.; 1998.
18. Slater, P.; McCormack, B. Determining older people's needs for care by registered nurses: the nursing needs assessment tool. *Jour of Adv Nurs* 2005; 52 (6): 601-608.
19. McDowell, I. *Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
20. Campbel, J. A concept analysis of therapeutic touch. In Cutcliffe, J. & McKenna, H. *The essential concepts of nursing* (chapter 18. pp. 287-299). Toronto: Elsevier; 2005.
21. Watson, J. *Postmodern nursing and beyond*. London: Churchill Livingstone; 1999.
22. James, D. Humour: a holistic nursing intervention. *Jour of Hol Nurs* 1995; 13 (3): 239-247.
23. Bakerman, H. Humour as a nursing intervention. *AXON* (March) 1997; 56-61.
24. José, H. *Resposta humana ao humor: quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros* [Tese de Doutorado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2008.
25. Henderson, V. *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures. Lusodidacta; 1960/2007.
26. Parse, R. *Illuminations: the human becoming theory in practice and research*. Chicago: National League for Nursing; 1999.
27. Hesbeen, W. *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência; 2000.
28. Honoré, B. *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência; 2002.
29. Honoré, B. *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência; 2004.
30. Sticklely, T; Freshwater, D. The art of listening in the therapeutic relationship. *Ment H Pract* 2006; 9 (5): 12-18.

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE LYNCH NA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Sónia Novais⁽¹⁾; Liliana Mota⁽²⁾; Isabel Pereira⁽³⁾



Resumo

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é um processo complexo que permite, face à evidência melhorar a qualidade e excelência dos cuidados, bem como melhorar a satisfação dos profissionais e dos clientes. Sendo este processo desconhecido no nosso país é necessário perceber de que modo este se implementa e como se monitoriza a sua eficácia. Adoptamos o modelo de Lynch por fazer sentido na nossa realidade, uma vez que ele foi desenvolvido em circunstâncias de mudanças políticas e organizacionais semelhantes às vivenciadas actualmente na Enfermagem Portuguesa.

Palavras-chave: Supervisão Clínica, Enfermagem, Modelo de Lynch, Implementação

Abstract

IMPLEMENTATION OF THE LYNCH MODEL OF CLINICAL SUPERVISION IN NURSING

Clinical Supervision in Nursing (CSN) is a complex process that allows, in face of the evidence, to improve the quality and the excellence of nursing care and improve the satisfaction of professionals and clients. This process is unknown in our country and it is necessary to understand how it is implemented and how to monitor its effectiveness. We adopt the Lynch model because it makes sense in our reality, since it was developed in circumstances of political and organizational changes similar to those currently experienced in Portuguese Nursing.

Keywords: *Clinical Supervision, Nursing, Lynch model, Implementation.*

Resumen

APLICACION DEL MODELO DE SUPERVISION CLINICA DE LYNCH EN ENFERMERIA

Supervisión clínica en enfermería (SCE) es un proceso complejo que permite, ante la “evidencia, para mejorar la calidad y la excelencia de los cuidados de enfermería y mejorar la satisfacción de los profesionales y clientes. Este proceso es desconocido en nuestro país, lo tenemos que entender cómo se aplica y cómo se controla su eficacia. Adoptamos el modelo de Lynch, ya que tiene sentido en nuestra realidad, ya que se desarrolló en circunstancias de cambios políticos y de organización similares a los que actualmente se experimenta en enfermería portugués.

Palabras clave: *Supervisión clínica, Enfermería, Modelo de Lynch, Implementación*

Rececionado em maio de 2011. Aceite em novembro de 2012

⁽¹⁾ Enfermeira especialista em Médico-Cirúrgica na UCC de Vila do Conde, ACES Grande Porto IV; Mestre em Bioética; doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

⁽²⁾ Enfermeira especialista em Médico-Cirúrgica na Unidade de Transplantação Hepática do Centro Hospitalar do Porto; Mestre em Informática Médica; doutoranda em Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

⁽³⁾ Enfermeira especialista em Médico-Cirúrgica no serviço de Urgência do Hospital Santa Maria Maior de Barcelos, EPE; Mestre em Enfermagem

INTRODUÇÃO

As origens da supervisão clínica em Enfermagem (SCE) remontam à Idade Média, e aos hospitais árabes (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 13). Em Portugal a palavra supervisão encontra-se muito ligada à figura do Enfermeiro Supervisor, que era uma das categorias da carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91, 1991). A figura do Enfermeiro Supervisor continha no seu conteúdo funcional relação com a gestão de serviços, sendo o elo de ligação entre a Direcção de Enfermagem e os Enfermeiros Chefe. Na carreira actual, que ainda se encontra em processo de regulamentação, esta figura desapareceu. Porém e perante o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) da Ordem dos Enfermeiros, surge um período designado de exercício profissional tutelado (EPT) que visa a certificação de competências e que pressupõe a existência de Enfermeiros com formação em SCE que facilitam a transição para a prática profissional de Enfermagem ou para a assunção de novas competências especializadas (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 2). O modelo em que esta SC irá decorrer ainda não foi definido, mas parece-nos que a SCE não se pode limitar apenas a um modelo de aquisições e certificação de competências, uma vez que um dos objectivos apontado pelos diferentes autores nesta matéria é acompanhar os Enfermeiros ao longo do seu percurso profissional.

Em países como o Reino Unido ou a Austrália, após a elaboração de relatórios governamentais que sublinhavam a insatisfação dos Enfermeiros demonstrada pelas altas taxas de *turnover* e de absentismo, a SCE foi implementada como medida de solução desta crise, porém existem ainda poucos estudos acerca da sua eficácia. Do mesmo modo existe uma indefinição de liderança nestes processos, assim não é conhecida claramente a sua finalidade, quais os modelos e procedimentos adoptados, o que os estudos entendem como um obstáculo à implementação da SCE nesses países (Lynch e Happell (a), 2008, p. 57).

Num cenário de indecisão e de incertezas é necessário reflectir acerca dos modelos de SCE que nos são apresentados pela bibliografia disponível, e tentar realizar uma análise crítica, percebendo as dimensões, objectivos e adequação à realidade da Enfermagem Portuguesa de um modelo de implementação da SCE. Deste modo propomo-nos analisar criticamente o modelo de SCE de Lynch, desenvolvido na Austrália no âmbito de uma tese de doutoramento e baseado no modelo supervisão de Driscoll (Lynch, Hancox, Happell e Parker, 2008).

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: EM BUSCA DE UM CONCEITO

A definição de SCE depende do modelo seleccionado e do contexto em que ele é adoptado, dos intervenientes e da cultura da organização onde ela é implementada. Porém, da leitura realizada dos artigos encontrados e das orientações do Royal College of Nursing, a SCE ajuda os profissionais a desenvolverem competências, conhecimento e valores profissionais ao longo da sua carreira, assumindo responsabilidade pelos cuidados prestados e pela segurança dos mesmos (Royal College of Nursing, 2003, p. 3). Deste modo, a SCE não é apenas utilizada numa fase inicial de transição para o modelo profissional, nem na transição para o exercício especializado, mas ao longo de todo o processo de evolução profissional dos Enfermeiros. Pensando no rápido desenvolvimento tecnológico e científico, nas novas competências que são exigidas, bem como as actividades cada vez mais diferenciadas executadas pelos profissionais de Enfermagem, a necessidade de suporte e aconselhamento encontram-se cada vez mais presentes. Um outro aspecto importante prende-se com o facto de ser necessário cuidar de quem cuida, de modo, a obter uma melhor qualidade dos cuidados, com melhoria dos resultados obtidos para os clientes e com maior satisfação dos profissionais (Hyrkäs e Paunonen-Ilmonen, 2001).

Segundo Lynch, Hancox, Happell e Parker (2008, p. 16) a SCE define-se como:

– Um espaço de suporte para a reflexão profissional que promove o crescimento, o desenvolvimento e a aprendizagem;

– A relação entre supervisor e supervisionado é primordial e afecta o resultado da supervisão clínica;

– É um processo voluntário, onde todas as partes envolvidas necessitam de estar comprometidas e serem abertas e honestas.

Deste modo, não podemos entender a SEC como um modelo de vigilância, auditoria ou inspecção das práticas dos Enfermeiros, uma vez que isto deturparia a sua finalidade. Também não é um espaço de terapia pessoal, uma vez que incide no papel profissional dos Enfermeiros e não na sua vida pessoal. O papel da SCE encontra-se para além do papel de suporte de pares ou de estudos de casos clínicos, uma vez que exige um processo formal de implementação e formação.

É partindo destes pressupostos que as autoras do modelo estudado defendem que ao contrário da supervisão administrativa, através do modelo de avaliação de desempenho, e que visa a *accountability*, a SCE pressupõe uma oportunidade individual de aprendizagem e desenvolvimento, uma vez que se dirige às necessidades de aprendizagem individual do profissional, procurando desenvolver a excelência dos cuidados por ele prestados. A relação que se estabelece entre o supervisor e o supervisionado deve proporcionar um crescimento pessoal e profissional, sendo que é necessária uma formação específica em SC do supervisor (Lynch, Happell e Sharrock, 2008, p. 9). Devemos salientar que este processo de SCE é um processo voluntário e confidencial.

Em síntese, a SCE, na óptica das autoras estudadas, não é uma função dos Enfermeiros gestores, não é um modelo de desenvolvimento profissional inicial, do tipo *preceptorship* ou *mentorship*. Também não é um modelo de integração de novos elementos no serviço ou de simples aquisição de competências, mas é entendido como um modelo de desenvolvimento e apoio que evolui ao longo da carreira e que tenta ir ao encontro das necessidades individuais dos Enfermeiros de melhoria da sua performance profissional (Garrido, Simões e Pires, 2008, p. 18).

MODELO DE LYNCH: UM MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA

Uma das dificuldades da SCE como já referimos prende-se com a desconfiança que existe acerca das suas finalidades, nomeadamente da confusão existente entre supervisão clínica e supervisão administrativa. Já existem classificações de modelos de SC, porém da análise dessas classificações notamos que esses modelos desenvolvidos tentam explicar ou o modo como as relações de supervisão se estabelecem, ou as finalidades para que se orientam (Lynch, Hancox, Happell e Parker, 2008). Este aspecto, embora importante não pode acontecer sem que exista a implementação deste processo, deste modo, o modelo de Lynch sugere-nos um modelo de implementação, que não encerra em si uma visão única da relação ou das finalidades da supervisão.

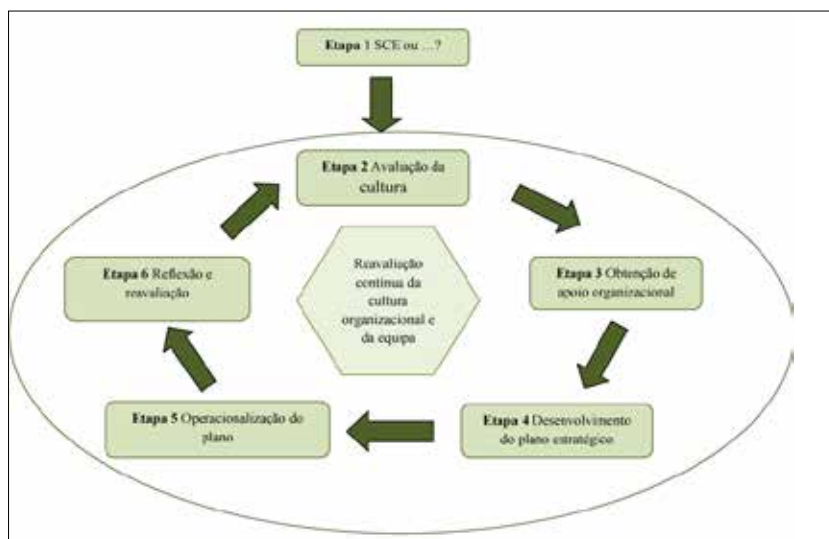
Partindo do modelo de Driscoll (2000), adoptado pelo Royal College of Nursing britânico, e da observação da implementação de um processo de SCE no contexto da saúde mental, numa região rural da Austrália, as autoras desenvolveram um modelo que pode ser adoptado noutros contextos, uma vez que parte de pressupostos observados também fora do âmbito das instituições de saúde mental.

Partindo das limitações do modelo de Driscoll encontradas na pesquisa a autora desenvolve um modelo que nos permite avaliar o impacto das diferentes forças favoráveis ou de resistência à implementação da SCE, bem como encoraja uma monitorização contínua e regular da cultura organizacional. Este modelo organiza-se em seis etapas articuladas entre si, sendo que a passagem à etapa seguinte pressupõe a resolução de tarefas chave da etapa anterior, e está exemplificado na figura 1.

No estadio 1 pondera-se a necessidade da SCE. Deste modo é fundamental perceber o que a organização pretende para o desenvolvimento da Enfermagem. Como tarefas chave a resolver, as autoras identificam (Lynch, Hancox, Happell e Parker, 2008, p. 63):

– Estabelecer a liderança e a equipa chave que conduz a implementação;

Figura 1: Modelo de implementação da SCE de Lynch – adaptado de Lynch, Hancox, Happell e Parker, (2008, p. 62).



– Consultar pessoas em posição de destaque na organização acerca da necessidade ou não de algum modelo de SCE, dos seus benefícios, e se a SCE pode ser implementada com sucesso na organização.

No estadio 2 avalia-se a cultura da organização, identificando os diferentes campos de força, isto é, as forças favoráveis à SCE e os entraves à mesma. Isto permite-nos identificar se a organização está preparada para a implementação da SCE e dá-nos, igualmente, indicações sobre a direcção a tomar na definição da estratégia organizacional. Como tarefas chave de resolução desta etapa destacam-se (Lynch, Hancox, Happell e Parker, 2008, p. 64):

– Realização da análise dos campos de forças, identificando as forças favoráveis e as forças de resistência;

– Discutir os achados determinando a importância das diferentes forças, estabelecendo uma lista de prioridades;

– Tendo por base estas considerações, elaborar um plano de acção que direcione as diferentes forças. Por exemplo, se a SCE é identificada com a supervisão administrativa é realizada formação acerca do seu conceito e dos seus objectivos, e escolhem-se como líderes deste processo pessoas não relacionadas com a gestão ou até pessoas externas à organização.

No estadio 3 pretende-se obter o suporte organizacional, uma vez que sem este suporte não é possível realizar a sua implementação. É necessário demonstrar a que a SCE é eficaz e eco-

nomicamente viável, monitorizando as áreas problemáticas, tais como, o absentismo, um aumento na criatividade e na inovação das práticas e um aumento na satisfação dos clientes (Lynch & Happell (b), 2008, p. 65). Dado o nível de desconfiança que existe sobre este processo de SCE, bem como a falta de conhecimento em todos os níveis da organização, é necessário o compromisso da organização de forma a providenciar os recursos necessários, por exemplo de facilitadores externos. Os principais recursos disponibilizados devem incluir fundos para formação, instalações e apoio de retaguarda.

Como tarefas chave desta etapa as autores preconizam (Lynch, Hancox, Happell e Parker, 2008, p. 65):

– A identificação das pessoas com poder de decisão na organização;

– Desenvolver um plano simples que permita perceber de que modo eu chego a essas pessoas, e qual o suporte que ela podem proporcionar ao processo;

– Desenvolver estratégias de comunicação que assegurem uma informação clara e fiel a todos os envolvidos;

– Definir os tempos de consultadoria;

– Identificar os recursos necessários e quais podem ser obtidos em tempo útil.

Neste fase, a equipa de implementação da SCE

encontra-se preparada para desenvolver um plano estratégico, o que define o estadio 4. Este plano reflete o trabalho realizado nas etapas anteriores e baseia-se na consultadoria das pessoas com poder de decisão. Este plano estratégico deve incluir todos os aspectos necessários à implementação, divulgação e monitorização do processo de SCE, o que define a tarefa chave desta etapa.

A autoras propõem na etapa 5 operacionalizar o plano desenvolvido anteriormente. É nesta fase que as estratégias de marketing são colocadas em prática, através do lançamento do programa de SCE, num evento público dirigido a todos os envolvidos e com o desenvolvimento de logotipo e slogans atractivos.

Esta etapa caracteriza-se pela escolha das pessoas que irão ser supervisores clínicos, as quais devem ser pessoas interessadas e motivadas para este processo, devem ter a capacidade de gestão de recursos, devem ser reconhecidas e respeitadas na organização, devem ser provenientes de diferentes posições na organização. Para além disso, devem ser pessoas com expertise em comunicação, marketing, em estratégias de educação e formação, de pesquisa e avaliação.

Dependendo da avaliação da cultura organizacional realizada no estadio 1, o modelo de formação dos supervisores clínicos pode ser um modelo de formação externa, um modelo híbrido ou um modelo de formação interna (Lynch, Hancox, Happell e Parker, 2008, p. 69). O modelo de formação externa aplica-se num contexto cultural organizacional negativo à SCE e onde não existe experiência neste processo. Um modelo híbrido utiliza-se em duas situações diferentes: quando a cultura organizacional é negativa mas existe experiência do processo de SCE; ou no contexto de um ambiente cultural neutro ou positivo mas onde não existe experiência de supervisão. O modelo de formação interno pressupõe uma cultura neutra ou positiva e experiência em SCE dentro da organização.

Chegamos deste modo à última etapa deste modelo de implementação da SCE, que as autoras definem por reflexão e avaliação das estratégias. Procura-se reflectir acerca das mudanças introduzidas na cultura organizacional numa óptica de previsão da sustentabilidade do processo, de modo a

prosseguir e a modificar estratégias de acordo com a evolução da cultura da organização.

Se repararmos na figura 1 notamos um círculo que encerra as etapas 2 à 6 e que permite criar um fluxo contínuo entre estas etapas, uma vez que a avaliação da cultura organizacional se faz de modo contínuo.

Na avaliação realizada pelas autoras no contexto da saúde mental na Austrália, no primeiro estadio, 80% dos envolvidos no processo mostravam-se com dúvidas e desconfiados acerca das vantagens da implementação da SCE, o resultado da avaliação realizada na etapa 6 demonstrava que apenas 15 a 30% continuava a demonstrar renitência a este processo (Lynch e Happell (c), 2008, p. 69). Deste modo, provaram que este modelo de implementação permite identificar os obstáculos à implementação da SCE, e criar estratégias que reduzam a desconfiança no processo, permitindo uma implementação eficaz e satisfatória para os intervenientes.

IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM PORTUGAL: ANÁLISE CRÍTICA DO MODELO DE LYNCH

A implementação deste modelo aconteceu na Austrália num período semelhante ao que a Enfermagem Portuguesa atravessa neste momento. No estudo é relatado que as enfermeiras passaram por diversas mudanças na política de gestão da instituição, que era uma instituição pública e passou a ser uma instituição privada, com alterações profundas nos modelos de gestão e de contratação dos recursos humanos.

As mudanças verificadas nos modelos de tratamento da doença mental com uma progressiva desinstitucionalização dos doentes, bem como uma diferença nos modelos de formação dos enfermeiros e de gestão das organizações serviram para criar um clima de incerteza e instabilidade (Lynch e Happell (a), 2008, p. 60). Este clima de transição é semelhante ao vivido actualmente na Enfermagem Portuguesa, pelo que consideramos que este pode ser um dos momentos oportunos

para iniciar um processo de implementação da SCE nas nossas instituições.

Este modelo é interessante porque tenta criar uma hierarquia das diferentes forças, favoráveis ou não à SCE, o que torna mais fácil perceber qual a diferença das forças existentes e a criação de estratégias que permitam vencer os obstáculos.

Como no nosso país a SCE ainda não foi implementada, as primeiras três etapas têm um carácter fundamental, uma vez que permitem questionar qual a alternativa à SCE, quais as forças favoráveis e qual o seu peso na cultura organizacional, e orientar o plano estratégico de acordo com o contexto cultural de cada organização. Deste modo, a implementação da SCE obedece a um plano próprio de cada instituição, o que visa diminuir os obstáculos, e permite que, de acordo com a cultura da organização, seja adoptado qualquer modelo centrado na relação supervisiva ou um modelo centrado nas funções de supervisão, quer um modelo de desenvolvimento de competências como o de Benner, quer um modelo centrado nos cuidados ao cliente (Garrido, Simões e Pires, 2008). Este modelo permite a participação dos interessados promovendo acções de formação diferentes, quer para os supervisores quer para os supervisados.

CONCLUSÃO

Da leitura dos artigos encontramos evidência da eficácia da SCE na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Implementada em vários países, em Portugal apenas é realizada no âmbito do ensino clínico em Enfermagem. Os primeiros passos estão a ser dados ainda de forma insipiente ao ser introduzida como modelo de desenvolvimento de competências pelo novo modelo de desenvolvimento profissional proposto pela Ordem dos Enfermeiros.

O modelo de Lynch é vantajoso porque permite identificar as diferentes etapas de implementação de um processo de SCE. Além disso, são identificadas actividades chave dentro de cada etapa que devem ser solucionadas para uma correcta e efectiva implementação do processo de SCE. Além disso permite a reavaliação constante da cultura

organizacional envolvendo supervisores e supervisados na construção do projecto.

Ao mesmo tempo que descreve as diferentes etapas, a autora dá-nos uma visão ampla e real da dificuldades que podem ser encontradas nesse processo, uma vez que este modelo parte da realidade de um processo de implementação para a abstracção de um modelo.

Este modelo de implementação permite que as instituições adoptem o modelo de SCE que mais se adequa à sua realidade. Além disso, a permanente reavaliação do contexto cultural da organização permite um ajuste em tempo real às alterações que acontecem ao longo do tempo.

Num período de tantas mudanças na nossa formação, carreira e contratualização é importante que os Enfermeiros Portugueses percebam a importância deste processo e de que modo a SCE pode responder a algumas dificuldades partilhadas por todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DECRETO-LEI N.º 437/91. (1991). "Diário da República I-A série". 257 (08-11-1991) 5723-5741.
- DRISCOLL, J. (2000). **Practicing Clinical Supervision: A Reflexive Approach**. London: Balliere Tindall.
- GARRIDO, A., SIMÕES, J., & PIRES, R. (2008). **Supervisão clínica em Enfermagem: perspectivas práticas**. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- HYRKÄS, K., & PAUNONEN-ILMONEN, M. (2001). The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. **Journal of Advanced Nursing**, Vol 33, n.º 4, p. 492-502.
- LYNCH, L., & HAPPELL, B. (a) (2008). Implementing clinical supervision: Part 1 Laying the ground work. **International Journal of Mental Health Nursing**, Vol.17, n.º 1, p. 57-64.
- LYNCH, L., & HAPPELL, B. (b) (2008). Implementation of clinical supervision in action: Part 2 Implementation and beyond. **International Journal of Mental Health Nursing**, Vol. 17, n.º 1, p. 65-72.
- LYNCH, L., HANCOX, K., HAPPELL, B., & PARKER, J. (2008). **Clinical Supervision for Nurses**. Oxford: Wiley-Blackwell.
- LYNCH, L., HAPPELL, B., & SHARROCK, J. (2008). Clinical Supervision: An Exploration of its Origins and Definitions. **International Journal of Psychiatric Nursing Research**, Vol. 13, n.º 2, p. 1-19.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). Modelo de desenvolvimento profissional. **Newsletter - Estudante**, Vol. 1, p. 1-4.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING. (December de 2003). Clinical supervision in the workplace. [Em linha]. [Consult.11 de Janeiro de 2010]. Disponível em www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/.../001549.pdf.

LIDERANÇA E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS:

ESTUDO REALIZADO COM ENFERMEIROS RESPONSÁVEIS*

José António Canceião Alves ⁽¹⁾



Resumo

A liderança e a inteligência emocional são conceitos que têm suscitado acrescido interesse, nas instituições hospitalares sendo o enfermeiro-chefe o actor principal para essa gestão emocional.

Neste estudo procura-se identificar o estilo de liderança e as capacidades da inteligência emocional que se evidenciam na gestão dos serviços hospitalares.

O trabalho divide-se em duas partes. Partindo do modelo e da escala L.P.C. de Fiedler (1967) e do modelo de Goleman (2009), à luz da Escala das Capacidades de Inteligência Emocional de Veiga Branco (2004), procedeu-se a um estudo de carácter exploratório, descritivo e correlacional, através dos métodos da investigação quantitativa.

A amostra é constituída por 153 enfermeiros-chefes e enfermeiros especialistas responsáveis de serviço, a trabalhar em oito hospitais da região norte e centro, deste país.

Os resultados obtidos sugerem em termos de estilo de liderança e capacidade de inteligência emocional (no global, à excepção da empatia), que consoante aumenta o tempo de serviço, tempo de chefia e a idade, os enfermeiros tendem a ter maior orientação para o relacionamento. Por outro lado, os homens, face às mulheres, manifestam em termos de estilo de liderança, maior motivação para a tarefa.

Palavras-chave: Liderança, Inteligência Emocional, Enfermagem, Capacidades, Competência.

Abstract

LEADERSHIP AND EMOTIONAL INTELLIGENCE OF NURSES: WITH STUDY NURSES RESPONSIBLE

The leadership and emotional intelligence are concepts that have received increased interest among researchers of organizations, which are, essential tools for greater productivity.

Given this reality, in hospitals the nurse-in-chief presents himself as the main actor for this emotional management.

This study seeks to identify the leadership style and skills of emotional intelligence that are evident in the management of hospital services. The work is divided into two parts. Based on the model and scale L.P.C. Fiedler's (1967) and the model of Goleman (2009) in light of the Scale of Emotional Intelligence Capabilities of Veiga Branco (2004), we proceeded to study exploratory, descriptive and correlational, using the methods of quantitative research.

The sample comprised 153 nurses-in-chief, nurses specialists in charge of service, working in eight hospitals in northern and central regions of this country.

The results suggest in terms of leadership style and emotional intelligence (in global, with the exception of empathy), that depending on the increase of service time, time management and age, nurses tend to have more focus to the relationship.

On the other hand, men manifest in terms of leadership style, greater motivation towards the task, than women.

Keywords: Leadership, Emotional Intelligence, Nursing, Capability, Competence.

Resumen

LIDERAZGO Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DE ENFERMEROS: ESTUDIA CON LOS ENFERMEROS RESPONSABLES

El liderazgo y la inteligencia emocional son conceptos que han atraído un creciente interés, en los hospitales es el jefe de enfermeros el actor principal de esta gestión emocional.

En este estudio, hemos tratado de identificar el estilo de liderazgo y las habilidades de la inteligencia emocional que se evidencia en la gestión de los servicios hospitalarios.

El trabajo se divide en dos partes. Basado en el modelo y la escala L.P.C. modelo de Fiedler (1967), y Goleman (2009) a la luz de la Escala de Capacidades de Inteligencia Emocional Veiga Branco (2004), se procedió a un estudio de naturaleza exploratorio, descriptivo y correlacional, a través de los métodos de investigación cuantitativa.

La muestra se compone de 153 enfermeros jefes y enfermeros especialistas responsables de servicios, trabajando en ocho hospitales en el norte y centro del país.

Los resultados sugieren, en términos de estilo de liderazgo y la capacidad de la inteligencia emocional (en general, a excepción de la empatía), que aumenta en función de la antigüedad en el servicio, tiempo de gestión y la edad, las enfermeras tienden a tener un mayor enfoque en la relación.

Por otro lado, los hombres, en comparación con las mujeres, expresadas en términos de estilo de liderazgo, una mayor motivación para la tarea.

Palabras clave: Liderazgo, Inteligencia Emocional, Enfermería, Capacidad, Competencia.

Rececionado em agosto de 2013. Aceite em dezembro de 2013

* Este artigo é parte integrante da Dissertação de Mestrado em Gestão, Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, apresentada ao Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa.

⁽¹⁾ Hospital Distrital de Águeda. Mestre em Gestão, Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, as alterações sociais provocaram particulares reflexos nas instituições de saúde com implicações ao nível dos seus serviços, sendo a enfermagem parte fundamental desta reestruturação organizacional.

Exige-se, dos enfermeiros, maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão, exigências estas que, aliás, estão consignadas no seu estatuto e regulamento do exercício profissional.

Estudos têm evidenciado que o impacto da liderança sobre os seus subordinados e os resultados obtidos pela organização é significativo, e que esse factor é um dos denominadores comuns de maior relevância em empresas bem sucedidas (Bennis, 1999).

Hoje em dia, os “melhores” também se diferenciam pela auto-confiança, auto-domínio e integridade, e pela capacidade de comunicar, de influenciar, de se colocar no lugar do outro e de se adaptar à mudança. De facto, qualquer que seja o exercício profissional não basta ser dotado de inteligência cognitiva ou ser tecnicamente bom. A evidência mostra a necessidade de desenvolver algumas capacidades que não são exclusivamente cognitivas, como por exemplo: a criatividade, a flexibilidade, a assertividade, o espírito de inter-ajuda e o saber estar (Goleman, 2005, 2009; Salovey, Mayer e Caruso, 2002).

Segundo esta ideia, os enfermeiros responsáveis são posicionados não só perante as dificuldades relacionadas especificamente com a sua profissão, mas também com a sua posição na hierarquia organizacional, confrontados com as responsabilidades das suas funções e competências, com a gestão e liderança dos grupos que chefiam e com as expectativas e necessidades dos utentes.

LIDERANÇA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A liderança não se refere apenas às características ou ao comportamento do indivíduo, mas também à influência do contexto no qual o líder conduz os outros (Harvey, 1996).

É de salientar que um líder pode dominar um ou vários estilos de liderança em dada altura e

noutra ser capaz de aplicar esses e ainda outros. O segredo, de acordo com Veiga Branco (2004), consiste em reforçar as competências de inteligência emocional que estão subjacentes aos estilos de liderança.

Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), elevados níveis de inteligência emocional criam um clima de confiança, favorável à partilha de informação, a um saudável assumir de riscos e a uma aprendizagem constante. Baixos níveis de inteligência emocional criam um clima tenso, de medo e ansiedade, que pode resultar bem, a curto-prazo, mas a médio-prazo, condena a organização ao fracasso.

Segundo Cunha et al. (2007), a evidência teórica e empírica produzida é reveladora de três benefícios e impactos principais da relação entre inteligência emocional e liderança no contexto organizacional. Em primeiro lugar, “os líderes emocionalmente mais inteligentes tendem a ser mais eficazes na consecução dos objectivos do grupo/organização, assim como na satisfação e realização pessoal dos seguidores”. Em segundo lugar, “diferentes situações de liderança requerem diferentes combinações de competências emocionais” e finalmente, “os efeitos positivos que têm vindo a ser apontados à liderança podem ser explicados em medida considerável, pelas competências emocionais que os líderes denotam. São estas que suportam a articulação da visão, a consideração dos colaboradores, a criatividade no processo decisório, a gestão construtiva dos conflitos e a interacção frutuosa dos membros da equipa” (Cunha et al., 2007, p. 137).

Ao contrário do que habitualmente transparece, existem líderes em todas as posições da hierarquia de uma organização. A liderança não está apenas na pessoa que ocupa a posição hierárquica mais elevada, mas reparte-se por todos os indivíduos que, de uma forma ou de outra, funcionam como líderes de um grupo de seguidores (Dias, 2005).

A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E A ENFERMAGEM

A formação do enfermeiro líder é uma condição básica para esse profissional tentar mudanças na

sua prática diária, com vista a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, conciliando os objectivos organizacionais com as necessidades do pessoal de enfermagem.

Braga (2001) explica que o enfermeiro líder precisa saber comunicar e gerir a comunicação, pois a habilidade comunicativa é fundamental para que este profissional conquiste relações profissionais e pessoais mais significativas, com maior auto-consciência e aceitação das diferenças.

Os enfermeiros portugueses, como noutros países do mundo ocidental, enfrentam cada vez maiores desafios, relacionados com “a complexidade das situações de saúde e doença que exigem uma abordagem interdisciplinar, que extravasa a área da saúde e que obriga a um verdadeiro trabalho de equipa (...) para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua actividade” (Santos, Duarte e Subtil, 2004, p. 4).

Assim, no contexto de trabalho dos enfermeiros, onde as exigências do trabalho ao nível das emoções e da empatia por parte dos profissionais é grande, torna-se vital a capacidade de ressonância dos líderes, capazes de criar ambientes de trabalho favoráveis aos bons desempenhos profissionais e à optimização de resultados. Num estudo desenvolvido por Dias (2005), sobre o estilo de liderança que permite ao enfermeiro-chefe optimizar o desempenho eficaz dos seus colaboradores, mantendo-os nos níveis mais elevados de motivação, concluiu-se que o enfermeiro-chefe que mantém uma elevada consideração pelos sentimentos e emoções dos enfermeiros subordinados, é aquele que se revela mais facilitador da interacção do grupo para atingir os objectivos estipulados.

Desta maneira, as investigações existentes mostram que os grandes líderes fazem-se, isto é, ao longo da vida e da carreira profissional vão adquirindo as competências que os tornam mais eficientes (Neto e Marujo, 2002). No exercício profissional de enfermagem e nas organizações onde trabalham os enfermeiros, isto não é excepção. Ao nível da gestão operacional, os estilos de liderança dos enfermeiros-chefes influenciam a motivação para o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, levando-os a maior equilíbrio e satisfação laboral (Dias, 2005), o que nos leva a crer que um líder

pode ser enfermeiro-chefe mas, ao contrário, um enfermeiro-chefe pode não ser líder.

De acordo com Veiga Branco (2004), uma pessoa com elevada competência emocional é aquela que tem também uma alta percepção daquilo que consegue ou não controlar. Assim sendo, esta ideia torna-se essencial neste estudo no sentido em que, através da auto-percepção que cada pessoa tem das suas capacidades de inteligência emocional, poder-se-á perceber melhor a forma como estas interferem no desempenho profissional, bem como poderão ser utilizadas na melhoria dos processos e relações profissionais.

Aqueles que apresentam as capacidades de identificar emoções, de as utilizar no processo de pensamento e de as compreender e analisar, sabendo lidar com elas relativamente a si próprio e aos outros, são indivíduos emocionalmente inteligentes (Kerfoot, 1996, citado por Vitello-Cicciu, 2003). O estudo das capacidades emocionais e o reconhecimento do seu interesse é uma necessidade verificada e registada por vários autores. Um gestor não pode ignorar este facto, pois o sucesso do desempenho profissional dos enfermeiros e, consequentemente, de toda a equipa envolvida nos cuidados de saúde aos cidadãos, depende deste reconhecimento (Bellack, 1999).

METODOLOGIA

Tendo por base a contextualização desta investigação, e acreditando que a liderança e a inteligência emocional são importantes no contexto profissional dos enfermeiros, ambicionamos contribuir para a melhoria da gestão dos recursos humanos, para efeitos da organização e formação dos enfermeiros.

Escolhendo-se como quadro conceptual, a teoria da contingência de Fiedler, validada para a população portuguesa por Jesuino (2005), pela sua comprovada estabilidade, abrangência e frequente utilização no estudo da eficácia da liderança em grupos de trabalho (naturais e de laboratório), em que se valoriza concomitantemente o estilo de liderança e as dimensões da situação – relação líder-membro, estruturação da tarefa e poder formal do líder – de modo a proporcionar uma vi-

são contingente da realidade grupal; e o modelo de inteligência emocional de Goleman (2009), validado para a população portuguesa através da escala de capacidades da inteligência emocional (Branco, 2004) e para enfermeiros (Vilela, 2006), pela actual tendência de percepção e interpretação das práticas de enfermagem (enfermeiros-chefes / enfermeiros especialistas) com base nas competências emocionais.

Face ao enquadramento teórico realizado e para a concretização do presente estudo entende-se delinear a seguinte questão de investigação:

Qual a relação entre o tipo de liderança e a capacidade de inteligência emocional, nos enfermeiros-chefes / enfermeiros especialistas?

Face ao exposto e tendo em conta a intenção do presente estudo, foram definidos os seguintes objectivos:

1. Conhecer as variáveis que caracterizam a população em estudo, do ponto de vista pessoal e demográfico;
2. Saber qual o estilo de liderança do enfermeiro-chefe/enfermeiro especialista, como actor-chave na organização da prestação de cuidados de saúde.
3. Conhecer qual o tipo de controlo e influência situacional existente nos grupos de trabalho em enfermagem nos serviços hospitalares;
4. Identificar as características da inteligência emocional mais evidentes nos enfermeiros-chefes/enfermeiros especialistas;
5. Analisar como se relacionam entre si as capacidades da inteligência emocional;
6. Conhecer do ponto de vista relacional, o nível de interacção dos estilos de liderança com o global das capacidades da inteligência emocional.
7. Relacionar o estilo de liderança e o global das capacidades da inteligência emocional com os factores endógenos (idade, sexo, tempo de serviço e cargo).

Neste estudo, tendo em conta o modelo de investigação serão testadas as seguintes hipóteses:

1. O estilo de liderança está correlacionado com as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros.
2. Há relação entre o sexo dos enfermeiros e o

seu estilo de liderança.

3. Há relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e o seu estilo de liderança.
4. Há relação entre a categoria profissional dos enfermeiros e o seu estilo de liderança.
5. Há relação entre a idade dos enfermeiros e o seu estilo de liderança.
6. Há relação entre tempo de chefia dos enfermeiros e o seu estilo de liderança.
7. Há relação entre a especialidade dos enfermeiros e o seu estilo de liderança.
8. Há relação entre o sexo dos enfermeiros e a sua capacidade de inteligência emocional.
9. Há relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e a sua capacidade de inteligência emocional.
10. Há relação entre a idade dos enfermeiros e a sua capacidade de inteligência emocional.
11. Há relação entre a categoria profissional dos enfermeiros e a sua capacidade de inteligência emocional.
12. Há relação entre o tempo de chefia dos enfermeiros e a sua capacidade de inteligência emocional.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Optou-se por aplicar o presente estudo a 26 unidades hospitalares da região norte e centro do país, obtendo resposta de 8, permitindo aplicar questionários a uma população de 242 enfermeiros (chefes e especialistas).

De notar que, foram salvaguardados aspectos éticos fundamentais. Foi tido como princípio o esclarecimento do propósito do estudo aos sujeitos envolvidos e dada especial ênfase na garantia de privacidade e anonimato dos dados colhidos.

Pode-se considerar que, no global, a receptividade dos enfermeiros ao estudo foi boa, de um universo de 242 enfermeiros-chefes e enfermeiros responsáveis de serviço, responderam 154, constituindo-se assim a amostra do nosso estudo, afigurando-se 63,6% da população de acesso. Foi eliminado um questionário por se encontrar incorrectamente preenchido, convertendo assim, a amostra do estudo em 153, representando 63,2% da população-alvo.

INSTRUMENTO

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por três instrumentos de colheita de dados, que passa-se a apresentar seguindo a ordem em que foram apresentados aos enfermeiros-chefes e enfermeiros especialistas:

- Dados sócio-demográficos;
- Teoria da contingência de Fiedler (1967);
- Escala de capacidades da inteligência emocional (Veiga Branco, 2004).

TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tratados no programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 17,0.

O tratamento estatístico efectuou-se a dois níveis: estatística descritiva e inferencial.

A **Análise estatística descritiva** permite fazer uma descrição geral da amostra e a apresentação dos dados em quadros e gráficos. Recorreu-se aos seguintes testes estatísticos:

- Frequências:
Absolutas (n);
Relativas (%).
- Medidas de Tendência Central:
Média Aritmética (\bar{x});
Moda (Mo);
Mediana (Md).
- Medidas de Dispersão
Desvio Padrão (DP).
- Coefficientes:
“alpha” de Cronbach

A **Análise estatística inferencial** permite testar as hipóteses de investigação formuladas e predizer a possibilidade de generalização dos resultados para a população.

Com a finalidade de seleccionar os testes de hipóteses recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors, para todos os instrumentos utilizados. Dado que o nível de significância obtido para todas as escalas (excepção da Escala do Poder Formal da Posição do Líder) foi superior a 0,005, aceita-se a hipótese da sua distribuição ser normal. Em seguida foi aplicado o Teste de Homogeneidade das Variâncias, cujo valor foi superior ao nível de significância, portanto

não se rejeita H_0 . Então não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variâncias são diferentes, é assumida a igualdade das variâncias, sendo o valor prova inferior a 0,001.

Mediante estes resultados, e a dimensão da amostra (n=153) elegeu-se para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos paramétricos. Os testes eleitos foram: Correlação de Pearson, teste t de Student para diferença de médias com grupos independentes e o teste de análise de variância (Anova).

O nível de significância utilizado no nosso estudo foi de 0,05 ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Verificou-se que a maioria da amostra é do sexo feminino (69,3%), o que está de acordo com o estudo realizado por Vilela (2006) sobre Capacidade da Inteligência Emocional em Enfermeiros, onde predominou também o sexo feminino, traduzindo a tendência histórica da profissão de enfermagem ainda vigente. Embora, estes dados estejam de acordo com os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, são contrários aos da base de dados da Função Pública (2005), onde a participação das mulheres em lugares de dirigentes e chefias da Administração Pública são inferiores a 28,9%.

No que diz respeito às idades dos enfermeiros-chefes e enfermeiros especialistas responsáveis de serviço da nossa amostra, verificou-se que a média das idades situa-se nos 44,51 anos, sendo as idades mais representativas compreendidas entre os 46 e 55 anos de idade, correspondendo a 50,3% da amostra. Segundo os dados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2010), reportando-se a 2009, o grupo etário mais representativo dos enfermeiros portugueses está compreendido entre os 26 e 30 anos, sendo que entre os 46 e 55 anos de idade pertence a 16,32% dos enfermeiros portugueses. Acrescenta-se ainda, que de acordo com a mesma fonte, do universo dos enfermeiros portugueses, 2,33% têm como área de actuação a gestão, contudo 57,28% dos enfermeiros não identificam a sua área de actuação. Por outro lado, dos 9715 enfermeiros especialistas, também não é referido quantos acumulam prestação de cuidados com gestão.

Pensa-se que, estes factos podem ser explicados primeiro, pelo afluxo de formação de enfermeiros que tem vindo a aumentar substancialmente nos últimos anos, ingressando a sua maioria como enfermeiros generalistas e, em segundo lugar, pela reestruturação dos cuidados de saúde, provocada pela conjuntura externa e pelo condicionamento das progressões, provocada pela renegociação da carreira de enfermagem que remonta ao Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro.

Quanto ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros em estudo, a maior parte dos enfermeiros (38,6%) exercem funções há 26 ou mais anos, em oposição a 1,3% que exercem funções há cinco ou menos anos. Neste sentido, convém ter em conta os problemas ligados à mobilidade que actualmente afectam a função pública, acrescido da admissão de um funcionário para cada dois que saem e a própria alteração das condições de aposentação.

Analisando a amostra em estudo quanto à categoria profissional observa-se que a maioria (49,0%) são enfermeiros-chefes, face a 41,8% que são especialistas, estando em conformidade com a carreira, onde existe grande proximidades, relativamente à área de gestão.

Em relação ao tempo de exercício como enfermeiro especialista, a maior parte (31,4%) tem um tempo de exercício de 5 ou menos anos, plausível com o facto de ter existido dois períodos em que a formação de especialistas era muito reduzida, entre 2000-2002 e 2003-2005, conforme dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2010), e posteriormente, passou a existir maior número de cursos, em quase todas as escolas, causando um grande aumento de especialistas.

Analisando a amostra relativamente ao tempo que exerciam funções como enfermeiro-chefe e o tempo de chefia no actual serviço, a maioria fazem-no há 5 ou menos anos, o que nos pode levar a pensar nas recentes alterações nas políticas da saúde, que remontam a 2006, causando aposentações antecipadas que conduziram a vagas nos mapas das instituições.

No que concerne à especialização adquirida, constatou-se que a maior parte possui o curso de especialidade em enfermagem de reabilitação (26,8%), seguindo-se os de enfermagem médico-cirúrgica

(23,5%). De salientar que apenas 2,6% têm a especialidade de enfermagem comunitária. A interpretação destes resultados poderá justificar-se pelo facto do estudo ser aplicado em contexto hospitalar, onde a vertente médico-cirúrgica é primordial e pelo facto das articulações entre os hospitais e os cuidados primários ainda serem muito deficitários.

A maioria dos enfermeiros do nosso estudo (86,3%) possui o grau académico de licenciatura. Neste sentido, convém recordar que a enfermagem sofreu nos últimos anos um aumento progressivo de exigência relativamente à formação académica, pelo que era de esperar grandes assimetrias a este nível, ao compararmos com os enfermeiros que apenas possuem o bacharelato (3,3%). Contudo, ainda se verifica uma percentagem baixa de enfermeiros com mestrado (10,4%) e somente 3 (2%) com formação pós-graduada. O reduzido número de enfermeiros com mestrado pode ser compreendido pela integração tardia, da licenciatura, no sistema educativo nacional (1999), com a atribuição de graus académicos (Marques, 2005). Para esta situação também contribui o recente início de mestrados para enfermeiros.

CONCLUSÃO

A liderança e a inteligência emocional são temas que têm vindo a ser valorizados, principalmente em momentos de reestruturação do sistema de saúde. No caso particular da enfermagem, por se tratar de dois aspectos inerentes ao cuidar, têm-se multiplicado nos últimos anos as investigações, devendo inclusive tornar-se num aspecto a ser avaliado pelo Sistema Nacional de Saúde.

Segundo Goleman (2009), liderar não é dominar, mas, sim, a arte de convencer as pessoas a trabalharem com um objectivo. O principal objectivo de todo enfermeiro/líder consiste em ver a sua equipa a trabalhar com prazer e não por obrigação, prestando uma assistência de qualidade e promovendo o bem-estar do cliente, principal alvo de todo planeamento de uma estrutura hospitalar. Mas, todo esse planeamento depara-se com o autoritarismo da direcção de algumas instituições que, por desconhecer o processo de enfermagem,

não dão a devida importância aos projectos que lhe são apresentados por parte dos líderes de enfermagem ficando apenas no papel, frustrando os sonhos daquele que vive numa luta diária na ânsia de melhorar o processo de cuidar em enfermagem.

Conclui-se do teste de hipóteses que o estilo de liderança dos enfermeiros tende a ter maior orientação para o relacionamento, aquando existe um acréscimo do tempo de serviço, do tempo de chefia e de idade. Assim como, aqueles que possuem a especialidade de saúde mental têm maior disposição para o relacionamento comparativamente aos de médico-cirúrgica. Todavia, os homens, face às mulheres, apresentam-se em termos de estilo de liderança, mais despertos para a tarefa.

Ainda, estes profissionais com maior tempo de serviço e mais idade apresentam maior capacidade de inteligência emocional (no global), à excepção da empatia. Também, os enfermeiros-chefes, face aos enfermeiros especialistas responsáveis de serviço, apresentam maior capacidade de inteligência emocional.

Os contextos formativos evoluíram bastante nos últimos anos, no entanto, os resultados deste estudo revelaram que os enfermeiros que obtiveram mais formação perceberam com maior frequência a sua inteligência emocional face aos seus colaboradores. Estes resultados, só por si, deveriam ser conhecidos, para sustentar a necessidade de colocar as entidades formativas no desenvolvimento e fundamentação da pertinência de preparação dos aspectos formativos emocionais.

A enfermagem é hoje vista como uma área onde é necessária formação própria e habilidades especiais. Para poder lidar com o quotidiano em que o comportamento é adaptado à situação (liderança situacional), o enfermeiro precisa estar consciente da sua própria capacidade de inteligência emocional, do sistema (domínio do contexto organizacional) e da tarefa.

BIBLIOGRAFIA

BASE DADOS ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (2005). **Alguns dados sobre a situação das mulheres. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.** [Em linha]. [Consult. 14 de Maio 2010]. Disponível em: <www.cig.gov.pt>

BELLACK, Janis P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient? *Journal of Nursing Education*, Vol. 38: p. 3-4.

BENNIS, Warren (1999). **Why leaders can't lead.** San Francisco: Jossey-Bass.

BRAGA, Fátima (2001). **Formação de professores e identidade profissional.** Coimbra: Quarteto

CUNHA, Miguel, REGO, Arménio, CUNHA, Rita e CABRAL-CARDOSO, Carlos (2007). **Manual de comportamento organizacional e gestão.** Lisboa: Editora RH.

DIAS, Carlos. (2005). **Liderança em enfermagem.** Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora: IFE – Instituto de Formação Enfermagem, Lda. 8: 46-52.

FIEDLER, Fred (1967). **A theory of leadership effectiveness.** New York: McGraw-Hill.

GOLEMAN, Daniel, BOYATZIS, Richard e MCKEE, Annie (2002). **Os novos líderes.** Lisboa: Gravida – Publicações, Lda.

GOLEMAN, Daniel. (2005). **Trabalhar com inteligência Emocional.** 3ª ed. Lisboa: Temas e Debates. 389 p.

GOLEMAN, Daniel. (2009). **Inteligência Emocional.** 13ª ed. Lisboa: Temas e Debates 2009. 363 p.

JESUÍNO, Jorge (2005). **Processos de liderança** (4ª edição). Lisboa: Livros Horizonte.

MARQUES, Goreti. (2005). **Satisfação profissional dos enfermeiros do IPO do Porto.** Tese de Mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Viseu. 167 pp.

NETO, Luís e MARUJO, Helena (2002). **Optimismo e inteligência emocional: guia para educadores e líderes.** (2ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Dados estatísticos: 2000-2009. **Ordem dos Enfermeiros.**

SALOVEY, Peter; MAYER, John e CARUSO, David (2002). **The positive psychology of emotional intelligence.** In: SNYDER, Charles; LOPEZ, Shane (Eds.), *The Handbook of Positive Psychology.* pp. 159-171. New York: Oxford University Press.

SANTOS, Teresa Silva; DUARTE, Maria Emília e SUBTIL, Carlos Lousada. (2004). **A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem: relatório.** . [Em linha]. [Consult. 11 de Novembro 2009]. Disponível em: <http://www.ccisp.pt/documentos/bolonha/ccisp/pareceres/Bolonha_Enfermagem_25_Novembro.doc>

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2000). Carreira de enfermagem: texto do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e n.º 411/99. **Boletim Sindical.** Vol. 8: p. 22-40.

VEIGA BRANCO, Maria Augusta. (2004). **Competência emocional em professores.** Coimbra: Quarteto.

VILELA, António. (2006). **Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida.** Tese de Mestrado em Gestão Pública, Universidade de Aveiro. Aveiro. 216 pp.

VITELLO-CICCIU, Joan (2003). **Emotional intelligence.** *Nursing Management.* 34: 29-32.

EFEITO DO RELAXAMENTO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: ESTADO DA ARTE

Ana Célia Santos ⁽¹⁾



Resumo

O alcoolismo é um problema de saúde pública, sendo Portugal um dos países de maior consumo da Europa. É também sabido que a ansiedade, e até mesmo a depressão, são muito comuns nas pessoas com abuso de substâncias (entre elas o álcool), nomeadamente nos processos de tratamento de desabituação. A utilização de terapias de cariz cognitivo-comportamental, como o relaxamento (físico e cognitivo), em associação às terapêuticas medicamentosas, permite aos indivíduos controlar os seus níveis de ativação e gerar uma resposta incompatível com a ansiedade e a dor, mostrando-se assim como uma indicação clara para a intervenção de enfermagem, nomeadamente da área de saúde mental.

O presente artigo tem como objetivo realizar uma análise da evidência científica sobre a temática, partindo da questão (elaborada segundo o modelo PICO) “Será que a aplicação de técnicas de relaxamento (relaxamento muscular progressivo de Jacobson e treino autogénico) diminui os níveis de ansiedade e de depressão na pessoa com dependência alcoólica?” e, utilizando o modelo de pesquisa dos “5 S” de Haynes (2006). A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas mais comuns (B-on, EBSCO-Host, Elsevier, Nursing Reference Center, Medline, Cochrane Library e Evidence-Based Nursing) e sem delimitação temporal.

Dada a escassez de resultados obtidos numa primeira análise, alargámos a população alvo a todos os dependentes de substâncias. Para efetuar a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *alcoholic; alcoholism; substance abuse* (população); *relaxing therapy; autogenic training; cognitive-behavioral therapy* (intervenção) e *anxiety; depression* (resultados).

Obtivemos três artigos, que incluem uma revisão sistemática da literatura, uma meta-análise e um estudo quantitativo e quase-experimental. A qualidade da informação selecionada foi avaliada, utilizando os critérios habitualmente usados na análise crítica de artigos de investigação e tendo como referência a tipologia dos estudos.

Face aos resultados encontrados, e apesar de claramente sugerirem uma associação entre as técnicas de relaxamento e a diminuição dos sintomas de ansiedade nas pessoas dependentes do álcool, os estudos realizados na última década, são escassos e pouco conclusivos, versando diferentes tipos de relaxamento e procurando resultados díspares. Nas suas conclusões é consensual a ideia de que devem ser realizados estudos mais alargados e com variáveis resultado bem definidas, assim como a replicação de alguns estudos atuais para que seja possível comprovar a eficácia da intervenção proposta.

Podemos concluir que o relaxamento deverá passar a ser prática comum na intervenção de enfermagem em cuidados especializados e a sua eficácia na população em estudo deverá ser comprovada com nova evidência científica.

Palavras-chave: Relaxamento, ansiedade, depressão, dependência alcoólica.

Abstract

EFFECT OF RELAXATION ON PEOPLE WITH ALCOHOL DEPENDENCY: STATE OF SCIENTIFIC KNOWLEDGE

Alcoholism is a major public health problem and Portugal is one of the countries with the highest consumption in Europe. It is also known that anxiety, and even depression, are very common in people with substance abuse (including alcohol), particularly in the managing of alcohol withdrawal. The use of cognitive-behavioral therapies, such as relaxation (physical and cognitive), in association with medical therapies, allows individuals to control their activation levels and to generate an incompatible response with anxiety and pain, showing a clear indication for nursing intervention, particularly on the mental health area.

This paper aims to carry out a review of the scientific evidence on the subject, regarding the question (according to the PICO model) “Does the application of relaxation techniques (Jacobson’s progressive muscle relaxation and autogenic training) decrease anxiety and depression levels in people with alcohol dependence?” and also using the research model of the “5 S” by Haynes (2006). The survey was

Rececionado em março de 2013. Aceite em dezembro de 2013

Artigo de revisão da literatura realizado no âmbito da Unidade Curricular de Prática Baseada na Evidência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

⁽¹⁾ Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Assistente convidada da Escola Superior de Enfermagem do Porto

conducted on the most common electronic databases (B-on, EBSCO - Host, Elsevier, Nursing Reference Center, Medline, Cochrane Library and Evidence- Based Nursing) and without any time-limit.

As the results achieved were so reduced, we extended the search to all substance dependency. To accomplish the research, we used the following key words: alcoholic; alcoholism; substance abuse (population); relaxing therapy, autogenic training, cognitive-behavioral therapy (intervention) and anxiety, depression (results).

We obtained three articles, including one systematic review of the literature, one meta- analysis and a quantitative quasi-experimental study. The quality of the selected data was evaluated using the criteria commonly used in research articles and taking into consideration the type of studies.

Regarding the results, although clearly suggests an association between the techniques of relaxation and anxiety symptoms reduction in people addicted to alcohol, studies developed in the last decade are few and inconclusive, dealing with different types of relaxation and showing different results. In its conclusions is broad consensus that more extensive and well-defined outcome variables studies should be conducted, as well as the replication of some current studies to be able to prove the effectiveness of the proposed intervention.

We can conclude that relaxation (physical and cognitive) should become a common practice in the nursing specialized care intervention and its effectiveness in the study population should be validated with new scientific evidence.

Keywords: Relaxation, anxiety, depression, alcoholic dependence

Resumen

EFEITO DE RELAJACIÓN EN PERSONAS CON DEPENDENCIA ALCOOLICA: ESTADO DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO

El alcoholismo es un importante problema de salud pública y Portugal es uno de los países con mayor consumo en Europa. También se sabe que la ansiedad e incluso depresión son muy comunes en las personas con abuso de sustancias (incluyendo alcohol), sobre todo en el tratamiento de la abstinencia. El uso de las terapias cognitivo-conductuales, como la relajación (física y cognitiva), en asociación con las terapias médicas, permite a las personas a controlar sus niveles de activación y generar una respuesta incompatible con la ansiedad y el dolor; apareciendo como una clara indicación para la intervención de enfermería, particularmente en el área de la salud mental.

Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión de la evidencia científica sobre el tema, a partir de la cuestión (preparada de acuerdo con el modelo PICO) "La aplicación de técnicas de relajación (relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno Jacobson) disminuye los niveles de ansiedad y la depresión en personas con dependencia del alcohol? ", y utilizando el modelo de investigación de las " 5 S " descrito por Haynes (2006). La pesquisa se realizó sobre las bases de datos electrónica más comunes (B-on, EBSCO Host, Elsevier, Nursing Reference Center, Medline, Cochrane Library y Enfermería Basada en la Evidencia) y sin límites temporales.

Dada la escasez de resultados, hemos ampliado la búsqueda a toda sustancia dependiente. Para llevar a cabo la investigación, se utilizaron las siguientes palabras clave: alcoholic; alcoholism; substance abuse (población); relaxing therapy; autogenic training; cognitive-behavioral therapy (intervención) y anxiety; depression (resultados).

Obtenemos tres artículos, entre ellos una revisión sistemática de la literatura, una meta -análisis y un estudio cuantitativo y cuasi-experimental. La calidad de los datos seleccionados se evaluó usando los criterios para un análisis crítico de uso común en los artículos de investigación y con referencia al tipo de estudios.

Teniendo en cuenta los resultados, y aunque sugieren claramente una asociación entre las técnicas de relajación y reducción de los síntomas de ansiedad en las personas adictas al alcohol, los estudios en la última década son escasos y no concluyentes, que trata de los diferentes tipos de relajación y en busca de resultados dispares. En sus conclusiones es consensual que deben llevarse a cabo más extensas y bien definidas las variables resultado estudiadas, así como la replicación de algunos estudios en curso para ser capaz de demostrar la eficacia de la intervención propuesta.

Podemos concluir que la relajación (física y cognitiva) debería convertirse en una práctica común en la intervención de enfermería en la atención especializada y su eficacia en la población en estudio debe ser probada con nuevas pruebas científicas.

Palabras clave: Relajación, ansiedad, depresión, dependencia de alcohol.

INTRODUÇÃO

O alcoolismo é um problema de saúde pública que atinge não só o indivíduo, mas também a família e a comunidade. Relajação, ansiedade, depressão, dependência de álcool e que é um fator de risco de mortalidade. Em Portugal o consumo do álcool é dos mais elevados da Europa, influenciado pelos fatores individuais e do meio (Tavares e Nunes, 2007). A caracterização do fenômeno do uso e abuso do álcool em diferentes grupos populacionais, bem como a eficácia dos programas de

intervenção do consumo de álcool (Barroso *et al.*, 2006), têm vindo a ser estudados no nosso país com alguma frequência. Também no que se refere ao tratamento das dependências secundárias ao abuso de substâncias, a utilização de terapias de cariz cognitivo-comportamental, como o relaxamento, em associação às terapêuticas medicamentosas, tem-se tornado uma prática cada vez mais utilizada. No entanto, as evidências científicas sobre o seu benefício para os utentes mostram-se ainda escassas.

A terapia por relaxamento é uma intervenção de enfermagem que tem como propósito o “*Uso de técnicas para encorajar e viabilizar o relaxamento, com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis, como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade*” (Dochterman e Bulechek, 2008, p.611).

No contacto diário com pessoas com dependência alcoólica, rapidamente nos apercebemos da sua permanente ansiedade face aos acontecimentos do dia-a-dia, do seu futuro e dos que lhe são mais próximos. Em alguns, é ainda visível uma depressão mais ou menos profunda. Refletindo sobre estes aspetos e após algumas leituras pareceu-nos que, para além da massagem de conforto, com fins preventivos e de comprovado benefício para a comunicação enfermeiro-doente (Almeida e Duarte, 2000), o relaxamento poderia ser uma intervenção de enfermagem com resultados positivos neste grupo de doentes. Tivemos ainda oportunidade de verificar a sua aparente eficácia sobre este grupo de pessoas, quando o relaxamento muscular progressivo de Jacobson foi realizado, em algumas sessões, a utentes em tratamento de desabitação, por enfermeiros especialistas em saúde mental.

Explicitada a temática em estudo, importa agora definir o que se entende por prática baseada na evidência. Segundo Sackett e colaboradores (2000, cit. por Craig e Smyth, 2004), é o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde prestados aos doentes.

Tendo em conta esta definição, apurei a seguinte questão de partida para a pesquisa da evidência: “*Será que a aplicação de técnicas de relaxamento (relaxamento muscular progressivo de Jacobson e treino autogénico) diminui os níveis de ansiedade e de depressão na pessoa com dependência alcoólica?*”.

Foram estabelecidos como objetivos para este trabalho, realizar uma revisão da literatura existente sobre a temática em estudo e uma análise das evidências existentes sobre a eficácia do relaxamento na diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão na pessoa com dependência alcoólica. Esta análise permitirá uma reflexão sobre a melhor evidência científica atual nos cuidados às pessoas com dependência alcoólica, bem como a aprendi-

zagem de competências de utilização da técnica e a monitorização contínua da sua eficácia. Só assim recorreremos a uma prática baseada na evidência.

A pesquisa da evidência realizada no presente trabalho utilizou o modelo de pesquisa dos “5 S” de Haynes (Haynes, 2006) apoiada nas bases de dados eletrónicas (B-on, EBSCO-Host, Elsevier, Nursing Reference Center, Medline, Cochrane Library e Evidence-Based Nursing) e a literatura de referência na área de estudo, seguida de reflexão sobre os mesmos. A metodologia utilizada baseia-se no método descritivo/analítico.

Este artigo incluirá uma abordagem teórica aos conceitos de relaxamento bem como às principais implicações da dependência alcoólica na saúde individual, nomeadamente as comorbidades de ansiedade e depressão. Após justificadas as opções tomadas para a análise da problemática, são descritos e analisados os artigos científicos realizados na última década. Por fim, faz-se uma síntese reflexiva sobre o estado da arte na problemática em análise, terminando com a apresentação das principais conclusões extraídas e deixando algumas sugestões futuras.

O RELAXAMENTO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA: REVISÃO DA LITERATURA

As atuais “terapias alternativas” ou “terapias complementares” ao tratamento tradicional das doenças é cada vez mais procurado pelos utentes. No entanto, este conceito não é novo, pois já Florence Nightingale as abordava no seu tempo, o que mais tarde foi confirmado por Marta Rogers e Myra Levine (Silva, 1995, cit. por Sales *et al.*, 2004). Também os enfermeiros, cada vez mais se mostram interessados em desenvolver um novo paradigma de cuidados, mais holístico. Pretendem estudar, conhecer e desenvolver nos seus serviços, novas abordagens ao doente, com a preocupação constante pela melhoria da qualidade de vida e do bem-estar daqueles a quem cuidam (Ramsey *et al.*, 2002).

A pessoa dependente de substâncias, nomeadamente o álcool, em especial nos períodos de desabitação, necessita de fazer face a um conjunto alargado de *stressores* de ordem física, como o

craving ou outras manifestações físicas de abstinência, as implicações da dependência no seu autoconceito, bem como as suas implicações de cariz social, como o desemprego, a desestruturação familiar, entre outras (Adés e Lejoyeux, 2004). Tal como Sales e colaboradores (2004), acreditamos que o desenvolvimento de técnicas de relaxamento poderá induzir uma melhoria no autoconhecimento e autoaperfeiçoamento.

É também conhecido que muitas pessoas utilizam o álcool para fazer face ao stress e ansiedade que não conseguem controlar. Assim, a aprendizagem de técnicas de relaxamento pode ajudar a reduzir a ansiedade enquanto se produz a redução da ingestão de álcool (Ramsey *et al.*, 2002).

O relaxamento consiste numa intervenção de cariz preventivo e terapêutico, que permite aos indivíduos controlar os seus níveis de ativação e gerar uma resposta incompatível com a ansiedade e a dor. Caracteriza-se por um padrão reduzido de atividade somática e autónoma e por mudanças cognitivas que implicam sensações de tranquilidade, conforto e sossego (Payne, 2003).

Existem diferentes tipos de relaxamento, desde a respiração controlada, o relaxamento muscular progressivo, a imaginação guiada, o treino de biofeedback, o treino autogénico e a hipnose. Todas estas técnicas têm um mesmo objetivo, o de proporcionar uma tomada de consciência sobre o seu próprio corpo e de ensinar o indivíduo a relaxar os músculos por vontade própria através da perceção cognitiva do que é estar tenso ou relaxado (Payne, 2003).

Entre as técnicas mais comumente utilizadas em contexto clínico, situam-se o relaxamento muscular progressivo e o treino autogénico. O relaxamento muscular progressivo (RMP) foi desenvolvido por Edmund Jacobson (1938), existindo atualmente diferentes versões como a de Berstein e Borkovec (1973). É um procedimento destinado a reduzir os níveis de ativação mediante uma diminuição progressiva e voluntária da contração muscular, induzindo o relaxamento dos principais grupos musculares do corpo, reduzindo a tensão acumulada e tornando-nos, principalmente, mais conscientes da resposta muscular do corpo ao stress (Jorm *et al.*, 2002).

O treino autogénico (TA) foi inicialmente desenvolvido por um neuropsiquiatra, J. Schultze na

Alemanha no início da década de 30 e depois aperfeiçoada por Luthe. O treino autogénico envolve a utilização de uma série de exercícios mentais, que induzem à autossugestão e proposição de bem-estar (Jorm *et al.*, 2002). São concebidos para ensinar o praticante a concentrar-se em sensações normais e fisicamente naturais, tais como o peso e o calor, em várias partes do corpo, e ao fazê-lo, aprende a ultrapassar processos de consciência e a atingir um estado de relaxamento profundo (Payne, 2003).

A literatura sobre os resultados do relaxamento nas pessoas com abuso de substâncias tem-se mostrado inconsistente (Dodge, 1991). No entanto, alguns investigadores sugerem que o treino autogénico pode ser útil como tratamento auxiliar em determinadas situações clínicas em que os fatores etiológicos incluem stress psicossocial (Payne, 2003).

O alcoolismo como doença física e prolongada está muitas vezes associado a outras doenças, denominadas de co morbilidades, como a ansiedade e a depressão (Jorm *et al.*, 2002).

Neste mesmo sentido, a evidência científica sugere uma associação entre a dependência alcoólica e a ansiedade e a depressão (Brown *et al.*, 1997; Jorm, *et al.*, 2002; Ramsey, *et al.*, 2002; Hesse, 2009). A este propósito, Hesse (2009) citando Grant e colaboradores (2004) refere que cerca de 25% dos dependentes alcoólicos dos Estados Unidos apresentam ansiedade e depressão como co morbilidades. E acrescenta referindo que estas co morbilidades, para além de terem um impacto negativo na qualidade de vida, diminuem a capacidade de resposta ao tratamento. Referindo-se a resultados de estudos prévios, Brown e colaboradores (1997) referem que a presença de depressão antes do tratamento de desabitação alcoólica aumenta significativamente a probabilidade de abandono do tratamento e o risco de suicídio.

É ainda bem conhecido o papel fundamental que as variáveis cognitivas, como a autoeficácia, o *locus* de controlo ou a autoestima da pessoa com dependência de substâncias, têm na eficácia do seu tratamento (Ramsey *et al.*, 2002). Também referem que o *locus* de controlo interno saía significativamente fortalecido em consumidores abusivos de álcool ao ser utilizado o treino autogénico (Payne, 2003).

Os estudos referem ainda o efeito positivo da psicoterapia e das terapias cognitivo-comportamentais sobre a ansiedade e a depressão em indivíduos não dependentes, mas existe claramente pouca evidência sobre o seu efeito nas pessoas com dependências de qualquer tipo (Brown *et al.*, 199; Hesse, 2009). Este autor refere ainda que estas terapias não medicamentosas podem aliviar os sintomas de ansiedade e de depressão, melhorando a qualidade de vida e ajudando os doentes a encontrarem estratégias de *coping* para lidar com os sintomas de abstinência.

A PESQUISA DA EVIDÊNCIA

A prática baseada na evidência implica o seguimento de cinco etapas que têm início na formulação da questão de partida, e que culminam na avaliação do desfecho, ou seja, a avaliação da aplicabilidade prática da evidência identificada (Craig e Smyth, 2004).

Este tipo de questão é mais bem estruturada se incluir o modelo de quatro partes, denominado modelo PICO (Schardt *et al.*, 2007). Assim, a questão deve incluir o cliente ou a pessoa visada, a intervenção implementada, o grupo de comparação (que não é obrigatório) e o resultado de interesse (Badenoch e Heneghan, 2002, Dawes, 1999, Geddes, 1999, McKibbin *et al.*, 2002, Sackett *et al.*, 2000, citados por Craig e Smyth, 2004). As questões **PICO** são assim denominadas porque incluem uma ajuda mnemónica das palavras: **P**opulação, **I**ntervenção, **C**omparação, e **R**esultados (Gray, 2002, cit. por Craig e Smyth, 2004; Santos *et al.*, 2007).

A pergunta de partida para a nossa pesquisa da evidência foi, então, assim constituída: “*Será que a aplicação de técnicas de relaxamento (relaxamento muscular progressivo de Jacobson e treino autógeno) diminui os níveis de ansiedade e de depressão na pessoa com dependência alcoólica?*”.

Iniciamos a pesquisa da evidência científica sobre a temática utilizando a estratégia hierárquica “5 S” de Haynes, que envolve sistemas, sumários, sinopses, sínteses e estudos (Haynes, 2006), utilizando para

tal as bases de dados mais comuns (B-on, EBSCO-Host, Elsevier, Nursing Reference Center, Medline, Cochrane Library e Evidence-Based Nursing). Não definimos qualquer limitação temporal.

Encontramos apenas um estudo do Brasil da década de 90 e alguns estudos das décadas de 70 e 80. Alargamos então a pesquisa a todos os dependentes de substâncias e da mesma forma os resultados foram escassos.

Tendo em conta que a literatura refere a ansiedade e a depressão como comorbidades mais comumente associadas aos problemas do alcoolismo (Brown *et al.*, 1997; Hesse, 2009; Jorm *et al.*, 2002; Ramsey *et al.*, 2002) e que os ensaios clínicos realizados na última década incluem o relaxamento num conjunto mais amplo de terapias cognitivo-comportamentais, alargámos o âmbito da nossa pesquisa a esse grupo de terapias, encontrando assim artigos mais recentes.

Para efetuar a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *alcoholic; alcoholism; substance abuse* (População); *relaxing therapy; autogenic training; cognitive-behavioral therapy* (Intervenção) e *anxiety; depression* (Resultados).

Após a pesquisa foi feita uma seleção dos trabalhos encontrados com base na sua relevância para o presente estudo, no que diz respeito à população, intervenção e resultados.

São apresentados, no quadro seguinte, os artigos selecionados, tendo em conta o título do artigo, os investigadores, a tipologia da investigação realizada, a data de publicação do estudo e os principais resultados obtidos.

ANÁLISE CRÍTICA DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Após a seleção dos artigos de interesse para dar resposta à nossa questão de partida, consideramos necessário avaliar a qualidade da informação selecionada, utilizando para tal os critérios habitualmente utilizados na análise crítica de artigos de investigação. Apresentamos no quadro seguinte a análise do artigo de investigação selecionado.

Quadro 1. Listagem e características de artigos selecionados

Título	Investigadores	Tipo de investigação	Data	Resultados
Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcomes studies	STETTER, F. e KUPPER, S.	Meta-análise de resultados de estudos clínicos	2002	Esta meta-análise foi realizada com o objetivo de avaliar a eficácia do treino autogénico (TA) em diferentes contextos clínicos. Foram considerados 60 estudos (destes 35 randomizados e com grupo de controlo) realizados entre 1952 e 1999, em diferentes populações clínicas (doença oncológica, hipertensão, glaucoma, doenças intestinais, epilepsia, fibromialgia, doença de Raynaud, alcoolismo, etc.). Os resultados globais não evidenciam resultados positivos do TA em relação a outras intervenções de foro psicológico. Os estudos individualizados por patologia evidenciaram alguns resultados positivos em alguns grupos. No que se refere ao alcoolismo, foi incluído um estudo realizado por Sharp <i>et al.</i> (1997). Trata-se de um estudo randomizado com N=25 (12 pessoas no grupo de estudo e 13 no grupo controlo), adolescentes entre os 18 e os 21 anos, com avaliação pré e pós intervenção, em que a intervenção era o TA assistido por biofeedback (aplicado no grupo de estudo). Tanto o grupo de controlo como o grupo de estudo mantinham o tratamento básico para o alcoolismo e as medidas de resultado eram o “locus de controlo relacionado com a bebida” e seus efeitos secundários sobre a ansiedade. Os resultados do estudo evidenciaram um significativo aumento do locus de controlo interno no grupo de estudo entre o pré e pós teste e entre os dois grupos (estudo e controlo) no pós-teste.
Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo	ALMEIDA, S.C. e ARAÚJO, R.B.	Estudo de natureza quantitativa, quase-experimental	2005	Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a efetividade do relaxamento muscular progressivo de Jacobson nos sintomas de ansiedade e do <i>craving</i> (ou fissura), bem como verificar as associações entre os sintomas de ansiedade e o <i>craving</i> e a gravidade da dependência do álcool. Foram incluídos no estudo 30 sujeitos internados há pelo menos 7 dias em unidade de tratamento para desabitação alcoólica. Houve avaliação pré e pós intervenção no grupo de estudo com um instrumento para avaliar a ansiedade (BAI) e o <i>craving</i> (EAV). Os resultados indicam que o relaxamento apresenta efeitos positivos na diminuição da ansiedade e do <i>craving</i> em doentes com dependência alcoólica grave.
Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety and depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature	HESSE, M.	Revisão sistemática de literatura	2009	Esta revisão sistemática foi realizada com o objetivo de avaliar os estudos desenvolvidos no âmbito da integração do tratamento psicológico como adjuvante do tratamento comum para o uso de substâncias e seus resultados em termos de ansiedade e depressão. Foram identificados nove estudos que versavam o tratamento da depressão ou da ansiedade em pessoas com abuso de substâncias. Entre eles, surge o estudo de Richard A. Brown <i>et al.</i> (1997) que compara uma terapia cognitivo-comportamental específica, denominada de “ <i>Coping with depression course</i> ” com o treino de relaxamento (incluindo relaxamento muscular progressivo de Jacobson, imaginação guiada e técnicas de respiração) para diminuir o nível de depressão em doentes alcoólicos. Os participantes no estudo foram também avaliados em follow-up de 3 e 6 meses. Foram incluídos no estudo 35 sujeitos com <i>scores</i> de depressão, avaliado pelo Inventário de Depressão de Beck, superior a 10. Os resultados indicaram que os doentes alcoólicos que realizaram o programa de terapia cognitivo-comportamental evidenciavam, quer após tratamento, quer no follow-up, menores sintomas somáticos de depressão e humor ansioso do que o grupo de controlo (submetido a relaxamento).

O ESTADO DA ARTE SOBRE A TEMÁTICA

Face à pesquisa sobre a evidência realizada sobre a temática, é clara a existência de um conjunto de aspetos que dificultam a análise da eficácia da intervenção por nós selecionada.

Em primeiro lugar, não encontramos guias de boas práticas (*guidelines*) para a utilização da intervenção proposta. Seguimos então na procura de evidência de nível superior (meta-análises e revisões sistemáticas), tendo encontrado e selecionado dois estudos para análise. Encontramos ainda

um conjunto de ensaios clínicos, das duas últimas décadas, cujos resultados da intervenção procurados são muito díspares, como a diminuição do *craving* e da ansiedade (Almeida e Araújo, 2005), a melhoria do sono (Greeff e Conradie, 1998), o *locus* de controlo (Sharp *et al.*, 1997), a depressão (Ramsey *et al.*, 2002), ou ainda a ansiedade e a depressão (Hesse, 2009).

Por outro lado, encontrámos alguns estudos (já desta década) que incluem no plano de intervenção um conjunto de técnicas de tipo cognitivo-comportamental (que incluem o relaxamento) e

Quadro 2. Avaliação de artigo de investigação

Título:	Avaliação da efectividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo.
Autores:	ALMEIDA, S.C. e ARAÚJO, R.B.
Pergunta de Investigação	Qual é a eficácia do relaxamento muscular progressivo de Jacobson nos sintomas de ansiedade e da fissura (<i>craving</i>) na pessoa com dependência do álcool?
Desenho do estudo	Estudo quase-experimental de análise quantitativa. Houve a aplicação de uma intervenção, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, com avaliação pré e pós intervenção Não houve grupo de controlo.
Amostra	Amostra de conveniência não randomizada, com 30 sujeitos de idade entre os 18 e 60 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de dependência do álcool pela CID 10 (Organização Mundial de Saúde, 1993), internados há pelo menos 7 dias no Centro de Dependência Química do Hospital Parque Belém, em Porto Alegre, Brasil.
Instrumentos de medida	Ficha de dados sociodemográficos – para definir as características da amostra; Mini Mental State Examination – para identificar alterações cognitivas que impedissem a inclusão na amostra; Short-Form Alcohol Dependence Data (SADD) de Raistrick <i>et al.</i> , 1983 – para avaliar a gravidade da dependência do álcool; Beck Anxiety Inventory (BAI) de Beck e Steer, 1993 – para avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade; Escala analógica visual para avaliar o <i>craving</i> (EAV) de Dols <i>et al.</i> , 2002.
Recolha dos dados	Houve a aplicação da intervenção, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson a todos os doentes internados, com uma sessão por cada grupo de 20 doentes, sendo apenas os doentes de 1 a 4 os incluídos na pesquisa. Houve avaliação pré e pós intervenção no grupo de estudo com o instrumento para avaliar a ansiedade (BAI) e o <i>craving</i> (EAV).
Análise dos dados	Os dados foram analisados no programa <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (SPSS) versão 12.0. Foi realizada uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e utilizado o teste t de Student e Coeficiente de Correlação Linear de Pearson para a análise diferencial. O nível de significância utilizado foi de 5%.
Aspectos éticos	O estudo respeitou as normas éticas preconizadas na Declaração de Helsínquia, nomeadamente a autorização da comissão de ética da instituição hospitalar e o consentimento informado dos participantes.

Quadro 3. Avaliação da qualidade dos artigos de revisão sistemática e meta-análise selecionados

Título:	Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies
Autores:	STETTER, F. e KUPPER, S. (2002)
A finalidade da revisão foi claramente formulada?	A finalidade da meta-análise foi claramente formulada e está relacionada com a avaliação das evidências relativas à eficácia do treino autogénico em comparação com outras intervenções psicológicas (outras técnicas de relaxamento ou outras intervenções) em populações de foro clínico.
Os revisores expõem uma estratégia de pesquisa sistemática e global para identificar estudos relevantes?	A estratégia de pesquisa nesta meta-análise está claramente referida. Os autores referem a MEDLINE como base de dados primária, seguida de análise da lista de referências bibliográficas de três revistas publicadas e monografias. Os artigos e monografias não publicadas não foram incluídos. A pesquisa alargou-se desde 1932 a 1999.
Os critérios de inclusão e exclusão dos estudos foram expressos e estes eram apropriados?	Os critérios de inclusão e exclusão na análise foram claramente explicitados. Os estudos incluídos usaram métodos de controlo aleatórios ou não aleatórios. Os estudos incluídos tinham de ter um grupo de controlo ou fase de controlo e no mínimo cinco participantes em cada grupo. A duração dos estudos não foi incluída como critério de inclusão. Os participantes poderiam pertencer a diferentes populações de foro clínico (doença oncológica, hipertensão, glaucoma, doenças intestinais, epilepsia, fibromialgia, doença de Raynaud, alcoolismo, etc.). Os estudos incluídos tinham de ter o TA como intervenção única ou a mais relevante no estudo. Os participantes nos estudos poderiam ter tratamento médico de base.
A qualidade dos estudos incluídos foi apreciada apropriadamente?	Os autores não apresentam de forma explícita os critérios utilizados para a avaliação sistemática da qualidade dos estudos incluídos. Apenas referem que os estudos foram combinados através de uma meta-análise com 95% de intervalo de confiança e com valor de $p < 0,01$, indicando boa significância estatística.
Os resultados dos estudos incluídos foram combinados, sistemática e apropriadamente?	Nesta meta-análise, foram analisados 75 artigos, dos quais 60 foram incluídos, por cumprirem os critérios de inclusão, sendo que destes 35 estudos eram randomizados. Os artigos foram analisados de acordo com as seguintes características: treino autogénico (TA) com pré e pós-teste; TA versus controlo real (outra técnica de relaxamento); TA versus outra intervenção de cariz psicológico e TA versus tratamento médico.
As conclusões foram fundamentadas pelos dados?	As conclusões da presente meta-análise foram devidamente fundamentadas e referem que o TA apresentou um efeito médio a elevado na maior parte dos resultados clínicos em comparação com os dois grupos de controlo, e com um resultado estável no follow-up. No entanto, a sua comparação com outras intervenções psicológicas resultou em similar ou até menor efeito. Também a comparação entre o TA e os tratamentos médicos foi inconsistente.
Título:	Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety and depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature
Autores:	Hesse, Morten
A finalidade da revisão foi claramente formulada?	A finalidade está claramente formulada e refere-se à análise da evidência sobre as implicações, a nível da ansiedade e da depressão, do tratamento cognitivo-comportamental como adjuvante do tratamento habitual para o abuso de substâncias.
Os revisores expõem uma estratégia de pesquisa sistemática e global para identificar estudos relevantes?	Referem uma revisão sistemática nas bases de dados Medline e PsychInfo. Foram ainda realizadas pesquisas na Cochrane Library e CINHALL que não obtiveram resultados adicionais.
Os critérios de inclusão e exclusão dos estudos foram expressos e estes eram apropriados?	Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente identificados no estudo. Os critérios de inclusão incluíam apenas indivíduos adultos, com problemática de abuso de substâncias e com sintomas ou diagnóstico de ansiedade ou de depressão. Incluía apenas estudos randomizados, publicados e sem limitações de idioma. Os critérios de exclusão incluíam as intervenções mistas (somáticas e não somáticas), ou se as amostras incluíam esquizofrenia ou outra desorganização de personalidade.

<p>A qualidade dos estudos incluídos foi apreciada apropriadamente?</p>	<p>A qualidade dos estudos incluídos foi apreciada de forma adequada, tendo por base a tipologia dos participantes incluídos, os critérios de depressão apresentados, a utilização de anti-depressivos, o número de participantes incluídos nos estudos randomizados e no <i>follow-up</i>, as intervenções implementadas e os resultados obtidos. Referem ainda que alguns estudos não puderam ser incluídos por apresentarem resultados multivariados nos estudos originais.</p>
<p>Os resultados dos estudos incluídos foram combinados, sistemática e apropriadamente?</p>	<p>Os autores referem ter utilizado uma meta-análise com modelos de efeitos randomizados. Os principais resultados dos estudos foram apresentados individualmente e associados com modelos estatísticos adequados.</p>
<p>As conclusões foram fundamentadas pelos dados?</p>	<p>As conclusões da revisão sistemática estão bem fundamentadas nos estudos apresentados e referem que as intervenções psicoterapêuticas para a ansiedade e a depressão como co morbidade do abuso de substâncias é um caminho promissor mas ainda pouco suportado em termos empíricos. Referem ainda que são necessários mais ensaios clínicos que repliquem os apresentados para a diminuição dos níveis de depressão e que sejam desenvolvidos novas intervenções com efeito sobre a ansiedade associada ao abuso de substâncias.</p>

ainda diferentes tipos de relaxamento (Brown *et al.*, 1997).

Constatámos ainda que, em alguns estudos em que se pretendia testar uma determinada técnica de tipo cognitivo-comportamental, o grupo submetido ao relaxamento era utilizado como grupo de controlo (Ramsey *et al.*, 2002; Brown *et al.*, 1997).

Em resposta à nossa questão de partida, podemos concluir que a meta-análise de Stetter e Kupper (2002) indica-nos um efeito positivo do treino autogénico, assistido por biofeedback, no aumento do *locus* de controlo interno da pessoa com dependência alcoólica, o que determina uma melhor adesão ao tratamento de desabituação alcoólica, melhor autocontrolo e assim, diminuição dos sintomas de ansiedade associados ao tratamento.

Neste mesmo sentido, o estudo de Almeida e Araújo (2005) demonstrou claramente que o relaxamento progressivo de Jacobson tem efeitos positivos na diminuição da ansiedade e do *craving* nas pessoas com dependência alcoólica, mostrando-se assim como uma indicação clara para a prática de enfermagem nesta área.

Em contrapartida a revisão sistemática realizada por Hesse (2009), em que foram utilizadas diferentes técnicas de relaxamento, não se mostrou efetiva na diminuição da depressão das pessoas dependentes do álcool, em comparação com uma intervenção orientada para a melhoria do *coping*.

Face aos resultados encontrados, apesar de claramente sugerirem as vantagens do relaxamento na diminuição dos sintomas de ansiedade das pessoas dependentes do álcool, podemos considerar que a evidência científica atual é ainda escassa e pouco conclusiva, tal como referido pelos próprios autores dos estudos analisados (Jorm *et al.*, 2002; Hesse, 2009).

É ainda consensual nos estudos sobre a temática em análise que devem ser desenvolvidos estudos mais alargados e com variáveis resultados bem definidas, bem como a replicação dos atuais, para que se possa comprovar a eficácia da intervenção proposta (Hesse, 2009; Brown *et al.*, 1997).

CONCLUSÃO

Nos dias de hoje, existe uma crescente ambição por parte dos profissionais de saúde no sentido de prestar os melhores cuidados aos seus utentes. A prática baseada na evidência surge assim como um instrumento fundamental no apoio à reflexão crítica acerca da prática clínica necessária à persecução deste objetivo. É importante que tomemos consciência que não podemos justificar a nossa prática apenas no senso comum ou na tradição, esta deve estar, sempre que possível, justificada por evidências científicas fortes (Craig e Smyth, 2004).

A análise da evidência realizada neste trabalho teve como objetivo validar a importância do relaxamento como intervenção de enfermagem na diminuição da ansiedade e da depressão das pessoas com dependência alcoólica. Para tal realizou-se a análise de três artigos, sendo dois deles revisões sistemáticas (dos quais um deles uma meta-análise), selecionados em função da sua relevância no modelo de pesquisa (5 S de Haynes), também ela analisada no presente artigo, e na sua atualidade (da última década).

Dos resultados obtidos, considerando as limitações dos estudos e a sua elevada amplitude (quer a nível das características das intervenções, quer dos resultados procurados), apontam para alguma efetividade do relaxamento na melhoria do *locus* de controlo e da ansiedade, mas não na diminuição da depressão.

Concluimos no entanto, que não existe suficiente evidência científica que suporte uma relação direta entre o relaxamento nas suas diferentes modalidades (em especial o relaxamento muscular progressivo de Jacobson e o treino autogénico de Schultz, alvo da nossa atenção neste estudo), e ganhos consideráveis nos níveis de ansiedade e de depressão nas pessoas alcoólicas, pelo que a decisão de adotar esta intervenção como terapêutica adjuvante ao tratamento comum deve basear-se noutros critérios.

Fazendo uma comparação entre os resultados obtidos e os objetivos inicialmente propostos, pode afirmar-se a eficácia do presente trabalho, ainda que com as devidas limitações. A escassez de estudos de investigação clínica sobre a temática em estudo, em especial nas últimas décadas, as múltiplas associações de intervenções possíveis de serem realizadas e ainda a amplitude dos possíveis resultados procurados, dificultou a pesquisa.

Considero, no entanto, que este artigo desperta a atenção para a necessidade de a tomada de decisão relativamente à prestação de cuidados de enfermagem ser baseada em evidência científica relevante e válida.

Espero que este artigo contribua ainda para sensibilizar os enfermeiros da área de saúde mental e psiquiatria para a necessidade da realização de mais estudos sobre a eficácia do relaxamento

como terapia complementar em Portugal, de modo a que esta passe a ser prática comum na intervenção de enfermagem em cuidados especializados e seja definitivamente demonstrada a importância da mesma, o que, sem dúvida, contribuiria para estimular a sua aplicação no Sistema Nacional de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADÉS, J.; LEJOYEUX, M. (2004). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores,
- ALMEIDA, C.; ARAÚJO, R. B. (2005). *Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo*. Boletim da Saúde. Porto Alegre. Vol. 19, N.º 2, Julho/Dezembro.
- ALMEIDA, M.L.; DUARTE, S.F. (2000). *Massagem dorsal de bem-estar e de conforto*. Revista Referência. N.º 5, Novembro, pp. 75-78.
- BARROSO, T.; BARBOSA, A.; MENDES, A. (2006). *Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: Revisão Sistemática*. Revista Referência. II.ª Série. Dezembro, pp. 33-44.
- BROWN, Richard A. *et al.* (1997). *Cognitive-Behavioral Treatment for Depression in Alcoholism*. Journal Consult. Clin. Psychological, October; 65 (5), pp. 715-726.
- CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros*. Camarate: Lusociência.
- DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DODGE, V. – *Relaxation Training: A Nursing Intervention for Substance Abusers*. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. V, N.º 2 (April), 1991: pp.99-104.
- GREEFF, A.P.; CONRADIE, W.S. (1998). *Use of Progressive Relaxation Training for Chronic Alcoholics with Insomnia*. Psychological Reports, April, 82 (2), pp. 407-412.
- HAYNES, R. B. (2006). *Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the “5S” evolution of information services for evidence-based health care decisions*. ACP Journal Club [Em linha]. Vol. 145, n.º 3 (Nov/Dez), p. A8-A9 [Consult. 10 Jan. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=18&sid=5bff46eb-3302-4253-8d06-1624a561f755%40sessionmgr111&vid=5&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=23245673>>. ISSN 1056-8751
- HESSE, Morten (2009). *Integrated Psychological Treatment for Substance Use and Co-morbid Anxiety or Depression vs. Treatment for Substance use alone. A Systematic Review of*

the Published Literature. BMC Psychiatry. [Em linha]. [Consult. 02 de Janeiro de 2011] Disponível na Internet: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/6>.

JORM, Anthony F. *et al.* (2002). *Effectiveness of Complementary and Self-help Treatments for Depression*. MJA, Vol. 176, May, pp.83-95.

PAYNE, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Edições Técnicas e Científicas.

RAMSEY, Susan E. *et al.* (2002). *Cognitive variables in alcohol dependent patients with elevated depressive symptoms: Changes and predictive utility as a function of treatment modality*. Substance Abuse, Vol. 23, N.º 3, September.

SALES, Maria E.S. *et al.* (2004). *Reflexão sobre a Utilização do Relaxamento como Atividade Terapêutica em Saúde Mental*. In CREUTZBERG, M.; FUNCK, L.; KRUSE, M.H.L. e MANCIA, J.R. (organizadores). Temas do 56.º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem Hoje: Coragem de experimentar muitos modos de ser (livro em formato eletrônico). Gramado: Brasil, Brasília. ISBN 85-87582-23-2. Outubro, pp. 24-29.

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. (2007). *Estrategia Pico para la Construcción de la Pregunta de Investigación y la Búsqueda de Evidencias*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Maio-Junho, 15 (3), pp. 508-511.

SCHARDT, C. *et al.* (2007). *Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions*. BMC Medical Informatics and Decision Making. [Em linha]. [Consult. 21 de Janeiro de 2011] Disponível na Internet: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/7/16>

SHARP, C. *et al.* (1997). *Facilitation of Internal Locus of Control in Adolescent Alcoholics Through a Brief Biofeedback-Assisted Autogenic Relaxation Training Procedure*. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol.14, N.º 1, pp. 55-60.

STETTER, F.; KUPPER, S. (2002). *Autogenic Training: A Meta-Analysis of Clinical Outcome Studies*. Applied Psychophysiology and Biofeedback, Vol. 27, N.º 1, March.

TAVARES, J.P.; NUNES, L.M. – *Comportamentos de saúde e de evitamento do risco em operários fabris*. Revista Referência. II.ª Série, n.º 5, Dezembro, 2007: pp. 24-36.

AVALIAÇÃO DA QUANTIDADE E QUALIDADE DO USO DO MEMBRO SUPERIOR PARÉTICO EM CONTEXTO DOMICILIAR EM INDIVÍDUOS VÍTIMAS DE AVC ATRAVÉS DA ESCALA MOTOR ACTIVITY LOG

Elizabete Fátima Dinis Diz⁽¹⁾; Maria José Almendra Rodrigues Gomes⁽²⁾; Ana Maria Galvão⁽³⁾



Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, representando uma das principais causas de mortalidade e morbidade a nível mundial, sendo responsável pelo elevado índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa. Mais de 80% dos doentes com história de AVC apresentam hemiparesia e, daqueles que inicialmente têm parestia da extremidade superior, estima-se que 70% permaneçam com incapacidades residuais.

O membro superior contribui significativamente para a realização da maioria das AVD e a incapacidade de o utilizar pode comprometer a participação em muitas destas tarefas essenciais e significativas, a sua avaliação é clinicamente relevante, devido à grande incapacidade e limitação funcional durante a realização de AVD e a associação com independência e qualidade de vida

Objetivos: Avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa da MAL-30; analisar a relação entre o lado afetado após o AVC, o tempo de ocorrência do AVC e a força de preensão manual com a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético.

Metodologia: Desenvolveu-se um estudo descritivo de cariz transversal com uma abordagem quantitativa, numa amostra não probabilística, constituída por 84 doentes com mais de 18 anos, não institucionalizados e com episódio único de AVC há mais de 6 meses. Foram utilizados como instrumentos de colheita de dados um questionário sociodemográfico, a Escala de Ashworth modificada, o dinamómetro de preensão manual (dynateste) e a Escala MAL-30.

Resultados: Os resultados obtidos revelam que dos 84 doentes que compõem a amostra, 66,7% são do sexo masculino, a média de idades é de 66,77 anos (dp=11,18). O AVC ocorreu em média há 34,45 meses (dp=28,96), sendo que 42,9% ficaram com o lado dominante afetado. A avaliação da confiabilidade teste-reteste foi efetuada através do coeficiente de correlação intra-classe, obtendo-se valores de CCI=0,999 para a QT e CCI=0,977 para a QL. A consistência interna foi avaliada através do alpha de Cronbach obtendo-se valores de 0,974 para ambas as subescalas. A validade de construto transversal foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman entre as médias das subescalas, obtendo-se valores de CCS=0,97. Verificou-se correlação entre as subescalas e a força de preensão manual no lado afetado (CCS=0,523, p=0,000 para a QL e CCS=0,528, p=0,000 para a QT). Através do teste t, verificou-se diferença na média de ambas as subescalas em função do lado afetado ser ou não o dominante.

Conclusões: A versão portuguesa da MAL apresentou boa consistência interna para ambas as subescalas, verificando-se a existência de correlação entre estas e os itens que as constituem. Apresenta boa correlação transversal entre as duas subescalas e evidência de boa confiabilidade teste-reteste.

Com base nos resultados obtidos, acreditamos que a MAL-30 constitui um instrumento válido e útil para avaliação do desempenho motor do membro superior parético em doentes vítimas de AVC.

Palavras-chave: Reabilitação; Membro superior parético; Motor Activity Log

Abstract

EVALUATION OF QUANTITY AND QUALITY IN USE OF PARETIC UPPER LIMB IN HOUSEHOLD CONTEXT OF INDIVIDUALS VICTIMS OF STROKE THROUGH THE SCALE MOTOR ACTIVITY LOG

Introduction: The cerebrovascular accident (CVA) is still the first cause of death in Portugal, and represents one of the first causes of death and morbidity on a world scale. It is also responsible for the high index of disability and functional dependency of Portuguese adult population. More than 80% of patients with CVA history present hemiparesis, and from those who initially have paresis of head extremity, it is calculated that 70% remain with residual disabilities. Superior limb has an important role in carry out most of AVD and the inability to use it can compromise most of these essential and significant tasks. This evaluation is clinically relevant because of the great disability and functional limitation that can happen while the patient carries out AVD, and its impact in independence and life quality.

Rececionado em dezembro 2012. Aceite em setembro 2013

⁽¹⁾ Mestre em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeira Graduada a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), Hospital Sto António dos Capuchos. E-mail: e.diz@iol.pt

⁽²⁾ Doutorada em Sociologia pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

⁽³⁾ Doutorada em Psicologia pela Universidade da Estremadura, Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde.

Aims: Evaluate the Psychometric Properties of the Portuguese version of the MAL-30, to analyze the relationship between the affected side after a stroke, time of occurrence of stroke and handgrip strength with the amount and quality of use of the upper limb.

Methodology: A cross-sectional descriptive study with a quantitative approach was developed in a non-probabilistic sample consisting of 84 patients over 18 years, non-institutionalized and with a single episode of stroke over than 6 months. A sociodemographic questionnaire, the modified Ashworth Scale, the handgrip dynamometer (dynateste) and MAL-30 scale were used as instruments of data collection.

Results: The results reveal that, from the 84 patients involved in the sample, 66,7% are male, the age average is of 66,77 years old ($dp=11,18$). The CVA occurred in average 34,45 months ago ($dp=28,96$), and 42,9% had the dominant side affected. The evaluation of test and retest liability was made through the coefficient of correlation intra-class, and the obtained values were: $CCI=0,999$ for the QT and $CCI=0,977$ for the QL. The internal consistence was evaluated through the alpha of Cronbach, and the obtained values were of 0,974 for both subscales. The validity of transversal significance was evaluated by the coefficient of correlation of spearman between the averages of subscales, and the result was $CCS=0,97$. It only happened a correlation between subscales and the strength of hand prehension in the affected side ($CCS=0,523$, $p=0,000$ for the QL and $CCS=0,528$, $p=0,000$ for the QT). Through T-test, a difference in the average of both subscales was verified depending on the affected side be or not be the dominant one.

Conclusions: The Portuguese version of the MAL showed good internal consistency for both subscales, verifying the correlation between them and the items that constitute them. It shows a good transversal correlation between the two subscales and evidence of good test-retest reliability. Based on these results, we believe that the MAL-30 constitutes a valid and useful instrument for the evaluation of motor performance of upper limb in patients who suffered stroke.

Keywords: Rehabilitation; Paretic superior limb; Motor Activity Log

Resumen

EVALUACIÓN DE LA CANTIDAD Y CALIDAD DEL USO DEL MIEMBRO SUPERIOR PARÉTICO EN EL CONTEXTO DOMICILIARIO EN INDIVIDUOS VÍCTIMAS DE ACV A TRAVÉS DE LA ESCALA MOTOR ACTIVITY LOG

Introducción: El Accidente Cerebrovascular (ACV) continua a ser la primera causa de muerte en Portugal, representando una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, siendo responsable del elevado índice de incapacidad y dependencia funcional de la población adulta portuguesa. Más del 80% de los enfermos con historia de ACV presentan hemiparesia y, de aquellos que inicialmente tienen paresia de la extremidad superior, se estima que el 70% permanecen con incapacidades residuales. El miembro superior contribuye significativamente para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD) y la incapacidad de utilizarlo puede comprometer la participación en muchas de las tareas esenciales y significativas. Su evaluación es clínicamente relevante debido a la gran incapacidad y limitación funcional durante la realización de las AVD y su relación con independencia y calidad de vida del paciente. Objetivos: Evaluar las propiedades psicométricas de la versión portuguesa de la MAL-30; analizar la relación entre el lado afectado después del ACV, el tiempo de ocurrencia del ACV y la fuerza de presión manual con la cantidad y calidad del uso del miembro superior parético.

Metodología: Se desarrolló un estudio de cariz transversal con un abordaje cuantitativo en una muestra no probabilística constituida por 84 pacientes con más de 18 años de edad, no institucionalizados y, con un episodio único de ACV superior a 6 meses. Los datos fueron recogidos mediante la realización de una encuesta sociodemográfica a Escala de Ashworth modificada, empleándose el dinamómetro de presión manual (Dynateste) y la Escala MAL-30.

Resultados: Los resultados obtenidos revelaron que de los 84 pacientes que componían la muestra, 66,7% eran de sexo masculino, y la media de edad de 66,77 años ($dp = 11,18$). La media de ocurrencia del ACV fue de 34,45 meses ($dp = 28,96$) y un 42,9 % de los pacientes resultaron con el lado dominante afectado. La evaluación de la confiabilidad test-retest fue efectuada a través del coeficiente de correlación intra-clase, obteniéndose los valores de $CCI = 0,999$ para la QT y $CCI = 0,977$ para la QL. La consistencia interna se determinó mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach obteniéndose valores de 0,974 para ambas subescalas. La variedad de constructo transversal fue evaluada mediante el coeficiente de correlación de Spearman entre las medias de las subescalas, obteniéndose valores de $CCS = 0,97$. Se obtuvo correlación entre las subescalas y la fuerza de presión manual del lado afectado ($CCS = 0,523$, $p = 0,000$ para la QL y $CCS = 0,528$, $p = 0,000$ para la QT).

Mediante el test t se verificó la diferencia entre la media de ambas subescalas en función de que el lado afectado fuera o no el dominante. Conclusiones: La versión portuguesa de la MAL presentó una buena consistencia interna para ambas subescalas verificándose la existencia de correlación entre éstas y los ítems que las constituyen. Presenta, además, una buena correlación transversal entre las dos subescalas y la evidencia de una buena confiabilidad test-retest.

Con base en los resultados obtenidos, afirmamos que la MAL-30 constituye un instrumento válido y útil para la evaluación del desempeño motor del miembro superior parético en pacientes víctimas de ACV.

Palabras clave: Rehabilitación; Miembro superior parético; Motor Activity Log

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral continua a ser a primeira causa de morte em Portugal (DGS, 2001), representando uma das principais causas de mortalidade e morbidade a nível mundial. É responsável pelo elevado índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa, afetando significativamente os aspetos da vida física, económica e social.

A sua prevalência aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos passa para 30% aos 85 anos e mais (DGS, 2004), o que, associado ao aumento da esperança de vida e ao envelhecimento progressivo da população, faz com que o AVC constitua um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, não só como causa de mortalidade e morbidade mas principalmente pelo consumo de recursos e de encargo que ocasiona no Sistema de Saúde e consequentemente na Sociedade (DGS, 2006).

Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1000 habitantes por ano e que, após o AVC, cerca de 70% dos doentes apresentam incapacidade, dos quais 24% com nível de incapacidade muito grave (com base no Índice de Barthel), causando um grande impacto familiar, social e económico (DGS, 2001).

Uma grande percentagem dos doentes que sofreram AVC morre no primeiro mês, sendo que muitos dos restantes continuam a falecer até 1 (um) ano após a ocorrência do acidente.

Para os sobreviventes, as sequelas são frequentes, variadas e graves, com alterações motoras e cognitivas a par de alterações emocionais. Para Barreca et al. (2003), citados por Saliba et al. (2008), de entre as incapacidades provocadas pelo AVC, a alteração da função dos membros superiores é uma das maiores queixas referidas pelos doentes, devido ao comprometimento de destreza durante a execução das atividades de vida diária (AVD).

Mais de 80% dos doentes com história de AVC apresentam hemiparesia e, daqueles que inicialmente têm paresia da extremidade superior, estima-se que 70% permaneçam com incapacidades residuais (Harris & Eng, 2007; Pang, Harris & Eng 2006). Segundo Pang et al. (2006), 25% a

53% dos hemiplégicos, seis meses após o AVC, permanecem dependentes em pelo menos uma AVD que envolve o uso uni ou bilateral dos membros superiores.

O membro superior contribui significativamente para a realização da maioria das AVD e a incapacidade de o utilizar pode comprometer a participação em muitas destas tarefas essenciais e significativas (Harris & Eng, 2007). Desta forma, o retorno da função do membro superior tem sido identificado como um importante objetivo na reabilitação destes doentes (Harris & Eng, 2007).

Os resultados obtidos com a reabilitação após o AVC podem ser avaliados através de várias medidas, dependendo da área de interesse. Quando o objetivo é avaliar a recuperação da mão e braço paréticos, a escolha é especialmente importante. A utilização de medidas típicas de AVD apenas traduz o grau de dependência/independência funcional a nível da actividade não dando qualquer informação sobre como a actividade é realizada ou se e como o braço afetado é usado. Este facto torna estas medidas inválidas para avaliar a recuperação do braço (Uswatte, Taub, Morris, Light, & Thompson 2006).

Embora o retorno da função motora ocorra gradualmente em resultado da combinação da recuperação espontânea e da reabilitação, o uso real do membro superior parético é frequentemente menor do que o seu potencial no contexto de vida diária (Uswatte & Taub, 2005; Sunderland & Tuke, 2005, citados por Saliba, 2009). Hedman et al. (2007), citados por Saliba (2009), referem que 67% dos doentes com hemiparésia consideram o não uso do membro superior parético como um dos maiores problemas após o AVC. Outros fatores como suporte e proteção dos cuidadores ou familiares, podem potencialmente influenciar a extensão do défice motor e o uso do membro superior (Uswatte & Taub, 2005, citados por Saliba 2009; Taub, Uswatte, & Pidikiti.1999).

A avaliação do membro superior parético é clinicamente relevante, devido à grande incapacidade e limitação funcional durante a realização de AVD e a associação com independência e qualidade de vida (Harris & Eng, 2007; Winstein et al., 2004). Esta avaliação tem sido efetuada através da obser-

vação do desempenho motor durante a realização de testes executados em laboratório. Contudo, a habilidade motora e o uso do membro superior, neste contexto, pode não corresponder ao que o doente realiza realmente no seu dia-a-dia (Harris & Eng, 2007).

Neste contexto, é fundamental o uso de instrumentos específicos para avaliação adequada dos efeitos da reabilitação no uso espontâneo do membro superior parético na realização das AVD (Harris & Eng, 2007; Uswatte e Taub, 2005; Dromerick et al., 2006, citados por Saliba, 2009).

Com o objetivo de avaliar a habilidade motora do membro superior parético após-AVC, fornecendo assim informação sobre a sua função e utilização espontânea, foi desenvolvido em 1993 por Taub, Uswatte e Morris, (Taub, McCulloch, Uswatte, & Morris 2004 ; Taub et al., 1999) um instrumento padronizado – Motor Activity Log (MAL). Trata-se de um instrumento específico para doentes com AVC que tem em conta a “síndrome de desuso” (Uswatte et al., 2006; Uswatte, Taub, Morris, Vignolo., & McCulloch, 2005; Van der Lee, Beckerman, Knol, Vet, & Bouter, 2004).

Desde que foi proposta, tem sido frequentemente utilizada em estudos relacionados com a reabilitação dos membros superiores e reconhecida como um importante instrumento para fornecer informação sobre a função do membro superior parético após o AVC (Harris & Eng, 2007; Uswatte et al., 2006; Pang et al., 2006; Uswatte et al., 2005; Van der Lee et al., 2004; Winstein et al., 2004).

Tendo em conta a elevada prevalência de limitações funcionais associadas às alterações dos membros superiores pós-AVC (Barreca et al., 2003, citados por Saliba et al., 2008), torna-se necessária a utilização sistemática de instrumentos específicos que forneçam informação sobre a função e a utilização espontânea do membro superior parético, de modo a adaptar os programas de reabilitação às reais necessidades dos doentes.

Uma vez que não temos conhecimento da existência deste tipo de instrumentos desenvolvidos ou validados para a população portuguesa, definimos como objetivo do presente estudo: - Avaliar as Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da MAL-30.

Motor Activity Log

Das incapacidades decorrentes do AVC, a alteração da função dos membros superiores é a principal queixa dos doentes devido ao comprometimento da destreza durante a realização das AVD (Barreca et al., 2003, citados por Saliba et al., 2008). A dificuldade em usar o membro superior afetado pode levar à “síndrome de desuso” que se caracteriza pela maior utilização do membro superior não afetado em detrimento do membro superior afetado, aumentando ainda mais as incapacidades associadas a este (Uswatte et al., 2006; Uswatte et al., 2005; Van der Lee et al., 2004). Apesar dos programas de reabilitação contemplarem intervenções destinadas ao aumento da habilidade motora do membro superior mais afetado, a avaliação do seu impacto é feita através de medidas típicas de AVD que apenas traduzem o grau de dependência/independência funcional a nível da atividade não dando qualquer informação sobre como esta é realizada ou se e como o braço afetado é usado. Este facto torna estas medidas inválidas para avaliar a recuperação do braço (Uswatte et al., 2006).

Com o objetivo de avaliar a habilidade motora do membro superior parético após-AVC, fornecendo assim informação sobre a sua função e utilização espontânea, em contexto domiciliário, foi desenvolvido em 1993 por Taub, Uswatte e Morris, (Taub et al., 2004 e Taub et al., 1999) um instrumento padronizado – Motor Activity Log (MAL). Trata-se de um instrumento específico para doentes com AVC que tem em conta a “síndrome de desuso” (Uswatte et al., 2006; Uswatte et al., 2005; Van der Lee et al., 2004). A versão original é constituída por 14 itens (MAL-14) que abordam o uso do membro superior parético nas AVD (Uswatte et al., 2006; Taub et al., 1999). Posteriormente, para possibilitar a avaliação de doentes com grande comprometimento do membro superior parético, foi desenvolvida uma versão com 30 itens (MAL-30), substituindo 4 itens da MAL-14 e acrescentando 16 itens, também eles relacionados com as AVD (Uswatte et al., 2006; Taub et al., 2004).

Ambas as versões devem ser aplicadas sob a forma de entrevista podendo esta ser realizada com o doente ou com o seu cuidador (Uswatte

et al., 2006; Uswatte et al., 2005; Van der Lee et al., 2004; Taub et al., 2004). Englobam 2 (duas) subescalas ordinais para a graduação das atividades com 6 (seis) pontos em cada: uma relacionada com a quantidade de uso e outra com a qualidade do uso. Considerando a escala quantitativa (QT), a sua pontuação varia de 0 “não usa o braço mais fraco” a 5 “usa o braço mais fraco tanto como antes do AVC”. Para a escala qualitativa (QL), a pontuação varia de 0 “o braço mais fraco não foi usado para essa atividade” a 5 “a capacidade para usar o braço mais fraco para essa tarefa foi tão boa como antes do AVC”. A pontuação total é obtida através do cálculo da média para cada uma das subescalas. Quanto maior a média obtida nas subescalas melhor a quantidade e qualidade do uso do braço parético na realização das AVD. Uma grande vantagem da MAL é que, na situação em que alguma atividade não se aplica ao doente, o item pode ser “eliminado” e o cálculo da média pode ser feito considerando os itens restantes (Taub et al., 2004).

Desde que foi proposta, vários estudos avaliaram as suas propriedades psicométricas nomeadamente consistência interna, confiabilidade teste-reteste, e validade (quadro1).

Os resultados referentes às propriedades psicométricas das versões da MAL (14 e 30) dão suporte ao seu uso em conjunto com outras medidas de desempenho funcional para a avaliação da função do membro superior mais afetado.

METODOLOGIA

Metodologicamente, classificámos o nosso estudo como descritivo, de cariz transversal, com uma abordagem quantitativa.

Delinearam-se os seguintes objetivos que norteiam esta investigação:

↳ Traduzir e adaptar culturalmente a Motor Activity Log – versão com 30 itens para a população Portuguesa;

↳ Avaliar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa da Motor Activity Log-30;

↳ Analisar a relação entre o lado afetado após o AVC, o tempo de ocorrência do AVC e a força de preensão manual com a quanti-

dade e qualidade do uso do membro superior parético.

A população alvo do estudo é constituída por doentes vítimas de AVC não institucionalizados, com mais de 18 anos residentes na região da Grande Lisboa e zonas limítrofes. Dada a inacessibilidade da totalidade da população alvo e as condicionantes temporais, trabalhamos com uma parte da mesma designada por amostra. A amostragem é não probabilística, constituída por 84 doentes, aos quais foi solicitado consentimento informado e que voluntariamente aceitaram participar no estudo. Todos os participantes foram esclarecidos em relação aos objetivos do estudo, à importância da sua participação no mesmo e à possibilidade de poderem desistir a qualquer momento. A colheita de dados decorreu em várias Clínicas de Fisioterapia (às quais foi pedida autorização informal e obtido consentimento verbal). No Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, foi solicitado pedido por escrito que foi avaliado e autorizado pela comissão de ética Nesta instituição, a colheita de dados decorreu no período de Fevereiro a Abril de 2012.

Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram:

Ter mais de 18 anos; Episódio único de AVC e há pelo menos 6 meses; Não institucionalizados; Presença de hemiparesia/hemiplegia num membro superior; Não ter outras doenças músculo-esqueléticas, Não ter afasia de compreensão; Não apresentar apraxia e/ou negligência; Não ter alterações da sensibilidade

Dos instrumentos utilizados para a recolha de dados fazem parte a Motor Activity Log, um instrumento elaborado para caracterização da amostra que inclui questões sociodemográficas e clínicas; a Escala de Ashworth modificada para avaliação do tónus muscular. Avaliou-se também a força de preensão da mão utilizando-se o dinamómetro de preensão manual (dynateste).

Após autorização dos autores originais a Motor Activity Log foi traduzida para Português, do ponto de vista cultural e conceitual, por duas tradutoras bilingues cujo idioma de

Quadro 1 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas da Motor Activity Log

Estudo e Versão da MAL		Amostra	Propriedades Psicométricas	RESULTADOS			
				Doentes		Cuidador	
				QL	QT	QL	QT
Van der Lee et al. (2004) MAL-14	56 doentes, com média de idades de 61 anos e média de tempo de AVC de 3 anos	Consistência interna (<i>alpha de Cronbach</i>)	0,91	0,88			
		Confiabilidade teste-reteste (<i>Bland e Altman</i>)	(-0,61-0,71)	(-0,70-0,85)			
		Responsividade	2,0	1,9			
		Validade de constructo transversal (<i>Spearman</i>)					
		QT e QL		0,95			
		MAL 14 e ARA	0,63				
Uswatte et al. (2005) MAL-14	ESTUDO 1: 41 doentes. Grupo1: 21 doentes com média de idades de 54,6±12,6 e média de tempo de AVC de 3,6±4,5 anos; Grupo 2: 20 doentes com média de idade de 50,7±19,2 anos e média de tempo de AVC de 5,3±3,95 anos. ESTUDO 2: 27 doentes com média de idade de 60,1±10,6 anos e média de tempo de AVC de 5,5±3,7 anos.	Consistência interna (<i>alpha de Cronbach</i>)	0,87	0,82	>0,82	>0,82	
		Confiabilidade teste-reteste (<i>Pearson</i>)	0,91	0,44	0,50	0,61	
		Responsividade	4,5	3,2	3,0	4,3	
		Estabilidade (<i>t-Student</i>)	0,1±0,4	0,1±0,5	0,2±0,5	0,1±0,4	
		Validade convergente (CCI) QL aplicada aos doentes e cuidadores	0,52 e 0,70				
		Consistência interna (<i>alpha de Cronbach</i>)					
Responsividade	5,0	3,8					
Validade concorrente (<i>Pearson</i>)							
QL aplicada aos doentes e acelerómetro	0,70 e 0,91						
Uswatte et al. (2006) MAL-30	106 doentes com média de idade de 61±13,5 anos e a 106 doentes com média de idade de 63,3±12,6 anos; com tempo de AVC entre 6 a 12 meses, e aos cuidadores	Consistência interna (<i>alpha de Cronbach</i>)	0,94	0,94	0,95	0,95	
		Confiabilidade teste-reteste (CCI)	0,82	0,79	0,72	0,66	
		Estabilidade (<i>t-Student</i>)	0,3±0,5	0,3±0,6	0,4±0,7	0,4±0,7	
		Validade convergente (<i>Pearson</i>)					
		MAL-30 e SIS	0,72	0,68	0,40	0,35	
		Validade discriminativa (<i>Pearson</i>)	0,52	0,47	0,61	0,37	
MAL-30 e SIS	0,14	0,14	0,07	0,10			
	MAL-30 e acelerómetro	0,14	0,14	0,23	0,25		
Saliba (2009) MAL-30	77 doentes com média de idade de 57,5±12,4 anos com tempo de AVC de 74,6±57,4 meses	Confiabilidade teste-reteste (CCI)					
		Subescala Item	0,98	0,98			
Validade de constructo (<i>Análise de Rasch</i>)		>0,80	0,44 a 1,0				
		3 níveis de habilidade com confiabilidade de 0,84	3 níveis de habilidade com confiabilidade de 0,84				

origem era o português, para o qual a escala foi adaptada. As traduções foram realizadas de forma independente, para obter uma versão mais apropriada.

Concluído o processo anterior, foi feita a comparação das duas versões traduzidas, para se chegar a uma única versão final traduzida, versão-consenso, comparando-se a versão original e as duas traduções. A partir da versão única foi realizada a retro-tradução por dois outros tradutores qualificados, cuja língua de origem era o inglês (língua do instrumento original), realizando este processo de forma independente.

A MAL foi aplicada sob a forma de entrevista estruturada, seguindo as instruções padronizadas pelos autores na versão original (Taub et al., 2004). Foi explicado ao doente a diferença entre as duas subescalas e que o objetivo é saber o que ele realmente fez com o membro superior parético e não o que pensa que consegue fazer, tendo como referência a semana anterior. O doente foi questionado se utilizou o membro superior parético para cada uma das atividades da escala. Se a resposta foi não, foi questionado o porquê e utilizada a codificação adequada; se a resposta foi sim, foi solicitado para, de acordo com a escala QT, quantificar o seu uso e, de seguida, tendo em conta a QL, avaliar a qualidade do movimento.

Para avaliação do tônus muscular, foi utilizada a Escala de Ashworth modificada. Foi efetuada movimentação passiva da articulação do cotovelo, atribuindo o score de acordo com a escala.

Para avaliação da força de preensão manual, o doente foi colocado na posição de sentado com o ombro aduzido e em rotação neutra, o cotovelo fletido a 90° com o antebraço em posição neutra e o punho entre 0 a 30° de extensão. Foram realizadas 2 medidas em cada lado com intervalo de 1 a 2 minutos e escolhida a melhor (Alexandre, Duarte, Santos & Lebrão., 2008; Geraldés, Oliveira, Albuquerque, Carvalho & Farinatti., 2008). A força de preensão manual foi avaliada em bar e apresentada nos resultados em KPa, por ser a unidade mais uti-

lizada no Sistema Internacional de Unidades (DR. N° 234/2010).

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® for Windows na versão 19.0, utilizada estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão) e estatística inferencial (*alfa de Cronbach*, *Coeficiente de Correlação Intra-classes*, *Coeficiente de Correlação de Spearman*, *teste t para amostras independentes*). Foi considerado um nível de significância de $\alpha = 0,05$.

APRESENTAÇÃO/ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Participaram neste estudo 84 doentes, dos quais 56 (66,7%) eram do sexo masculino e 28 (33,3%) do sexo feminino. Estes resultados vão de encontro às referências consultadas que nos dizem que a incidência do AVC é 1,3 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres (Menoita, 2012; Martins, 2006).

A média de idades foi de 66,77 anos ($dp=11,18$), com um mínimo de 38 e um máximo de 91 anos. Como tem sido referido por vários autores (Ferro, 2006; Leal, 2001), a idade é o principal fator de risco para o AVC, confirmando os dados estatísticos já apresentados.

A maioria, 91,7%, reside em meio urbano, 57,1% vivem com o cônjuge e 7,1% vivem sozinhos; 27,4% completaram o 3° ciclo de ensino e 11,9% não sabem ler nem escrever. Da nossa amostra, 74 doentes (88,1%) sofreram AVC isquémico e 10 (11,9%) AVC hemorrágico. Estes resultados estão em consonância com a literatura que nos diz que os AVC's de natureza isquémica são os mais frequentes, representando 85% de todos os AVC's (Leal, 2001), e com as características dos doentes que participaram nos estudos de Hammer e Lindmark (2010), Uswatte et al. (2006) e Van Der Lee et al. (2004). Dos 84 doentes, 60 (71,4%) sofreram o AVC encontrando-se ainda em fase ativa, sendo que 24 (28,6%) já estavam reformados.

35 doentes (41,7%) viram o seu estatuto profissional alterado devido ao AVC.

Estes resultados são corroborados pela literatura, pois sabe-se que o AVC é a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (DGS, 2001). Para além disso, na Europa encontra-se no 3º lugar nas causas de incapacidade permanente e no nosso país cerca de 25.000 doentes por ano são afetados, sendo que aproximadamente 60% destes ficam com incapacidade em diferentes graus (Mesquita, 2012).

Pela análise dos dados, podemos ainda verificar que a alteração do estatuto profissional foi mais predominante nos doentes que sofreram AVC hemorrágico, o que é justificado pelo facto de este ser o mais grave, com mortalidade até 50% nos 30 dias subsequentes e ocorrer numa população mais jovem (Menoita, 2012). Os mecanismos que estão na sua origem e as áreas cerebrais envolvidas fazem com que os sobreviventes apresentem graves limitações tanto a nível motor como cognitivo.

As sequelas foram predominantes no lado esquerdo para 50 doentes (59,5%), sendo que, para 36 (42,9%), foi o lado dominante que ficou afetado. Os nossos resultados vão de encontro aos de Uswatte et al. (2006), Pang et al (2006), Uswatte et al. (2005), Van Der Lee et al. (2004) já que os autores referem nas suas amostras maior percentagem de hemiparésia à esquerda e no lado não dominante. Contrariamente, Hammer e Lindmark (2010) obtiveram maior percentagem de hemiparésia à direita, ficando afetado o lado dominante.

O AVC ocorreu em média há 34,45 meses (dp=28,96). Todos os doentes que constituem a nossa amostra estavam em programa de reabilitação, 88,1% dos quais desde a ocorrência do episódio.

Do total dos inquiridos, 21 (25%) sentem dor no ombro. Destes, para 15 (71,4%), a dor apenas está presente durante o movimento e para 6 (28,6%) também em repouso.

Dromerick, Dorothy, Edwards e Kumar (2008) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a frequência e características da dor no ombro durante o processo de reabilitação;

numa amostra de 46 doentes, 17 (37%) relataram dor no ombro, 15 dos quais apresentavam dor apenas ao movimento passivo e 2 relataram em repouso. De acordo com os mesmos autores, a presença de dor inibe o movimento e pode prejudicar a recuperação, diminuindo a eficácia de qualquer técnica de reabilitação. Os autores referem ainda que a frequência relatada de síndrome de dor no ombro hemiplégico varia entre 5% e 84%, sendo que os sintomas podem aparecer nas primeiras semanas após o AVC ou desenvolverem-se muito mais tarde.

A maior parte dos participantes no nosso estudo (71,4%), sofre de outros problemas de saúde para além do AVC, sendo o mais frequente a HTA, isolada ou associada à diabetes e a problemas cardíacos. Todos fazem medicação principalmente para os problemas de saúde já existentes antes do AVC. Pang et al. (2006) também verificaram a presença de hipertensão e diabetes, de entre as comorbilidades apresentadas pela amostra estudada.

Santos et al. (2010) verificaram uma prevalência de 84,0% de HTA, 63,2% de dislipidémia, 42,4% de diabetes mellitus e 18% de angor/enfarte agudo do miocárdio prévio ao AVC. Rosário et al. (2010) encontraram fibrilhação auricular em 36,1% dos doentes que sofreram AVC isquémico de natureza embólica.

Na avaliação do tónus muscular, verificou-se que 75 doentes (89,3%) apresentaram tónus normal e 2 (2,4%) hipertonia moderada, de acordo com a Escala de Ashworth modificada. Estes valores são corroborados pelos estudos de Harris e Eng (2007) e Pang et al. (2006).

Observou-se que a força de prensão manual foi em média de 13,10 KPa (dp=12,29), com valor mínimo de 0 KPa e máximo de 50 KPa para o lado afetado. Para o lado não afetado verificou-se uma média de 35,36 KPa (dp=16,07) com variação entre 15 KPa e 80 KPa.

Através do CCS verificámos que houve diferença estatisticamente significativa na redução da força do lado parético em relação ao não parético (tabela 1). A redução da força muscular tem sido relatada em doentes vítimas de AVC tanto na fase aguda como na fase

Tabela 1 – Coeficiente de correlação de Spearman entre a força de preensão manual no lado afetado e no lado não afetado.

Spearman's rho		Força de preensão manual lado não afetado
Força de preensão manual Lado afetado	Coeficiente Correlação	,543**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	84

**Coeficiente de correlação é significativo ao nível de 0,01. (2-tailed)

crónica (Boissy, 1999). Os nossos resultados são coincidentes com os obtidos por Saliba (2009) e Faria (2008).

A consistência interna da MAL foi avaliada através do alpha de Cronbach, obtendo-se valores de 0,974 tanto para a QT como para a QL. Através do CCS, verificámos que existe correlação entre as subescalas e os itens que as constituem, obtendo-se valores de CCS > 0,54 ($p=0,000$) em todos os itens da QT com a exceção do item número 24 (escrever num papel) que obteve CCS=0,463. Para a QL obtiveram-se valores de CCS > 0,528 ($p=0,000$) em todos os itens. Estes resultados são corroborados pelos resultados dos estudos consultados em que foram avaliadas as propriedades psicométricas da MAL-14 e da MAL-30 tanto com doentes em fase crónica como em fase sub-aguda (Hammer & Lindmark, 2010; Uswatte et al., 2006; Uswatte et al., 2005; Van Der Lee et al., 2004).

A validade de constructo transversal foi avaliada através do CCS entre as médias das subescalas obtendo-se CCS=0,973 ($p=0,000$). Para avaliação da confiabilidade teste-reteste, aplicámos a MAL a 15 doentes em dois momentos diferentes com intervalo de sete dias entre eles. Utilizámos o coeficiente de correlação intra-classes para avaliação da correlação das médias de cada subescala nas duas avaliações, obtendo-se valores de CCI=0,999 para a QT e valores de CCI=0,977 para a QL. Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Uswatte et al. (2006) e Saliba (2009).

Uma vez avaliadas as propriedades psicométricas da MAL, procurámos a relação en-

tre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas e a quantidade e qualidade de uso do membro superior parético. A análise dos dados permite-nos verificar que não houve correlação entre as subescalas e as variáveis idade e tempo de ocorrência do AVC, contudo, verificou-se correlação entre as subescalas e a força de preensão manual no lado afetado (tabela 2).

Tabela 2 – Coeficiente de correlação de Spearman entre as subescalas e as variáveis idade, força de preensão manual no lado afetado e tempo de ocorrência do AVC.

Variáveis	Média qualitativa		Média quantitativa	
	CCS	p	CCS	p
Idade	,162	,141	,102	,354
Força de preensão manual Lado afetado	,523**	,000	,528**	,000
Há quanto tempo ocorreu o AVC	,130	,237	,117	,290

CCS - Coeficiente de Correlação de Spearman.

**Coeficiente de correlação é significativo ao nível de 0,01. (2-tailed)

Sabe-se que o uso do membro superior parético depende de uma série de fatores como sejam o estado emocional do doente, o apoio/proteção dos familiares, o contexto do ambiente real (onde não existem equipamentos adaptados), a lentidão e a falta de destreza nos movimentos que podem levar à adoção de estratégias compensatórias (Taub, Uswatte & Pidikiti, 1999; Harris & Eng, 2007). Talvez o facto de ainda se encontrarem em fase ativa faça com que desenvolvam estratégias adaptativas mais rapidamente no sentido de obterem

o máximo de independência possível, “abdicando” do potencial de recuperação do braço parético.

Saliba (2009) verificou baixa correlação entre a idade e tempo de AVC com as medidas de habilidade dos doentes em ambas as subescalas.

No que refere à força de preensão manual no lado afetado, todos os estudos consultados verificaram a existência de correlação entre esta e os instrumentos de avaliação utilizados.

Soares, Kerscher, Uhlig, Domenech e Júnior. (2011) verificaram boa correlação entre a força de preensão manual e a mobilidade manual. Obtiveram correlação positiva com a escala de movimento da mão e o teste da caixa de blocos, levando a crer que maiores medidas de força de preensão correspondem a melhor desempenho nos testes de destreza. Para o teste de nove buracos e pinos, a correlação foi negativa, representando que com maior força de preensão manual menor é o tempo de execução do teste.

Saliba (2009) constatou que os doentes que apresentavam grande limitação da função do membro superior parético, ou seja, baixa quantidade e qualidade de uso, foram na sua maioria os que apresentaram uma diferença percentual da força de preensão manual acima de 75% e demonstraram limitação moderada para movimentação ativa de ombro, cotovelo, punho e dedos.

Harris e Eng (2007), para além da força de preensão manual, avaliaram também a força isométrica do membro superior por dinamometria. Obtiveram valores de $r=0,61$ ($p < 0,01$) entre a força de preensão manual e a MAL e valores de $r=0,84$ ($p < 0,01$) entre a força do membro superior e a MAL. A força do membro superior foi responsável por 78% da variância do score da MAL.

Lang et al. (2007), citados por Saliba (2009), defendem que, para o uso funcional das mãos nas AVD, é necessário controlo dos segmentos proximais do membro superior para posicionar e orientar a mão em relação ao contexto ambiental e controlo dos dedos para manipular

os objetos. Os autores, no estudo que levaram a cabo, utilizaram testes clínicos para a avaliação da função do membro superior e a medida da força de preensão manual, com o objetivo de investigar como o controlo do movimento dos segmentos da extremidade superior contribui para a perda da função da mão em hemiparéticos crónicos. Através de análises de correlação e regressão, verificaram que todos os segmentos do membro superior contribuirão para a função da mão. A amplitude de movimento ativa foi responsável por 73% da variância nos testes funcionais avaliados e a força de preensão apresentou forte correlação com as medidas de função. Os autores concluíram assim que o controlo dos segmentos proximais e distais do membro superior parético são importantes e que a amplitude ativa, bem como a força de preensão, contribuem para a função da mão nas AVD.

De acordo com os dados obtidos, podemos verificar que existe diferença na média de ambas as subescalas em função do lado afetado ser ou não o dominante (quadro 2).

Quadro 2 – Médias, desvio padrão e teste t para as subescalas e a variável lado afetado

	n	média	dp	Test T	
				T	Sig
Lado afetado dominante/QT	36	1,597	1,70	2,247	0,030
Lado afetado não dominante/QT	48	0,933	0,56		
Lado afetado dominante/QL	36	1,184	1,27	2,177	0,035
Lado afetado não dominante/QL	48	0,98	0,49		

Os valores encontrados para o desvio padrão referentes ao lado afetado dominante (tanto para a QT como para a QL) poderão ser justificados pela variabilidade encontrada no tempo de ocorrência do AVC, fazendo com que os doentes se encontrem em vários níveis de recuperação.

O membro superior tem sido descrito como importante para o desempenho de habilidades motoras, sendo utilizado para várias AVD.

Para além disso, tem-se verificado que a velocidade, precisão e coordenação são superiores na mão dominante em indivíduos saudáveis (Harris & Eng, 2006).

Os nossos resultados são discordantes dos obtidos por Uswatte et al. (2006) que não verificaram diferenças entre os doentes avaliados pela MAL em função da dominância do lado afetado. No entanto, os autores encontraram uma correlação maior entre os scores da MAL e o acelerómetro nos doentes que ficaram com o membro superior dominante parético, sugerindo que o movimento do lado dominante está mais relacionado com o desempenho de atividades funcionais.

Harris e Eng (2007) também estudaram os efeitos da dominância em doentes após AVC crónico. Constataram que os doentes que ficaram com o membro superior dominante parético demonstraram menos alteração nas variáveis relacionadas à estrutura e função corporal. Contudo, não encontraram efeito da dominância na realização de AVD avaliadas pela MAL. Os autores sugerem que, na fase crónica, os doentes desenvolvem estratégias adaptativas para compensar a limitação do membro superior parético, independentemente do lado afetado, minimizando assim os efeitos da dominância. Defendem ainda que este facto também se torna evidente nas atividades bimanuais, nas quais a contribuição do membro superior afetado dominante não é tão grande como em atividades uni manuais.

CONCLUSÕES

O AVC é a nível mundial uma das principais causas de incapacidade funcional, provocando limitações motoras e sensoriais que alteram a dinâmica diária dos doentes e suas famílias.

O processo de reabilitação destes doentes deve ser precoce, dando especial atenção à preparação do regresso a casa e à continuidade dos cuidados no domicílio. Para que este processo seja adaptado às reais necessidades de cada doente, é fundamental que os enfermeiros de reabilitação procedam a uma avaliação criteriosa do doente, utilizando instrumentos de avaliação adequados e específicos, de forma sistemática e contínua.

meiros de reabilitação procedam a uma avaliação criteriosa do doente, utilizando instrumentos de avaliação adequados e específicos, de forma sistemática e contínua.

Com o presente estudo avaliaram-se as propriedades psicométricas da versão portuguesa da MAL-30 traduzida por Diz, Gomes e Galvão (2012). Para tal, aplicou-se a MAL a uma amostra de 84 doentes vítimas de AVC.

A versão portuguesa da MAL apresentou boa consistência interna para ambas as subescalas, verificando-se a existência de correlação entre estas e os itens que as constituem. Apresenta boa correlação transversal entre as duas subescalas e evidência de boa confiabilidade teste-reteste.

A análise dos dados permitiu-nos verificar que não houve correlação entre as subescalas e as variáveis idade e tempo de ocorrência do AVC, verificando-se, contudo, correlação entre as subescalas e a força de prensão manual no lado afetado. Foi ainda possível verificar a existência de diferenças na média de ambas as subescalas em função do lado afetado ser o dominante ou não dominante.

Dado o significativo impacto da hemiplegia na função dos membros superiores, principalmente na realização das AVD, torna-se necessário que os enfermeiros de reabilitação se foquem mais na recuperação do membro superior parético, tendo em conta o contexto domiciliário de cada doente.

Com base nos resultados obtidos, acreditamos que a MAL-30 constitui um instrumento válido e útil para avaliação do desempenho motor do membro superior parético em doentes vítimas de AVC.

Consideramos que seria pertinente avaliar as propriedades psicométricas da MAL aplicada aos cuidadores, possibilitando assim o seu uso nos doentes que apresentem afasias de expressão graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, T. S., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2008). Relação entre força de preensão manual e dificuldade no desempenho de atividades básicas de vida diária em idosos do município de São Paulo. *Revista Saúde Coletiva*, 5 (24), 178-182.
- Boissy, P. (1999). Maximal grip force in chronic stroke subjects and its relationship to global upper extremity function. *Clinical Rehabilitation*, 13, 354-362.
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*.
- Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*.
- Dromerick, A. W., Edwards, D. F., & Kumar, A. (2008). Hemiplegic Shoulder Pain Syndrome: Frequency and Characteristics During Inpatient Stroke Rehabilitation. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1589-1593.
- Faria, I. (2008). *Função do Membro superior em Hemiparéticos Crônicos: Análise através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., & Pimentel, J. *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp.77-87). Lisboa: Lidel.
- Geraldes, A. A. R., Oliveira, A. R. M., Albuquerque, R. B., Carvalho, J. M., & Farinatti, P. T. V. (2008). A Força de Preensão Manual é Boa Preditora do Desempenho Funcional de Idosos Frágeis: um Estudo Correlacional Múltiplo. *Revista Brasileira de Medicina do Desporto*, 14 (1), 12-16.
- Hammer, A. M., & Lindmark, B. (2010). Responsiveness and validity of the Motor Activity Log in patients during the sub acute phase after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32 (14), 1184-1193.
- Harris, J. E., & Eng, J. J. (2007). Paretic Upper-Limb Strength Best Explains Arm Activity in People With Stroke. *Physical Therapy*, 87(1), 88-97.
- Hunter, S., & Crome, P. (2002). Hand function and stroke. *Rev. Clin. Gerontol*, 12 (1), 68-81.
- Leal, F. L. (2001). Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In Padilha, J. M. S. C., Cruz, A. G., Pinto, V. M., Queirós, P. J. P., Henriques, F. M. D., Alves, M. C. O., Sousa, M. R. N., Pinto, M. A. S., Leal, F. L. B. G., Abreu, D. M. E., Agostinho, A. R. S. M., Januário, J. C., Rodrigues, H. C. M., & Costa, M. I. A. *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau. 131-151.
- Lee, C., Folsom, A. R., & Blair, S. N. (2003). Physical activity and stroke risk: A meta-analysis. *Stroke*, 34, 2475-2481.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mesquita, A. C. (2012). Prefácio. In Menoita, E. C. *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Pang, M. Y.; Harris, J. E., & Eng, J. J. (2006). A Community-Based Upper-Extremity Group Exercise Program Improves Motor Function and Performance of Functional Activities in Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 1-9.
- Rosário, I., Correia, M. J., Monge, J. C., Dores, H., Arroja, A., Lourenço, A., Grenho, M. F., Campos, L., Aleixo, A., & Silva, A. (2010, maio/junho). AVC Embólicos VS. Não-Embólicos. Características e Prognóstico. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 17, 29.
- Saliba, V. A. (2009). *Tradução e adaptação transcultural da Escala Motor Activity Log para avaliação da quantidade e qualidade de uso do membro superior de hemiplégicos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Saliba, V. A., Júnior, I. P. C., Faria, C. D. C. M., & Salmela, L. F. T. (2008). Propriedades Psicométricas da Motor Activity Log: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Fisioter Mov*, 21 (3), 59-67.
- Santos, A. R., Bruno Piçarra, B., Bento, A., Celeiro, M., Semedo, P., Pereira, V., Abreu, T. T., Azevedo, F., & Jara, A. (2010, setembro/outubro). Fatores de Risco Cardiovascular e localização Anatômica: Diferenças entre Sexos em Doentes com AVC Isquêmico. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 19, 21.
- Soares, A. V., Soares, A. V., Kerscher, C., Uhlig, L., Domenech, S. C., & Júnior, N G B. (2011). Dinamometria de preensão manual como parâmetro de avaliação funcional do membro superior de pacientes hemiparéticos por acidente vascular cerebral. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*, 18 (4), 359-364
- Taub, E., Miller, N. E., Novack, T. A., Cook, E. W., Fleming, W. C., Nepomuceno, C. S., Connell, J. S., & Crago, J. E. (1993). Technique to improve chronic motor deficit after stroke. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 74 (4), 347-354.
- Taub, E., McCulloch, K., Uswatte, G., & Morris, D. M. (2004). *Upper extremity Motor Activity Log [Manual]*. Facultado pelos Autores.
- Taub, E., Uswatte, G., & Pidikiti, R. (1999). Constraint-Induced Movement Therapy: a new family of techniques with broad application to physical rehabilitation--a clinical review. *Journal of Rehabilitation Research Development*, 36 (3), 237-251.
- Uswatte, G., Taub, E., Morris, D. M., Vignolo, M., & McCulloch, K. (2005). Reliability and Validity of the Upper-Extremity Motor Activity Log-14 for Measuring Real-World Arm Use. *Stroke*, 36, 2493-2496.
- Uswatte, G., Taub, E., Morris, D. M., Light, K., & Thompson, P. A. (2006). The Motor Activity Log-28: assessing daily use of the hemiparetic arm after stroke. *Neurology*, 67, 1189-1194.
- Van Der Lee, J. H., Beckerman, H., Knol, D.L, Vet, H. C. W., & Bouter, L. M. (2004). Clinimetric Properties of the Motor Activity Log for the Assessment of Arm Use in Hemiparetic Patients. *Stroke*, 35, 1410-1414.
- Winstein, C. J., Rose, D. K., Tan, S. M., Lewthwaite, R., Chui, H. C., & Azen, S. P. (2004). A Randomized Controlled Comparison of Upper-Extremity Rehabilitation Strategies in Acute Stroke: A Pilot Study of Immediate and Long-Term Outcomes. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 620-628.

EVENTOS ADVERSOS NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL CENTRAL

Hugo Lopes⁽¹⁾; Ana Frias⁽²⁾



Resumo

O transporte do doente crítico objetiva benefício para o doente. Não obstante, não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos adversos. Com o objetivo de avaliar a perceção relativamente à frequência de eventos adversos a nível intra e inter hospitalar foi aplicado um questionário. Admitidos 59 enfermeiros pertencentes ao departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos do hospital de Faro. Dos resultados, evidencia-se que existe uma maior perceção dos eventos no transporte Extra Hospitalar. Verificando-se como evento adverso mais frequentemente percecionado, a Falha do Fornecimento Oxigénio.

Através do recurso a testes não paramétricos, verificou-se não haver relações com significado estatístico ($p > 0.05$) entre as variáveis em estudo.

Em conclusão, os resultados revelam a necessidade de criar estratégias preventivas.

Palavras-chave: Doente Crítico, Transporte, Eventos Adversos

Abstract

ADVERSE EVENTS IN CRITICAL PATIENT TRANSPORT: NURSES PERCEPTION OF A CENTRAL HOSPITAL

The transport of a critically patient is made in benefit of the patient; However, evidence shows that there is a probability of occurring during the transport.

Questionnaire was applied with the purpose of evaluate the perception of the frequency this events. Were admitted 59 nurses from the emergency department of Faro hospital.

From the results of the study, is evident that the perception of the frequency of adverse events is major in the extra-hospital transport. The adverse event most common percept was the oxygen supply failure. Using nonparametric test, it was verified that there was no significant statistic relation ($p > 0.5$) between the Study variables.

In conclusion, the results reveal the need of creating preventive strategies.

Keywords: Theory; Critically ill, Transport, Adverse Events.

Resumen

ACONTECIMENTOS ADVERSOS EN EL TRANSPORTE DE ENFERMOS CRÍTICOS: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS DE UN HOSPITAL CENTRAL

El transporte de los pacientes críticamente enfermos tiene beneficios, pero la evidencia muestra que no está exento de probabilidad de ocurrencia de eventos que pueden agravar su condición, e la muerte. Con el fin de evaluar la percepción de la enfermería sobre la frecuencia de los eventos adversos en el transporte del paciente críticamente enfermo se realizó un estudio de carácter cuantitativo con una muestra de 59 enfermeros de un hospital central. A partir de los resultados, es evidente que la frecuencia de eventos adversos en el transporte de pacientes críticamente enfermos es menor en el intrahospitalario En conclusión, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de estrategias de prevención.

Palabras clave: pacientes críticamente enfermos, el transporte, los eventos adversos

INTRODUÇÃO TEÓRICA

O transporte intra hospitalar do doente crítico é um procedimento frequente, embora represente um risco adicional devido a, por vezes, não ser mantido o mesmo grau de vigilância e o nível de intervenção e o equipamento especializado disponível na unidade de origem. Este justifica-se pela necessidade de recorrer a meios de tratamento e diagnóstico não disponíveis na unidade onde o doente está internado.

O doente crítico é “aquele que por disfunção ou falência multiorgânica, necessita de meios avançados de monitorização e terapêutica” (p.9)¹.

Existem múltiplos eventos que podem alterar a situação clínica do doente, já por si só, crítica. Estes vão desde a instabilidade do doente, passando pela numerosa terapêutica, monitorização necessária, e ainda, pela complexidade dos exames complementares de diagnóstico. Os 53% dos doentes críticos sujeitos a transporte intra-hospitalar apresentam alterações significativas da saturação transcutânea, frequência cardíaca e pressão arterial². A alta incidência de eventos adversos no transporte intra hospitalar do doente crítico é uma realidade³.

No doente consciente o seu transporte poderá causar um aumento do *stress* e ansiedade, que poderão contribuir para o agravamento da situação clínica. De notar que a maioria das ocorrências durante o transporte são questões relacionadas com organização do mesmo e dos profissionais de saúde (61%), em contraste com a menor incidência de problemas técnicos⁴.

O transporte do doente quando planeado e realizado por equipas experientes e com o equipamento adequado, terá menos eventos adversos e mais sucesso⁵.

Com o objetivo de uma cultura preventiva das complicações inerentes ao transporte do doente crítico, é recomendado a organização de equipas dedicadas ao transporte, com formação específica e treino regular, assim como, a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico.^{6,7}

Esta problemática constitui o ponto de partida para o presente estudo, evidenciando a perceção dos eventos adversos durante o transporte dos doentes críticos.

Assim sendo, definimos como objetivos:

- Analisar a perceção dos enfermeiros em relação aos eventos adversos no transporte do doente crítico, ao nível intra e inter hospitalar.
- Identificar os eventos mais frequentes (perceção) ao nível intra e inter hospitalar.
- Relacionar a perceção de eventos adversos com a idade, anos na profissão e frequência de cursos.

Para dar cumprimento aos objetivos e permitir a compreensão do fenómeno em questão, optamos por um estudo de natureza quantitativa.

METODOLOGIA

O estudo realizado é um estudo quantitativo, correlacional, descritivo e transversal. Como forma de seleção da amostra utilizamos o método de amostragem por conveniência. Este tipo de amostragem permite a obtenção de uma amostra não probabilística, através da utilização de um grupo de indivíduos que esteja disponível.⁸

Sendo a variável dependente ponderada como o fenómeno que se pretende estudar, definimo-la como os eventos adversos percebidos no transporte, intra e inter hospitalar, do doente crítico.

Como forma de operacionalização do estudo, optamos pela construção de um questionário.

¹ Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos “Transportes de pacientes críticos: recomendações” 2008.

² Evans, A. & Winslow, E. “Oxygen Saturation and Hemodynamic Response in Critically Ill, Mechanically Ventilated Adults During Intrahospital Transport” (2002).

³ Damm, C *et al.* “Complications Durant le transport intrahospitalier de maladies critiques de reanimation” (2004).

⁴ Beckmann *et al.* “Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients - An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care.” (2004).

⁵ Rua, F - “Oxigenação durante o transporte do doente ventilado” (1999).

⁶ Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos “Transportes de pacientes críticos: recomendações” 2008.

⁷ Intensive Care Society. “Guidelines for the Transport of the Critically Ill Adult” (2002).

⁸ Rua, F. “Oxigenação durante o transporte do doente ventilado” (1999).

nário, constituído por uma caracterização sócio profissional (Idade, Anos Profissão e Frequência de cursos - Trauma, Suporte Básico, Imediato e Avançado de Vida) e uma escala de likert que variava entre 1 (menos frequente) e 5 (mais frequente), pretendendo avaliar a frequência da percepção dos eventos adversos.

O questionário foi aplicado aos enfermeiros da Unidade de Medicina Intensiva do Hospital. Esta Unidade é formada pela Urgência Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Cuidados Intermédios. Foram incluídos no estudo 59 sujeitos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a aplicação do questionário verificamos na amostra, uma média de idades de 31,8 anos, um tempo médio, na profissão de 9,1 e de permanência no serviço de 4,8 anos.

A análise dos resultados revela uma maior percepção de eventos adversos no transporte inter hospitalar ($\bar{X}=3,6$; $s=0,551$) quando comparado com o transporte intra Hospitalar ($\bar{X}=3,2$; $s=0,475$). O transporte inter hospitalar tem necessidade de meios técnicos e humanos especializados. É um momento de maior instabilidade e vulnerabilidade e em que as complicações são muitas vezes imprevisíveis.⁹

No Transporte Inter Hospitalar os eventos adversos mais frequentemente percebidos foram a Falta de Fornecimento Oxigénio ($\bar{X}=3,95$; $s=0,955$), Falha do Equipamento Ventilação ($\bar{X}=3,92$; $s=0,915$) e Falha no Equipamento de Monitorização ($\bar{X}=3,81$; $s=0,900$).

No Transporte Intra Hospitalar foram percebidos com maior frequência a Falha no Fornecimento Oxigénio ($\bar{X}=3,83$; $s=1,101$) e a Falha do Equipamento de Ventilação ($\bar{X}=3,83$; $s=0,985$), seguindo-se a Falha no Equipamento Monitorização ($\bar{X}=3,75$; $s=0,993$). Verificando-se a percepção dos mesmos eventos adversos que no transporte inter hospitalar,

no entanto percebidos em menos intensidade.

Para evitar estes efeitos adversos, alguns princípios deverão ser tidos em conta. A existência de uma fonte de oxigénio suplementar e um insuflador manual são algumas das medidas imprescindíveis para evitar complicações.¹⁰

Através do recurso a testes não paramétricos, não se verificaram relações com significado estatístico ($p>0,05$) entre os eventos adversos percebidos e as variáveis socio profissionais estudadas, nem a formação em cursos. A experiência profissional e a formação são importantes no sucesso das transferências e na diminuição dos eventos adversos.¹¹

CONCLUSÃO

A percepção do Enfermeiro pode ser condicionada por fatores como o contexto, a gravidade e o impacto dos eventos adversos. No entanto, os resultados revelam a necessidade de criar estratégias preventivas como forma de prevenir esses mesmos eventos. O bom senso clínico e a análise do risco/benefício, são os únicos critérios para decidir o transporte. Este autor refere ainda que a preparação e organização são passos muito importantes, apresentando impacto sobre o prognóstico da pessoa em situação crítica a curto/médio prazo.¹²

Assim, e por não se verificarem relações significativas entre a percepção dos eventos adversos e a idade, anos na profissão e a frequência dos cursos, considera-se que um maior investimento nas fases de decisão, planificação e efetivação, associada a uma boa articulação entre as equipas e a avaliação do transporte, através de momentos reflexivos, é fundamental para a diminuição da probabilidade de ocorrência de eventos adversos durante o transporte do doente crítico.

Durante a realização deste trabalho de in-

⁹ Martins R. & Martins J. "Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos" (2010).

¹⁰ Rua, F. "Oxigenação durante o transporte do doente ventilado" (1999).

¹¹ Martins R. & Martins J. "Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos" (2010).

¹² Fanara, B., et al "Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients" (2010).

investigação deparamo-nos com dificuldades relacionadas com o reduzido número de trabalhos científicos publicados acerca desta temática. Pelo que, dado a sua importância e o impacto que pode ter recomenda-se a realização e publicação de mais trabalhos científicos acerca da temática. Objetivando a diminuição dos eventos adversos durante o transporte do doente crítico e conseqüentemente a melhoria dos cuidados.

AGRADECIMENTOS

A todos os que diretamente ou indiretamente ajudaram na realização deste artigo, aos colegas que colaboraram participando no estudo, ao Enfermeiro Especialista Sérgio Branco por todo o apoio e à orientadora – Prof^a Doutora Ana Frias, pelo seu apoio e disponibilidade.

REFERÊNCIAS

- Beaud, J. (2003). A Amostragem. In: B. Gauthier. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. (3.^aed.), cap. 8, pp. 201–231). Loures: Lusociência.
- Beckmann, U., Gillies, D., Berenholtz, S., Wu, A. & Pronovost, P., (2004). Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients - An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Med.* 30:1579–1585.
- Damm, C., Vandelet, P., Petit, J., Richard, C., Veber, B., Bonmarchand, G. & Dureuil, B. (2004). Complications Durant le transport intrahospitalier de maladies critiques de reanimation. Elsevier SAS
- Evans, A. & Winslow, E.: (2002) Oxygen Saturation and Hemodynamic Response in Critically Ill, Mechanically Ventilated Adults During Intrahospital Transport,” *American Journal of Critical Care.* 4(1): 106-111.
- Fanara, B.,Manzon, C., Barbot, O.,Desmettre, T. & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. BioMed Central
- Intensive Care Society (2002). *Guidelines for the Transport of the Critically Ill Adult*. London, acessado a 23 de Outubro de 2011em http://www.ics.ac.uk/intensive_careprofessional/standards_and_guidelines /transport_of_the_critically_ill_2002
- Martins R. & Martins J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III, n.º 2
- Rua, F. (1999) – Oxigenação durante o transporte do doente ventilado. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva.* n.º 1.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transportes de pacientes críticos: recomendações 2008*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Zuchelo & Chiavone (2009). Intrahospital transport of patients on invasive ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. S.Paulo, acessado a 25 de Outubro 2011 em <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000400011>

NOÇÕES BÁSICAS DA CRIANÇA DO 1º E 2º ANO DO 1º CICLO DO ENSINO BÁSICO SOBRE A 1ª FASE DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA ⁽¹⁾

Carla S. Antas⁽¹⁾; Felismina Mendes⁽²⁾



Resumo

O Suporte Básico de Vida é um processo de importância relevante na ocorrência de acidentes. Este estudo exploratório teve como objetivo analisar se as crianças do 1º e 2º ano de escolaridade do 1º Ciclo do Ensino Básico têm competências básicas sobre a 1ª fase do suporte básico de vida. A amostra foi constituída por crianças a frequentarem duas escolas básicas, no Alentejo. Os resultados obtidos revelaram que a maioria das crianças têm competências capazes de integrar este processo.

Palavras-chave: Educação para a saúde, suporte básico de vida, criança em idade escolar.

Abstract

Basic Life Support is a process of great importance before the occurrence of accident.
This exploratory study aimed to examine whether the 1st and 2nd years of the 1st cycle of basic education children have basic skills on basic life support first phase. The sample consisted of children attending two basic schools, in Alentejo. The results revealed that most children have skills able to integrate this process.

Keywords: health education, basic life support, school-age child.

Resumen

Nociones básicas del niño de 1º y 2º año del Primer Ciclo de Educación Básica sobre la 1ª fase del Soporte Básico de Vida.
El soporte básico de vida es un proceso de importancia relevante en caso de accidentes. Este estudio exploratorio tuvo como objetivo el analizar si los niños de 1º y 2º año de escolarización del Primer Ciclo de Educación Básica tienen competencias básicas sobre la primera fase del Soporte Básico de Vida. La muestra fue constituída por niños que frecuentaban dos escuelas básicas en el Alentejo (Portugal). Los resultados obtenidos revelan que la mayoría de los niños tienen competencias capaces de integrar dicho proceso.

Palabras clave: educación para la salud, soporte básico de vida, niño en edad escolar

Rececionado em agosto 2013. Aceite em outubro 2013

⁽¹⁾ Mestre em Educação para a Saúde pela Universidade de Évora; Aluna da Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Beja; Enfermeira no serviço de Pediatria do Hospital José Joaquim Fernandes – ULSBA. Email: carla.s.antas@gmail.com

⁽²⁾ Felismina Mendes - Doutorada em Sociologia; Professora da Universidade de Évora; Investigadora no CIES-Instituto Universitário de Lisboa. Email: fm@uevora.pt

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (s.d.) denuncia que as doenças crônicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano, afetando os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Indica ainda que os ataques cardíacos e os enfartes do miocárdio matam cerca de 12 milhões de pessoas por ano (<http://www.portaldasaude.pt>).

De acordo com o Conselho Português de Ressuscitação, as causas mais frequentes de paragem cardio-respiratória são a doença cardíaca súbita, os traumatismos graves, o afogamento, as intoxicações e o engasgamento. A maioria dos acidentes acontece fora dos hospitais e longe dos profissionais de saúde, deixando a vítima à mercê da ajuda de quem estiver presente naquele preciso momento. Por este motivo, o ideal seria que cada cidadão estivesse preparado para atuar e tivesse formação para iniciar o suporte básico de vida até à chegada de assistência médica especializada. Autores como Carneiro et al defendem que “o direito a ser reanimado só pode ser extensivo a todo o cidadão se cada um souber como se deve comportar perante uma vida inanimada ou em risco de vida” (Carneiro et al, 2002, p.2).

O Suporte Básico de Vida (SBV) é “um conjunto de procedimentos e atitudes que têm por objectivo reconhecer as situações em que há perigo de vida eminente, pedir ajuda quando justificado e iniciar de imediato as intervenções que permitem manter circulação e oxigenação dos órgãos nobres até à chegada de ajuda especializada” (Carneiro et al, 2002, p.3).

Quando um cidadão assiste ao desfalecimento de um semelhante espera-se que exerça os seus deveres de cidadania pela prontidão do auxílio. A incapacidade de pôr em prática estes procedimentos simples, revela falta de formação e de sensibilidade para a importância de salvar vidas, sendo que, a melhor formação

é aquela que se aprende mais cedo, desde a infância. Ajudar a salvar a vida do outro é um gesto de cidadania e de responsabilidade civil, de consciência cívica e de solidariedade.

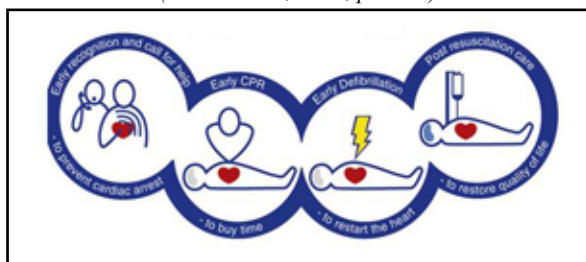
O simples gesto de um leigo, que rapidamente identifica uma paragem cardio-respiratória e aciona o pedido de ajuda especializada, previne sequelas a nível cardíaco e cerebral. Esta conceção surge em vários artigos, existindo evidências sobre a redução da mortalidade, assim como a preservação das funções cardíaca e cerebral, em vítimas que receberam imediatamente auxílio de leigos através de manobras de suporte básico de vida (Pergola & Araújo, 2008; Pergola & Araújo, 2009).

Silva (2009) relembra que a formação em SBV continua a ser geralmente realizada aos profissionais de saúde, mas o primeiro contacto com situações de perigo eminente de vida ocorre com mais frequência junto da comunidade e defende que, como em todas as cadeias, também a cadeia de sobrevivência deve ser avaliada pela força do seu elo mais fraco, neste caso do primeiro elo. A autora defende que dada “a possibilidade de encontrarmos em cada um dos cidadãos que nos rodeia um potencial “reanimador”, poderia fazer a diferença entre uma atuação eficaz e uma expectativa ansiosa” (Silva, 2009, p.19) e, portanto, na sua opinião não faz sentido que a formação em SBV não esteja já inserida no plano de estudos básico e/ou secundário, para que o apoio à vítima não dependa exclusivamente dos profissionais de saúde.

As diretrizes da “Internacional Liaison Committee on Ressuscitation” (ILCOR) definem as ações que aumentam a probabilidade de sobrevivência das vítimas de morte súbita por corrente de sobrevivência, e defendem que embora algumas manobras de “suporte avançado de vida melhorem a sobrevivência, essas melhoras geralmente são menos significativas do que o aumento das taxas de sobrevivência registadas em programas de ressuscitação cardio-pulmonar e desfibrilhação externa automática na comunidade” (Timerman et al, 2006). Neste sentido, vários autores

afirmam que o maior desafio será a educação dos socorristas leigos (Timerman et al, 2006; Miyadahira, Quilici, Martins, Araújo & Pelliotti, 2008). A ILCOR sustenta que o objetivo é aumentar a “efetividade e eficiência da instrução, melhorar a habilidade de retenção e diminuir as barreiras para a ação tanto de provedores de suporte básico quanto de suporte avançado de vida” (Timerman et al, 2006). A cadeia de sobrevivência, ou corrente de sobrevivência, é composta por quatro elos. Apesar do estudo que realizámos se centrar apenas no primeiro elo (reconhecimento da situação e pedido de ajuda) considera-se pertinente apresentar toda a cadeia, para se entender as ações que integram cada elo. O termo cadeia de sobrevivência, exemplificada na figura 1, designa as ações realizadas desde a vítima com paragem cardio-respiratória até à sobrevivência, sendo que, algumas destas etapas podem ser efectuadas pelo cidadão em ambiente não hospitalar (Koster et al, 2010; Nolana et al, 2010), nomeadamente pela população infantil, se se reportar ao primeiro círculo da cadeia. Neste, salienta-se a importância de reconhecer o risco de uma paragem cardio-respiratória e/ou de uma situação com perigo de vida e pedir ajuda, na esperança de que o tratamento precoce possa prevenir sequelas.

Figura 1. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.
(Nolana et al, 2010, p. 1223)



Andrade (1995) defende que a Educação para a Saúde não pode ser vista como uma disciplina de ensino e avaliação, “mas antes como um estado de espírito, um princípio de ação, uma atitude permanente na vida de todos os dias” (Andrade, 1995, p.8), sustentando a

ideia de que a ambição de uma vida melhor gera situações para a arte de viver e, desta forma, “educar para a saúde consistiria tanto em partilhar um determinado projeto ético como em transmitir um saber” (Andrade, 1995, p.9).

Neste sentido, a população eleita para este estudo encontra-se na infância, por se acreditar que é nesta faixa etária que devem ser feitas apostas sólidas de educação. Barros (2003) defende que os estilos de vida saudáveis se adquirem na infância e na adolescência e enfatiza a promoção da saúde dirigida a esta faixa etária no relatório “As Metas da Saúde para Todos”, da OMS em 1986. Relativamente à promoção da saúde na idade escolar a autora afirma que “A influência dos adultos significativos, tais como os pais e os professores, continua a ser muito importante, tanto enquanto controladores de regras e de contingências, como enquanto modelos de eficácia e de sucesso, mas outras influências vão-se tornando progressivamente mais importantes, tais como o grupo de pares e os media (Barros, 2003, p.179).

Em Portugal, o ensino básico prossegue três grandes objectivos gerais, sendo que um deles visa “Desenvolver valores, atitudes e práticas que contribuam para formação de cidadãos conscientes e participativos numa sociedade democrática” (Ministério da Educação, 2004, p. 13). Este objectivo considera a necessidade de, entre várias atividades, “Promover o desenvolvimento de atitudes e hábitos de trabalho autónomo e em grupo que favoreçam: a realização de iniciativas individuais e colectivas de interesse cívico ou social” (Ministério da Educação, 2004, p. 15).

O problema de investigação emergiu das concepções defendidas nos estudos analisados onde se sustenta que o ensino desta temática deverá ter início o mais precocemente possível, a par de outros aspectos essenciais à construção da cidadania. Neste sentido, a problemática em análise centrou-se no conhecimento das crianças do 1º e 2º ano do 1º ciclo do ensino básico sobre a 1ª fase do suporte básico de vida, nomeadamente a morada, o número

de emergência médica e o reconhecimento de uma pessoa inanimada.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório, de natureza quantitativa, cujo instrumento de coleta de dados utilizado foi o inquérito por questionário, construído para o efeito. Foi realizada a análise inferencial recorrendo ao SPSS.

A população foi constituída por todos os alunos que frequentavam o 1º e 2º ano de escolaridade do 1º ciclo do Ensino Básico de duas Escolas de Ensino Básico uma pública e outra particular, de um concelho do Alentejo. Num universo de 125 alunos, cerca de 25% não obtiveram autorização (dos pais ou encarregados de educação) para participar nesta investigação. Destes, mais de 19% diziam respeito aos alunos que frequentavam a Escola Pública.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes à pesquisa realizada.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A população deste estudo foi constituída por 125 alunos de duas escolas de Ensino Básico, uma pública e outra particular, sendo o grupo estudado composto por 93 destes alunos (número que corresponde às autorizações dadas pelos pais). De acordo com os dados obtidos, verificou-se que 59,1% dos alunos frequentavam a escola pública e 40,9% a escola particular.

As idades dos alunos em causa iam dos 6 aos 8 anos, sendo que 43% tinham 6 anos, 46,2% tinham 7 anos e os restantes 10,8% 8 anos. No que se refere ao sexo constatou-se que 45,2% eram do sexo masculino e 54,8% do sexo feminino, e quanto ao ano de escolaridade frequentado, verificou-se que 51,6% dos alunos frequentavam o 1º ano de escolaridade e 48,4% frequentavam o 2º ano de escolaridade.

No que se refere à caracterização da população em análise é possível afirmar que a amostra da escola pública foi composta por 31,2% de alunos com 6 anos de idade, 21,5% de alunos com 7 anos e 6,5% de alunos com 8 anos, sendo que 32,3% dos estudantes eram do sexo masculino e 26,9% do sexo feminino, e que 35,5% dos educandos frequentavam o 1º ano de escolaridade e 23,7% o 2º ano de escolaridade.

Quanto à amostra da escola particular foi constituída por 11,8% de alunos com 6 anos, por 24,7% de alunos com 7 anos e por 4,3% de alunos com 8 anos de idade, sendo que 12,9% destas crianças eram do sexo masculino e 28,0% do sexo feminino. Desta amostra 16,1% dos estudantes encontravam-se no 1º ano de escolaridade enquanto os restantes 24,7% estavam no 2º ano (2).

(2) *Para facilitar a compreensão dos dados obtidos com a aplicação dos inquéritos, optou-se por apresentar os dados em quadros resumo intitulados pelas dimensões referidas a cada bloco de perguntas efetuadas no respetivo questionário. Importa referir que as percentagens apresentadas dizem respeito às respostas afirmativas às perguntas realizadas.*

Tabela 1: Nome e idade dos familiares mais próximos.

Dimensão: nome e idade dos familiares mais próximos		
Questão	Escola Pública	Escola Particular
	Sim	Sim
Nome completo do pai	33,3%	26,9%
Idade do pai	34,4%	24,7%
Nome completo da mãe	40,9%	32,3%
Idade da mãe	38,7%	26,9%
Nome completo do irmão(s)?	44,6%	40,5%
Idade do irmão(s)?	47,3%	43,2%

Relativamente aos conhecimentos que as crianças têm sobre o nome e idade dos familiares mais próximos (agregado familiar), a tabela 1 revela que 60 a 73% das crianças têm conhecimento sobre o nome e a idade dos pais. De acordo com o programa curricular do

1º ciclo do ensino básico português (área curricular “Estudo do Meio”), no final do 1º Ano o aluno deve conhecer, entre outras coisas, o seu nome próprio e o nome da sua família/apelido. Tendo em conta que a percentagem referida corresponde à amostra de alunos que frequentam o 1º e o 2º de escolaridade e que as competências relativas ao conhecimento de si próprios deveriam ser adquiridas no final do 1º ano, considera-se que embora significativa é insuficiente a informação tida sobre o tema. No que diz respeito aos dados pessoais dos irmãos, como o nome e a idade, a percentagem de alunos com conhecimento destas informações ultrapassa os 85%. Provavelmente os alunos/crianças são mais estimulados na aprendizagem do nome/idade dos irmãos comparativamente aos dados pessoais relativos aos pais, pois este é o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra direcionada para fora do grupo familiar e centrada nas relações com os pares.

Tabela 2: Morada e meios de comunicação

Dimensão: morada e meios de comunicação		
Questão	Escola Pública	Escola Particular
	Sim	Sim
Nome da rua	35,5%	37,6%
Número da porta	50,5%	38,7%
Identificação de uma referência na rua onde vive (como por exemplo uma loja, uma casa diferente, um jardim)	38,7%	31,2%
Capacidade de utilização do telemóvel	49,5%	30,1%
Capacidade de utilização do telefone	43,0%	30,1%

Quanto às questões sobre a morada, pontos de referência e meios de comunicação pessoal, nomeadamente o telefone/telemóvel, apurou-se que saber o endereço é um dos conhecimentos que se espera que os alunos adquiram no final do 1º ano no âmbito da área curricular do “Estudo do Meio”. A tabela 2 mostra que apesar de mais de 73% dos alunos saibam o

nome da rua e quase 90% o número da porta, esta aquisição não foi feita pela totalidade dos alunos. Quase 70% dos alunos consegue descrever um ponto de referência na sua rua, competência a adquirir durante o 1º ano de acordo com o currículo da mesma área. Relativamente aos tipos de comunicação pessoal, como o telefone e o telemóvel, verifica-se que embora estejam incluídos nos temas a abordar apenas no 2º ano do 1º ciclo do ensino básico, mais de 70% da amostra, e portanto dos alunos do 1º e do 2º ano de escolaridade, tem conhecimento sobre a sua utilização.

Tabela 3: Noções básicas da criança do 1º e 2º ano do 1º ciclo do ensino básico sobre a 1ª fase do suporte básico de vida.

Dimensão: noções básicas da criança do 1º e 2º ano do 1º ciclo do ensino básico sobre a 1ª fase do suporte básico de vida		
Questão	Escola Pública	Escola Particular
	Sim	Sim
Capacidade de ligar o número europeu de emergência perante um acidente de carro, um incêndio, ou uma situação de doença	22,6%	32,3%
Capacidade de telefonar e pedir ajuda perante doença do pai ou mãe	17,2%	33,3%
Capacidade de distinguir se uma pessoa deitada no chão (na rua) está a dormir ou se está doente	4,3%	12,9%
Interesse em aprender a ajudar as outras pessoas quando estão doentes e precisam de auxílio	58,1%	38,7%

No que respeita às noções básicas da criança do 1º e 2º ano do 1º ciclo do ensino básico sobre a 1ª fase do suporte básico de vida, e relativamente à pergunta sobre o número europeu de emergência verificou-se que mais de 50% dos alunos conhece o número, e na segunda questão deste bloco perguntou-se aos alunos se conseguiriam realizar o pedido de ajuda sozinhos, ao que mais de 50% respondeu que sim. Dos resultados obtidos com as respostas à pergunta sobre a identificação da vítima consciente/inconsciente constata-se

que apenas 17,2% dos alunos responderam afirmativamente. Sobre a última pergunta, importa referir que mais de 95% dos alunos inquiridos neste estudo responderam que gostariam de aprender a ajudar as outras pessoas quando estas estão doentes e precisam de auxílio (tabela 3).

Atendendo aos princípios e valores presentes no Currículo Nacional de Ensino Básico Português, foram definidas competências consideradas essenciais à qualidade de vida dos cidadãos (Currículo Nacional do Ensino Básico, s.d.), que devem ser promovidas durante os anos de aprendizagem da educação básica. Desta forma, quando termina o ensino básico o aluno deverá ser capaz de atingir dez competências gerais descritas no documento do Currículo Nacional do Ensino Básico (s.d.), das quais se refere: “Adoptar estratégias adequadas à resolução de problemas e à tomada de decisões”.

Valério (2010) afirma que as crianças, futuros adultos, podem fortalecer o primeiro elo da cadeia de sobrevivência, ou seja, o reconhecimento precoce e o pedido de ajuda, através do investimento de uma população mais informada e mais capacitada na tomada de decisões.

Tendo em conta as diferenças dos dados obtidos entre a escola pública e a escola particular relativamente à última dimensão (noções básicas sobre suporte básico de vida), foi aplicado o Teste do Qui-Quadrado nas últimas quatro questões do questionário, concluindo-se que existe diferença estatisticamente significativa nas três primeiras perguntas:

– Pergunta sobre número europeu de emergência: resultado do teste do Qui-Quadrado 15,080, com um nível de significância de 0,000;

– Pergunta sobre pedido de ajuda: teste do Qui-Quadrado com um resultado de 24,768 para um nível de significância de 0,000;

– Pergunta sobre identificação da vítima consciente/inconsciente: teste do Qui-Quadrado com valor de 9,321 para o nível de significância de 0,002.

Embora em qualquer escola do território Português, quer do ensino público ou particular, a instrução seja regulada pelos mesmos conteúdos programáticos, e portanto, todos os alunos do 1º e 2º ano de escolaridade aprenderam as mesmas matérias, foram significativas as diferenças encontradas entre as duas escolas nas respostas às perguntas relacionadas com o suporte básico de vida, como foi acima referido.

As razões da diferença encontrada entre os conhecimentos demonstrados pelos alunos de cada escola não fizeram parte dos objectivos delineados para este estudo, no entanto, e através da percepção tida durante a colheita de dados, poder-se-á considerar que factores socioeconómicos do agregado familiar ou factores motivacionais dos profissionais de educação da escola particular possam ter influenciado os resultados obtidos.

Não obstante as diferenças encontradas entre as duas amostras estudadas, e de acordo com o enquadramento teórico que suportou este estudo, a criança pode integrar a cadeia de sobrevivência se forem tidas em conta as suas capacidades cognitivas e se estas forem adequadas à sua prestação neste processo.

Rodrigues, Pereira e Barroso (s.d.) salientam o empowerment na promoção da saúde como sendo das experiências inovadoras na formação de educadores de saúde, definido por ser “um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a ganharem o controlo sobre as suas próprias vidas” (Rodrigues et al, s.d., p. 86), emergindo a ideia de que “é possível e desejável que as pessoas adquiram controlo.

sobre as suas próprias vidas e sejam capacitadas a colaborarem nos processos de mudança das suas condições sociais e culturais” (Rodrigues *et al.*, s.d., p.86).

Ao longo de toda a pesquisa, muitos foram os autores encontrados que consideram a escola como um local privilegiado para a promoção de comportamentos saudáveis através da Educação para a Saúde, primordial junto dos alunos (Precioso, 2004; Gomes, 2009; Gomes,

Cravo & Gaspar, 2010). Gomes (2009) sustenta que o facto de todas as crianças do país passarem pelo sistema de ensino; que o facto de o comportamento sanitário ser adoptado na infância e adolescência, que o facto de atingir indivíduos em plena formação cívica e social e por contar com profissionais da educação, são razões suficientes para a implementação da Educação para a Saúde na escola.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos revelam que os alunos inquiridos se mostraram interessados em poder ajudar as outras pessoas e revelaram competências adquiridas que podem integrar a cadeia de sobrevivência, desde que trabalhadas nesse sentido, ou seja, se a maior parte dos alunos domina a utilização do telefone/telemóvel e se já adquiriu competências no domínio da matemática e do conhecimento dos números, pode aprender qual o número europeu de emergência e em que situações pode e deve pedir ajuda através deste contacto, por exemplo. A integração precoce de uma criança portuguesa do 1º e 2º ano do 1º ciclo do ensino básico na Cadeia de Sobrevivência, parece pois inquestionável.

Os estudos consultados são consensuais quer na importância da formação na área do suporte básico de vida, quer no facto de este ser essencial à construção da cidadania. A construção de homens responsáveis e capazes de exercer uma cidadania ativa, nesta como em muitas outras temáticas, inicia-se nos primeiros anos da escola. A importância das noções básicas sobre a 1ª fase do suporte básico de vida, diz respeito ao facto de que os conhecimentos e competências adquiridas, desde os primeiros anos de escolaridade, poderem salvar vidas.

Pensando no futuro: as crianças de hoje não terão exatamente o mesmo percurso profissional, não serão todas profissionais de saúde ou de educação, nem todas terão oportunidade ou motivação para serem adultos interessados e com acesso a informação diferenciada em

saúde, mas existe um fator comum a todas elas no presente que é o fato de frequentarem a escola e viverem num país onde a Lei de Bases do Sistema Educativo estabelece que o ensino básico tenha um carácter universal, obrigatório e gratuito, no sentido de assegurar uma formação comum a todos os portugueses. Ou seja, independentemente do adulto que cada criança venha a ser daqui a alguns anos, pode e deve ter competências no âmbito da primeira fase do suporte básico de vida, porque o que quer que se pretenda que amanhã faça parte da rotina diária dos cidadãos tem que fazer parte da educação das crianças de hoje.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. (1995). *Educação para a Saúde: Guia para pais e professores*. Lisboa: Texto Editora.
- Barros, L. (2003). *A Psicologia Pediátrica e a promoção da saúde*. In *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carneiro, A., Nunes, F., Lopes, G., Santos, L. & Glória. (2002). *Manual de Suporte Básico de Vida*. (Edição do Conselho Português de Ressuscitação). S.l.
- Currículo Nacional do Ensino Básico: Competências essenciais*. (s.d.). Ministério da Educação: Departamento da Educação Básica. Acedido em 16 de Maio de 2011, através da fonte <http://www.metasdeaprendizagem.min-edu.pt>
- Gomes, J. (2009). As Escolas promotoras de saúde: Uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. Acedido em 31 de Janeiro de 2011, através da fonte <http://www.rcaap.pt>
- Gomes, J., Cravo, L. & Gaspar, P. (2010). Projecto “Pensar Saudável, Viver Saudável”: Uma (boa) prática de educação para a saúde baseada na formação pelos pares. In H. Pereira e outros (Ed.). *Educação para a Saúde, Cidadania e Desenvolvimento Sustentado*. Acedido em 31 de Janeiro de 2011, através da fonte <http://www.rcaap.pt>
- Koster, R., Baubin, M., Bossaert, L., Caballero, A., Casan, P., Castrén, M., Granja, C., Handley, A., Monsieur, K., Perkins, G., Raffay, V. & Sandroni, C. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Journal Elsevier*, 81, 1277-1292.
- Ministério da Educação. (2004). *Organização Curricular e Programas: Ensino básico - 1º ciclo*. (4ª ed.). Mem Martins: Departamento da Educação Básica. Acedido em 13 de Outubro de 2010, através da fonte <http://www.metasdeaprendizagem.pt>

Miyadahira, A., Quilici, A., Martins, C., Araújo, G. & Pelli-ciotti, J. (2008). Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilhador externo semi-automático: avaliação do processo ensino-aprendizagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42 (3). Acedido em 30 de Setembro de 2010, através da fonte <http://scholar.google.pt>

Nolana, J., Soarb, J., Zidemanc, D., Biarentd, D., Bossaerte, L., Deakin, C., Kosterg, R., Jonathan, W. & Bottigeri, B. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. *Journal Elsevier*, 81, 1219 - 1276.

Pergola, A. & Araújo, I. (2008). O leigo em situação de emergência. *Revista Escola Enfermagem USP*, 42 (4), 769-776. Acedido em 19 de Setembro de 2010, através da fonte <http://scholar.google.pt>

Pergola, A. & Araújo, I. (2009). O leigo e o suporte básico de vida. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43 (2), 335-342. Acedido em 19 de Setembro de 2010, através da fonte <http://scholar.google.pt>

Portal da Saúde. (s.d.). *O que são as doenças crónicas?* Acedido em 20 de Abril de 2011, através da fonte <http://www.portaldasauade.pt>

Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na escola: Um direito dos alunos que urge satisfazer. *O Professor*, 85, III série, 17-24. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Acedido em 02 de Fevereiro de 2011, através da fonte <http://www.rcaap.pt>

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (s.d.). *Educação para a Saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Tipografia Lousanense.

Silva, L. (2009). A formação em Suporte Básico de Vida e os conhecimentos adquiridos pela população. *Revista Nursing, Edição Abril*, 14-19. Acedido em 15 de Dezembro de 2011, através da fonte <http://nursingportuguesa.com>

Timerman, S., Gonzalez, M., Mesquita, E., Marques, F., Ramires, J., Quilici, A. & Timerman, A. (2006). Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR): Papel nas novas directrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência 2005-2010. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87 (5). Acedido em 19 de Setembro de 2010, através da fonte <http://scholar.google.pt>

Valério, A. (2010). Os cinco gestos de socorro: Educar para a saúde, um relato de experiência, uma reflexão. *Revista Port Clin Geral 2010*, 26, 304-307. Acedido em 27 de Dezembro de 2010, através da fonte <http://www.scholar.google.pt>

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínio dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

Devem estruturar-se da seguinte forma:

Resumo: Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

Palavras Chave: até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

Introdução: Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

Desenvolvimento da temática

Conclusão: Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

Bibliografia: Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

Resumo; **Palavras Chave;** **Introdução** (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

Material e métodos: Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

Resultados: Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

Discussão: Comentar os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

Conclusão: Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

Agradecimentos: Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: www.sinaisvitais.pt/rie.php

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

Imagens, figuras e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

Tabelas, quadros e gráficos devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais e do SOS, Jornal de Enfermagem.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

Monografias;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

Artigos de publicações periódicas;

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.

NOTA FINAL: Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.