



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº 14 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2016

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

Fernando Petronilho

7

GENERALIZAÇÃO DE HABILIDADES DE CONVERSACÃO EM DOENTES COM ESQUIZOFRENIA – UMA ANÁLISE CRÍTICA

GENERALIZATION OF CONVERSATION SKILLS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA – A CRITICAL ANALYSIS

GENERALIZACIÓN DE LAS HABILIDADES DE CONVERSACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA – UN ANÁLISIS CRÍTICO

Carlos Melo-Dias

8

O NURSING ACTIVITIES SCORE: ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DA CARGA DE ENFERMAGEM NA UCI

NURSING ACTIVITIES SCORE: NURSING LOAD EVALUATION INDEX IN THE ICU

NURSING ACTIVITIES SCORE: ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE LA CARGA DE ENFERMERÍA EN LA UCI

Rute Severino; Lucília Nunes; Sérgio Deodato; Ana Paula Martinez; Elisabete Saiote

15

DOR MÚSCULO ESQUELÉTICA A NÍVEL DA COLUNA VERTEBRAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

MUSCULOSKELETAL PAIN AT THE LEVEL OF SPINE IN NURSING STUDENTS: PREVALENCE AND RISK FACTORS

EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO EN LA COLUMNA VERTEBRAL EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

HENRIQUE NUNES; ARMÊNIO CRUZ; PAULO QUEIRÓS

28

CENTROS DE RESPONSABILIDADE - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: DO CONCEITO À REALIDADE

RESPONSIBILITY CENTERS – SISTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE: FROM THE CONCEPT TO THE REALITY

CENTROS DE RESPONSABILIDAD – REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA: DEL CONCEPTO A LA REALIDADE

JOANA RAQUEL CAPINHA ALEXANDRINO FREIRE

38

ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

ORGANIZATIONAL CULTURE SURVEY ADAPTATION IN PRIMARY HEALTH CARE

ADAPTATION DEL CUESTIONARIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

TERESA BORGES; BEATRIZ ARAÚJO; JOÃO COSTA AMADO

49

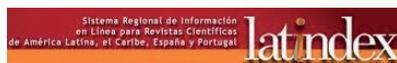
IMPORTÂNCIA DO GRUPO NA CONSTRUÇÃO DA INTIMIDADE: A PARTICIPAÇÃO DOS GRUPOS EM FUNÇÃO DA IDADE DOS ADOLESCENTES

IMPORTANCE OF THE GROUP IN THE CONSTRUCTION OF INTIMACY: THE PARTICIPATION OF THE GROUPS ACCORDING THE AGE OF THE ADOLESCENTS

IMPORTANCIA DEL GRUPO EN LA CONSTRUCCIÓN DE INTIMIDAD: LA PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE LOS ADOLESCENTES

JOSÉ PINTO; JOÃO PINTO

58



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pedro Miguel 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/ 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

Vivemos tempos de dificuldades em diferentes dimensões da vida das famílias portuguesas, com particular enfoque para a crise gerada pelos «brutais» cortes orçamentais. Este fenómeno tem arrastado um número significativo de famílias para o desemprego prolongado, empobrecimento, traduzido por uma diminuição drástica do poder de compra, colocando em risco o acesso a um conjunto de bens e serviços básicos para a qualidade de vida das famílias onde, particularmente, a classe média tem sido a mais penalizada (podemos incluir os enfermeiros). Todavia, em Portugal, a evolução demográfica caracterizada pelo «duplo envelhecimento», à priori, parece ser favorável à enfermagem enquanto profissão, uma vez que o aumento exponencial de idosos tem como uma das consequências inevitáveis, o aumento de famílias que integram pessoas em situação de dependência no autocuidado. O último Relatório de Primavera (OPSS, 2015) teve como temática central a monitorização do acesso a cuidados de saúde por parte da população portuguesa. Este documento revela que em Portugal estima-se que haja, a cada momento, cerca de 110 mil pessoas dependentes no autocuidado no seio das cerca de 4 milhões de famílias clássicas. Deste total de pessoas dependentes, cerca de 50 mil são «acamadas» (valor por defeito)!... o que pela condição de saúde muito vulnerável, possuem critérios clínicos de referência para a RNCCI, isto é, com necessidade de suporte profissional de forma mais sistemática. Todavia, o número de vagas na RNCCI é substancialmente inferior às necessidades identificadas, dando resposta apenas a 1/3 do total destes «grandes dependentes». Traduz isto um problema de sub-referenciação e, neste sentido, uma (de)igualdade no acesso a cuidados de saúde por parte de cidadãos com iguais critérios clínicos. A investigação sobre esta problemática mostra-nos que um insuficiente suporte profissional em cuidados de saúde tem impacto negativo na qualidade de vida das famílias, bem como, no aumento dos custos por via dos reinternamentos hospitalares.

A crescente necessidade em cuidados associada a esta condição de dependência, afigura-se como um desafio prioritário às decisões políticas em saúde, onde deve ser contemplado um modelo de igualdade, proximidade e centralidade nas famílias, com respostas personalizadas e colocadas no terreno em tempo útil pela emergência da condição de saúde dos idosos dependentes. Julgamos que neste momento já ninguém coloca em dúvida a utilidade dos enfermeiros como parte integrante da (boa) solução, sendo um recurso imprescindível a estas famílias pelas competências diferenciadas num domínio do conhecimento disciplinar tão centrado no «core» da enfermagem. Portanto, nestes últimos anos, apesar das boas intenções e de tentativas de encontrar soluções mais adequadas por via de algumas reformas importantes na área da saúde (a criação da RNCCI é um exemplo), o modelo de organização dos cuidados de saúde que tem vigorado continua a mostrar-se ineficaz. Por um lado, na (in)acessibilidade aos cuidados por «todos», por outro lado, na distribuição dos recursos humanos disponíveis. Esta dupla dificuldade está, obviamente, interligada. Por isso, há um trabalho a concretizar a montante que nos parece absolutamente prioritário no sentido de suporte às decisões neste âmbito, promovendo uma melhor otimização dos (parcos) recursos disponíveis: a caracterização do fenómeno do autocuidado em território nacional. Este trabalho em alguns concelhos do país já está concretizado, nomeadamente na região norte, por via de programas de doutoramentos em enfermagem, fornecendo informação clinicamente muito relevante e, espera-se, politicamente muito útil... mas que necessita urgentemente de continuidade. Estamos convictos que os enfermeiros também podem beneficiar com a caracterização deste fenómeno, porque o seu conhecimento global potencia a reformulação do modelo de prestação de cuidados de enfermagem, como forma de resposta mais efetiva... cremos que estamos perante (mais) uma oportunidade para todos nós!

Fernando Petronilho, PhD, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

GENERALIZAÇÃO DE HABILIDADES DE CONVERSÇÃO EM DOENTES COM ESQUIZOFRENIA – UMA ANÁLISE CRÍTICA

Carlos Melo-Dias⁽¹⁾



Resumo

Objetivo: Expor evidências da generalização de habilidades de conversção em adultos com esquizofrenia, questionando o impacto na sintomatologia, funcionamento social e gestão do stress.

Métodos: Protocolo de revisão P.I.C.R.C.D. para a pesquisa de esquizofrenia, conversa*, treino, formação, generalização, em Português, Inglês, e Espanhol, presentes no título ou resumo ou palavras-chave, sem limite temporal, e com os operadores Boleanos AND, OR e *, nas bases de dados: EBSCO; Annual Reviews; Science Direct; MEDLINE; RCAAP; Scielo; SpringerLink; Taylor & Francis; Theses & Dissertations; PubMed.

Resultados: Da Extração e Registo da Informação selecionaram-se 23 artigos do total de 10131 artigos, desde 1974 até 2010, e quase todos expressam alterações significativas na aprendizagem da conversção e sua generalização.

Conclusão: Considera-se muito pertinente a disponibilização da formação em generalização de habilidades de conversção como fundamentais para as relações interpessoais, considerando dramático que se tente e se ajude estas pessoas – que um dia deixaram de saber como se faz, ou que nunca souberam como se faz, ou que parecendo que sabem, não o parece saber usar – a serem capazes de comunicar e partilhar ideias e sentimentos consigo e com os outros.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia, comunicação, formação, habilidade, generalização

Abstract

GENERALIZATION OF CONVERSATION SKILLS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA – A CRITICAL ANALYSIS

Aim: Exposing evidence on generalization of conversation skills training in adults with schizophrenia, questioning the impact on symptomatology, social functioning and stress management.

Methods: Review protocol P.I.C.O.C.D. for searching of schizophrenia, conversation*, training, learning, generalization, in Portuguese, English and Spanish, present in the title or abstract or keywords, with no time limit, and with boolean operators AND, OR, and *, in the databases: EBSCO; Annual Reviews; Science Direct; MEDLINE; RCAAP; Scielo; SpringerLink; Taylor & Francis; Theses & Dissertations; PubMed.

Results: From Information Extraction and Retrieval were selected 23 articles of the 10131 total articles, from 1974 to 2010, and almost all studies express significant changes in the learning of conversation and its generalization.

Conclusion: It is considered very pertinent the availability of training on generalization of conversation skills, as fundamental for interpersonal relationships, considering dramatic that we try and help these people - that does not know how to perform appropriately, or never knew how to do it, or knowing, don't use the skills when they are called for – to be able to communicate and share ideas and feelings with oneself and others.

KEYWORDS: Schizophrenia, communication, training, skill, generalization

Resumen

GENERALIZACIÓN DE LAS HABILIDADES DE CONVERSACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA – UN ANÁLISIS CRÍTICO

Objetivo: Exponer las pruebas de la generalización de las habilidades de conversación en adultos con esquizofrenia, cuestionando el impacto en la sintomatología, el funcionamiento social y la gestión del estrés.

Métodos: Protocolo de revisión P.I.C.R.C.D. para la investigación de la esquizofrenia, conversación*, entrenamiento y la generalización, en portugués, inglés, y español, presentes en el título y resumen, sin límite temporal y con AND, OR y * en EBSCO; Annual Reviews; Science Direct; MEDLINE; RCAAP; Scielo; SpringerLink; Taylor & Francis; Theses & Dissertations; y PubMed.

Resultados: De la extracción y el registro de la información se seleccionaron 23 artículos de un total de 10.131 artículos, desde 1974 hasta 2010, y casi todos expresan alteraciones significativas en el aprendizaje de la conversación y su generalización.

Conclusión: Se considera muy pertinente la disponibilidad de la formación en generalización de habilidades de conversación fundamentales para las relaciones interpersonales, y se considera dramático que se intente y se ayude a estas personas – que un día dejaron de saber cómo se hace, que nunca supieron cómo se hace o que, aunque parece que saben, no parece que sepan usarlas – a ser capaces de comunicar y compartir ideas y sentimientos consigo mismas y con los demás.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, comunicación, formación, habilidad, generalización

Recebido em dezembro 2015. Aceite em janeiro 2016

⁽¹⁾ Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Professor Adjunto – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Mestre em Ciências de Enfermagem (ICBAS)

Doutor em Enfermagem (Universidade Católica Portuguesa)

Investigador na UICISA-E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem)

Investigador responsável do Projeto PBE-MENTAL

Investigador no Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute

Investigador do Projeto SMS – Saúde Mental no Superior

Peer Review The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports; Revista Nursing; International Journal Nursing & Clinical Practices; American Journal of Nursing Science

cmelodias@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

A conversação em doentes com esquizofrenia é um assunto crucial à intervenção clínica com os doentes, quer individualmente e/ou em grupo, quer em sessões com os diversos terapeutas, quer nas diversas interações que os doentes autonomamente desenvolvem na comunidade onde se inserem.

Por esse motivo principal, este artigo tem como objetivo procurar recolher informações baseadas na evidência que suportem a reflexão e criação de intervenção ou programa de intervenções para a generalização de habilidades de conversação destes doentes.

Assim, através das evidências relativas à formação de generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia, quer nos métodos quer nos resultados, procuramos resposta para: Qual o impacto do treino e aperfeiçoamento de habilidades de conversação e sua generalização nas pessoas adultas com esquizofrenia?

PROBLEMÁTICA & ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O que se entende por pessoa doente com esquizofrenia...

Os doentes com esquizofrenia têm défices grosseiros em diversas áreas^(1; 2), em particular os doentes que apresentam um quadro clínico persistente com sintomas negativos têm maior quantidade de sinais neurológicos e pior performance nos testes neurocognitivos correspondendo aos doentes mais debilitados (quer segundo a clínica quer segundo os familiares)⁽³⁾.

Os défices no processamento da informação são vulnerabilidades concomitantes na esquizofrenia, presentes desde a fase premórbida, fases agudas e mesmo na fase de remissão, perturbando a precisão nas perceções interpessoais e também o efetivo funcionamento social⁽⁴⁾.

O défice na conversação será lesivo para o ajustamento do doente⁽⁵⁾:

Primeiro, porque se faltar a um pessoa a habilidade de iniciar interações sociais adequadas, é improvável que venha a ser capaz de estabelecer relações interpessoais significativas com outros.

Segundo, como resultado de graves défices na

conversação, muitos dos doentes psiquiátricos internados não têm a capacidade de sentir reforço social pelo que poderão vir a constituir-se como agentes de reforço social negativo, dos quais as outras pessoas vão tentar evitar.

E ainda, uma pessoa com estes défices provavelmente terá uma história de tentativas frustradas e sem êxito na iniciação de relações sociais, aumentando o problema de poder continuar nesse isolamento.

Podemos ponderar que, quer nunca tenham aprendido competências sociais ou quer as tenham perdido, a maioria das pessoas com esquizofrenia têm défices marcados nas suas competências. As pessoas não competentes experienciam consequentemente ansiedade, frustração e isolamento, o que é especialmente problemático para estes doentes. Este isolamento e ansiedade parece ter alguma responsabilidade no aumento da frequência dos episódios psicóticos e/ou manutenção dos sintomas negativos⁽⁶⁾.

O que se define como habilidade de conversação...

A conduta socialmente hábil é um conjunto de condutas emitidas por um pessoa num contexto interpessoal que exprime sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos dessa pessoa de um modo adequado à situação, respeitando as condutas dos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação, enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.

A conversação inicia-se com um prólogo com saudações, e inclui uma série de diálogos, questões, e respostas (verbais e não-verbais) até se considerar terminada. A conversação é tipicamente um componente importante da formação em habilidades sociais quer pela sua necessidade intrínseca à pessoa, quer pela sua utilização nas demais habilidades sociais em termos de expressividade, exposição e interação social⁽⁷⁾.

Adequadas habilidades de conversação na comunicação do dia-a-dia parecem ser um pré-requisito para o eventual estabelecimento duma rede social de suporte, que poderia envolver o doente, protegendo-o do stress da vida em comunidade e reduzindo a probabilidade de recaídas e consequentemente a redução das

rehospitalizações^(8; 9).

O que se define como generalização de habilidades...

Generalização é a transferência duma habilidade aprendida num setting para outro novo/diferente setting. No sentido da aprendizagem de habilidades sociais serem efetivas, os participantes tem de cumprir duas fases da formação, a aprendizagem de habilidades específicas e a experimentação destas habilidades em ambientes naturais, na interação social.

A programação da generalização e habilidades sociais pode seguir dois métodos, separados ou em conjugação. O primeiro é a atribuição e organização de trabalhos de casa aos participantes para praticarem a habilidade fora das sessões de formação em ambientes naturais. O segundo é a estimulação direta para o uso dessa habilidade nos ambientes naturais pelo terapeuta ou cuidador junto do cliente⁽¹⁾.

O que se concetualiza como formação de generalização de habilidades sociais...

A formação de generalização de habilidades sociais é uma abordagem utilizada na reabilitação das pessoas com doença mental, utilizada em combinação de intervenções, incluindo o tratamento psicofarmacológico de base, e ainda outras atividades estruturadas de ocupação terapêutica⁽¹⁰⁾.

É baseada na teoria da aprendizagem social e também no condicionamento operante, concretizando-se em programas de aprendizagem estruturados, ensinando aos doentes as habilidades necessárias para desenvolver uma rede social de contactos e para reduzir o stress resultante dos conflitos interpessoais e dos insucessos^(1; 11; 12).

A formação de habilidades sociais centra-se habitualmente na modificação das unidades moleculares do comportamento, procurando aumentar ou diminuir a frequência e duração de elementos particulares. Cada comportamento poderá ser “fracionado” em componentes tais como escolha do local, introdução à pessoa com quem se deseja falar, iniciar uma conversa “leve”, e finalmente avaliar o comportamento da pessoa de forma a perceber se ela está a perceber, se está a prestar atenção e/ou se está interessada em falar.

A perceção, a cognição e a ação são trabalhadas com foco em três competências:

a) Competências de receção (ou perceção social): será a capacidade de perceber de forma eficiente, pistas ou sinais relevantes;

b) Competências de processamento (ou competências de resolução de problemas): será a capacidade de avaliar a informação percebida, de identificar os objetivos a médio e longo prazo e de planear uma resposta comportamental que antecipe as possíveis consequências;

c) Competências de envio serão os comportamentos verbais, os não-verbais e os comportamentos paralinguísticos (volume da voz, ritmo, tonalidade) que entram na interação social⁽⁶⁾.

O que a investigação tem providenciado é que este tipo de intervenções psicossociais seja baseado na motivação do participante, em tarefas com gradiente de dificuldade individualizado, e o desempenho inserido num contexto significativo [propiciando a generalização], de modo a suscitar a obtenção de ganhos reais através das melhorias motivacionais⁽¹³⁾.

METODOLOGIA

Com suporte nas abordagens de Fortin⁽¹⁴⁾ e do Centre for Reviews and Dissemination da University of York⁽¹⁵⁾, foi elaborado protocolo de revisão para refinar o conjunto de materiais obtidos, com a metodologia P.I.C.R.C.D.⁽¹⁶⁾.

Para refinar o conjunto de materiais utilizaram-se dois conjuntos de critérios de inclusão, genéricos e específicos (protocolo de revisão).

Critérios genéricos: os estudos empíricos, adultos, esquizofrenia, e sem referências a consumo de estupefacientes e/ou álcool.

Critérios específicos P.I.C.R.C.D.= P (participantes adultos, ambos géneros), I (intervenção de formação e generalização de conversação/comunicação), C (comparações entre as variáveis), R (impacto da formação: sintomatologia, funcionamento social, adesão à terapêutica, ...); C (contexto específico); D (desenho experimentais, quasi-experimentais).

A pesquisa efetuada utilizou palavras-chave Esquizofrenia, Conversa*, Treino, Formação,

Generalização, em Português, Inglês, e Espanhol, sem limite geográfico, e sem limite temporal das publicações, e com os Operadores Boleanos AND, OR e *, inseridas nas palavras-chave, no título e no resumo.

Os recursos utilizados através da B-on foram: EBSCO; Annual Reviews; British Library Public; Library of Congress; DOAJ; Elsevier – Science Direct; MEDLINE; Oaister; Porbase; RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal); Scielo; SpringerLink; Taylor & Francis; Theses & Dissertations; Web of Science (ISI); PubMed; Wiley Interscience.

RESULTADOS

A Extração e Registo da Informação (ERI)⁽¹⁶⁾ efetuada pelo já apresentado protocolo de revisão permitiram selecionar 23 artigos do total de 10131 artigos, com datas de 1974 até 2010, realizados nos Estados Unidos da América, Inglaterra, Austrália, Bulgária, Suécia & Noruega, Portugal, Espanha, Taiwan, China, Hong-Kong, e Coreia do Sul.

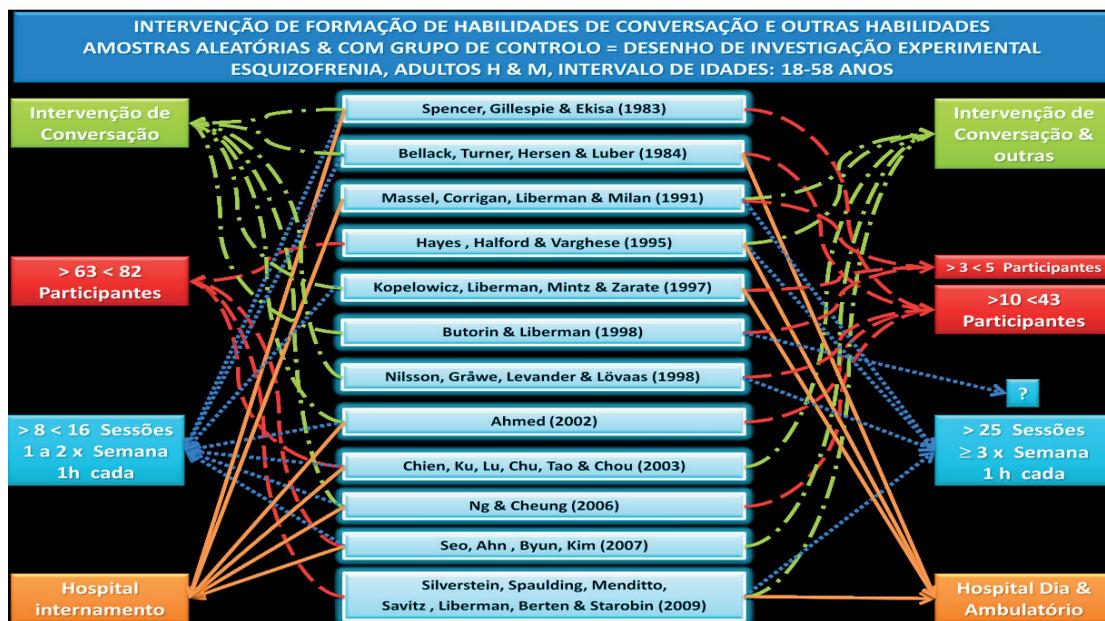
Dos 12 estudos experimentais (ver figura 1), a

maioria utilizou grandes amostras de participantes, com 2 ou mais meses de formação, com frequência bissemanal ou maior, com total típico de 16 sessões, cada com 1 hora de duração média.

Nos instrumentos de avaliação a quantidade foi diversa, tendo a maioria dos estudos utilizado 4 a 5 instrumentos, que de modo geral focaram a avaliação de sintomatologia psiquiátrica, comunicação interpessoal, e interação social; Outros ainda, a ansiedade, a assertividade, e a qualidade de vida.

Nenhum estudo reportou alterações na sintomatologia, e a maioria dos estudos (excetuando o estudo Ng & Cheung que não registam alterações) apresentam melhorias de um modo geral na avaliação pós-formação e mantidas no follow-up, concluindo-se que a formação de generalização de habilidades de conversação é um método eficiente para o ensino de habilidades interpessoais específicas a doentes com esquizofrenia e ainda melhoraram no desempenho de papéis, no comportamento, na interação social e na assertividade.

Figura 1 = 12 estudos experimentais (17) (1) (4) (11) (3) (18) (19) (20) (7) (21) (12) (13)



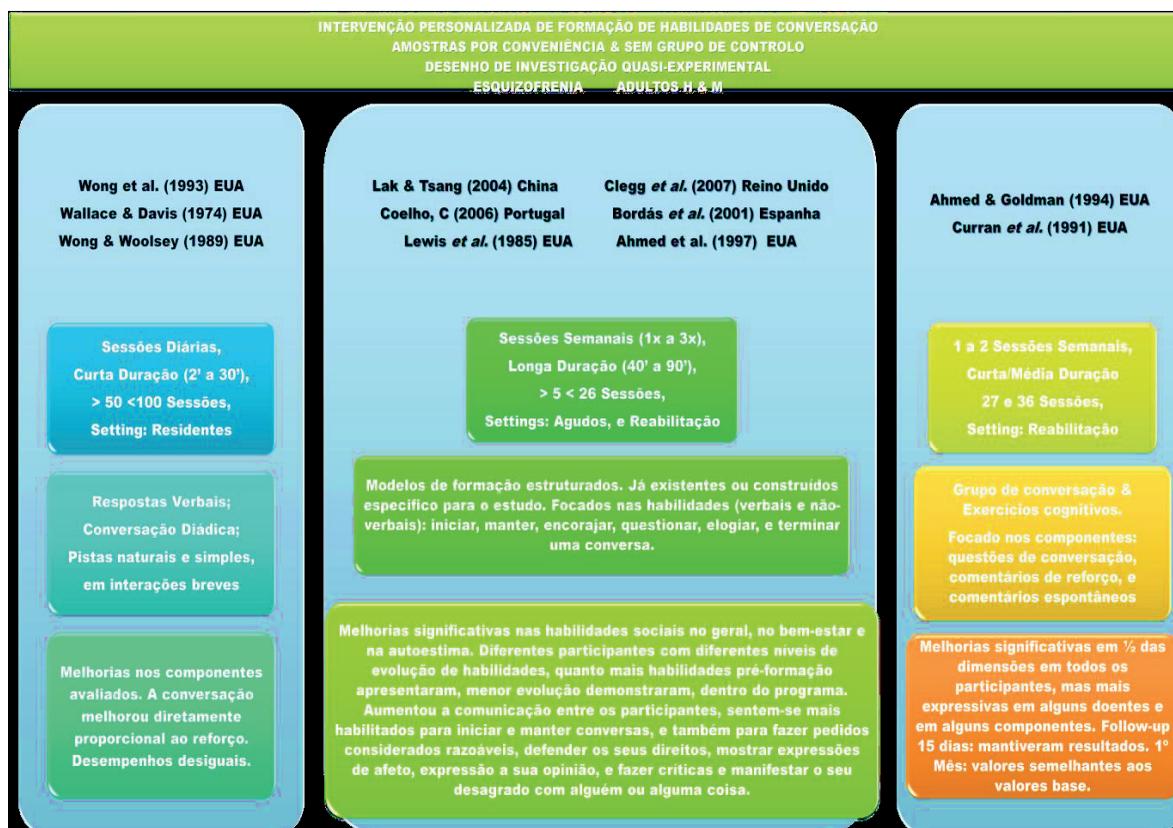
Adaptado de (30) Melo-Dias, C.; Silva, C (2014) Habilidades de Conversação em Doentes com Esquizofrenia – revisão. Revista Nursing, Janeiro, Fevereiro, Março, Ano 26, n. 289, p.13-14, ISSN 0871-6196

Dos 11 estudos quasi-experimentais (ver figura 2), a diversidade de metodologias de treino é o dado transversal aos estudos, com diversidade de abordagens, de reforços, de focos de atenção. Algumas abordagens são muito estruturadas, outras preconizam a flexibilidade, resultando numas curta duração (12 sessões), noutras longa duração (mais de 100 sessões). Para avaliação, além da conversação, a maioria avalia também

outros conceitos, como a autoestima, o bem-estar, a ansiedade, e sintomas psiquiátricos.

Apesar da multiplicidade das estruturas e dinâmicas dos programas de treino, a maioria dos estudos são unânimes no sublinhar da vantagem terapêutica em participar no treino de habilidades, crucial para a interação consigo e com os outros.

Figura 2 = 11 estudos quasi-experimentais (22) (23) (24) (25) (26) (9) (27) (28) (29) (10) (8)



CONCLUSÃO

A conversaço é o instrumento crítico para a comunicaço com o outro, em que a pessoa socialmente hábil é competente num determinado conjunto de comportamentos, na avaliaço subjetiva e objetiva por parte dos outros.

Existem diversos desenhos experimentais e quasi-experimentais, comparando as repercussões terapêuticas da formação de generalizaço da conversaço, com programas de formação tendencialmente estruturados, mas com grande

diversidade na organizaço, tipo de estrutura e dinâmica das sessões, bem como diversidade nos números das amostras em estudo.

Apesar de reportados alguns participantes com melhorias modestas, a maioria dos estudos são unânimes no sublinhar da vantagem terapêutica em participar nesta formação, daí considerar-se transversalmente muito pertinente a disponibilizaço de formação de generalizaço de habilidades de conversaço, seja em componentes molares ou moleculares, seja em grupos pequenos

como em grupos grandes, sejam com frequências diárias ou frequências semanais de formação.

Parece claro que as habilidades de conversação se distinguem como elo inicial, como as componentes fundamentais das relações interpessoais nos seus diversos níveis de proximidade e de distância, pelo que é dramático que se tente e se ajude estas pessoas – que um dia deixaram de saber como se faz, ou que nunca souberam como se faz, ou que parecendo que sabem, não o parece saber usar – a serem capazes de comunicar consigo e com os outros, a conversar, a partilhar ideias e sentimentos.

Podemos concluir que a formação para a generalização de habilidades de conversação em doentes com esquizofrenia é um método eficiente tendo ganhos acrescidos na conversação propriamente dita, mas também no desempenho de papéis, no comportamento geral, na interação social e na assertividade.

Sendo que estas intervenções agem em complementaridade, como aliás todos os diferentes tratamentos neste tipo de doenças, poderá ser na procura da “dose certa”, do “equilíbrio” entre as diferentes tentativas de intervir que se vá encontrando, um a um, as soluções em parceria, que estes doentes tanto precisam e tanto desejam encontrar e saber utilizar.

Parecem os resultados querer assim sugerir que se continue... se continue a investir na disponibilização de formação de generalização de habilidades de conversação, independentemente dos modelos de formação idealizados.

REFERÊNCIAS

- Bellack AS, Turner SM, Hersen M, Luber RF. An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*. 10, 1984, Vol. 35, pp. 1023-1028.
- Melo-Dias, C and Silva, C.F. Esquizofrenia. *Revista Investigação em Enfermagem*. 02ª série, Fevereiro 2015, Vol. n.º 10, pp. 69-76.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J, Zarate R. Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *he American Journal of Psychiatry*. 3, 1997, Vol. 154, pp. 424-5.
- Massel HK, Corrigan PW, Liberman RP and MA, Milan. Conversation skills training of thought-disordered schizophrenic patients through attention focusing. *Psychiatry Research*. 1991, Vol. 38, pp. 51-61.
- Kelly JA, Urey JR, Patterson JT. Improving heterosocial conversational skills of male psychiatric patients through a small group training procedure. *Behavior Therapy*. 1980, Vol. 11, pp. 179-188.
- Coelho, CM. Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia. Braga: s.n., 1999. Tese de Mestrado em Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia.
- Chien H, Ku C, Lu R, Chu H, Tao Y, Chou K. Effects of social skills training on improving social skills of patents with schizophrenia. *Archive of Psychiatric Nursing*. 5, 2003, Vol. XVII, pp. 228-236.
- Curran JP III, Himadi B & Donahue-Bennett D. Conversational skills training with a chronically hospitalized psychiatric inpatient. *Behavioral Interventions*. 2, 1991, Vol. 6, pp. 107-117.
- Lewis, FD, Roessler R, Greenwood R, & Evans T. Conversation skill training with individuals with severe emotional disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 3, 1985, Vol. VIII, pp. 49-59.
- Ahmed M, Goldman JA. Cognitive Rehabilitation of Adults with Severe and Persistent Mental Illness: A Group Model. 4, 1994, Vol. 30, pp. 385-394.
- Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*. 1995, Vol. 26, pp. 433-449.
- Seo JM, Ahn S, Byun EK, Kim CK. Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 6, 2007, Vol. 21, pp. 317-326.
- Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, Savitz A, Liberman RP, Bertin S, Starobin H. Attention Shaping: a Reward-Based Learning Method to Enhance Skills Training Outcomes in

Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1, 2009, Vol. 35, pp. 222-232.

14. Fortin, MF. O Processo de Investigação – da concepção à realização. [trans.] Trad. Nídia Salgueiro. Loures: Lusociência, 1999.

15. CRD, Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Reviews – CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York: CRD - Centre for Reviews and Dissemination, 2009.

16. Melo-Dias, C and Lopes, M. RSL Operacionalizada. *Revista Nursing*. Julho 2011, Vol. 271, pp. 21-27.

17. Spencer PG, Gillespie CR, Ekisa EG. A controlled comparison of the effects of social skill training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*. 1983, Vol. 143, pp. 165-172.

18. Butorin N, Liberman RP. Adaptation and cross-cultural validation of the Basic Conversation Skills Module in Bulgaria. *International Review of Psychiatry*. 1, 1998, Vol. 10, pp. 67-70.

19. Nilsson LL, Grawe RW, Levander S, Lovaas AL. Efficacy of conversational skills training of schizophrenic patients in Sweden and Norway. *International Review of Psychiatry*. 1, 1998, Vol. 10, pp. 67-70.

20. Ahmed M. Computer-Facilitated dialogue with patients who have schizophrenia. *Psychiatric Services*. *Front Line Reports*, 2002, Vol. 53:1, pp. 99-100.

21. Ng RMK, Cheung MSL. Social skills training in Hong Kong Chinese patients with chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 2006, Vol. 16, pp. 14-20.

22. Wong SE, Martinez-Diaz JA, Massel HK, Edelstein BA, Wiegand W, Liberman RP. Conversational skills training with schizophrenic inpatients: a study of generalization across settings and conversants. *Behavioral Therapy*. 1993, Vol. 24, pp. 285-304.

23. Wallace CJ, Davis JR. Effects of reinforcement and information on the conversational behaviour of chronic psychiatric patient dyads. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 5, 1974, Vol. 42, pp. 656-662.

24. Wong SE, Woolsey JE. Re-establishing

Conversational Skills in Overtly Psychotic, Chronic Schizophrenic Patients: Discrete Trials Training on the Psychiatric Ward. *Behavior Modification*. 4, 1989, Vol. 13, pp. 415-430.

25. Lak DCC, Tsang HWH. Cultural Adaptation of the Basic Conversational Skills Module for a Chinese Population. *Psychiatric Services*. 9, 2004, Vol. 55, pp. 988-990.

26. Coelho CM, Palha AP. *Treino de Habilidades Sociais Aplicado a Doentes com Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi, 2006. ISBN 972-796-227-0.

27. Clegg J, Shelagh B, Randolph WP, Woodruff, PWR. Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2007, Vol. 42:s1.

28. Bordás CS, Artiaga MPM, Labordeta AB. Evaluación de un Programa de Habilidades de Comunicación en la Esquizofrenia (CIOPA 2001 – Congresso Internacional Online de Psicologia). 2001 [Online], [Disponível em Janeiro 2010] <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/atividades/49/index.html>

29. Ahmed M, Bayog F, Boisvert CM. Computer-Facilitated Therapy for Inpatients with Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 10, 1997, Vol. 48, pp. 1334-1335.

30. Melo-Dias, C.; Silva, C (2014) *Habilidades de Conversação em Doentes com Esquizofrenia – revisão*. *Revista Nursing*, Janeiro, Fevereiro, Março, Ano 26, n. 289, p.13-14, ISSN 0871-6196. Disponível em <http://www.nursing.pt/habilidades-de-conversacao-em-doentes-com-esquizofrenia-revisao/>

O NURSING ACTIVITIES SCORE: ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DA CARGA DE ENFERMAGEM NA UCI

Rute Severino⁽¹⁾; Lucília Nunes⁽²⁾; Sérgio Deodato⁽³⁾; Ana Paula Martinez⁽⁴⁾; Elisabete Saiote⁽⁵⁾



Resumo

Introdução: Os índices de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem são ferramentas de gestão importantes nas Unidades de Cuidados intensivos (UCI). O Nursing Activities Score (NAS), constitui uma dessas ferramentas, tendo resultado de uma revisão e atualização do TISS-28 em 2003 por Miranda e Colaboradores. Em 2004, foi traduzido e validado para a realidade brasileira por Queijo e Padilha. Na literatura internacional, há ainda poucos estudos que utilizaram o NAS. No entanto, um número crescente de enfermeiros, médicos intensivistas e gestores que tem vindo a aplicá-lo e a divulgar os resultados dos estudos em congressos científicos no âmbito da prática clínica intensivista. **Objetivo:** Sistematizar a informação existente sobre o NAS.

Método: Uma revisão sistemática, tendo sido feita pesquisa em bases de dados científicas e seleção de artigos científicos sobre o NAS e TISS-28, datados até cinco anos de modo a garantir a validade das informações. Sugere-se a hiperligação eletrónica aos artigos originais, para facilitar a consulta dos mesmos.

Conclusões: O NAS é considerado uma ferramenta de gestão importante nas Unidades de Cuidados Intensivos, pois permite a identificação do tempo despendido nos cuidados de enfermagem e desta forma, subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros. Para além de contemplar os cuidados assistenciais diretos, como por exemplo o apoio aos clientes e familiares, o NAS inclui também as atividades administrativas e de gestão. Não está dependente da gravidade do cliente, visto que a sua construção e validação foram baseadas nas atividades de Enfermagem autónomas e interdependentes. Apresenta correlação estatística com outros indicadores de saúde, nomeadamente o TISS-28, SAPS II, Índice de Parsonnet e Physiological Stability Index (PSI). Apesar de ser concebido para avaliar a carga de trabalho de enfermagem na UCI, o NAS também se mostrou útil noutros serviços onde o nível de complexidade assistencial dos clientes é elevado, como por exemplo, na Unidade de Gastroenterologia. Foi utilizado em Neonatologia com bons resultados, permitindo a identificação do perfil de cuidados de enfermagem nos cuidados semi-intensivos e intensivos neonatais. O NAS permite a obtenção de informações retrospectivas sobre a carga de trabalho de enfermagem, pois é aplicado para cada cliente uma vez por dia. Os fatores associados ao aumento da carga de trabalho de enfermagem, avaliada pelo NAS, são a gravidade, a duração do internamento, necessidade de intervenções terapêuticas e aumento do risco de mortalidade. No estabelecimento da relação entre a gravidade e a carga de trabalho de Enfermagem, aconselha-se que o NAS seja aplicado em simultâneo com um índice de gravidade, como por exemplo o SAPS II. O NAS apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das atividades de Enfermagem, superando a abrangência do TISS-28 que somente contempla 43,3%. Por isso, descreve, aproximadamente, duas vezes mais o tempo despendido pela Equipa de Enfermagem nos cuidados ao cliente em estado crítico, quando comparado com o TISS-28. **Palavras-chave:** Unidade de Cuidados Intensivos, Carga de trabalho de Enfermagem, Nursing Activities Score, TISS-28, atividades de enfermagem, fatores.

Abstract

NURSING ACTIVITIES SCORE: NURSING LOAD EVALUATION INDEX IN THE ICU

Introduction: Nursing workload evaluating scales are important management tools used in intensive care. The Nursing Activities Score (NAS) is one such tool as a result of the revision and updating of the TISS-28 in 2003 by Miranda et al. In 2004 it was translated and validated to Portuguese by Queijo and Padilha. In international literature, there are still few studies using the NAS. However, an increasing number of nurses, critical care physicians and managers who have been applying it and disseminating the results of studies scientific conferences in the intensive care clinical practice.

Objective: To systematize the information available on the NAS.

Method: a systematic review, having been made research in databases and selected scientific papers on the NAS and TISS-28, dated up to five years to ensure the validity of information. We suggest the electronic link to the original articles, to facilitate consultation of them.

Conclusions: NAS is considered an important management tool in intensive care units because it allows the identification of time spent in nursing care and thus support the calculation and distribution of nurses. NAS includes the direct care nursing assistance such as support for clients and families, but also includes administrative and management activities. This instrument is not dependent on the severity of the

client, since their construction and validation activities were based on independent and interdependent nursing activities. NAS presents statistical correlation with other health indicators, including the TISS-28, SAPS II, Índice de Parsonnet and Physiological Stability Index (PSI). Despite being designed to assess the nursing workload in the ICU, NAS also proved useful in other services where the level of complexity of customers is high, for instance the Unit of Gastroenterology. It was also used in Neonatology with good results, allowing the identification of the profile of nursing care in the semi-intensive and intensive neonatal care. With NAS, is able to get retrospective information of workload nursing as it is applied to each customer once per day. Factors associated with increased nursing workload, assessed by the NAS, are the severity, length of stay, need for therapeutic interventions and increased risk of mortality. In establishing the relationship between gravity and the nursing workload, it is advised that NAS should be applied simultaneously with an index of severity, such as the SAPS II. The NAS has a sensitivity of 80.8% in assessing the nursing activities, exceeding the scope of the TISS-28 that comprises only 43.3%. Therefore, describes approximately twice the time spent by nursing staff in customer care in critical condition, when compared with the TISS-28.

Keywords: intensive care unit, nursing workload, factors, NAS, TISS-28, nursing activities

NURSING ACTIVITIES SCORE: ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE LA CARGA DE ENFERMERÍA EN LA UCI

Introducción: Los índices de evaluación de la carga de trabajo de enfermería son importantes herramientas de gestión en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

El Nursing Activities Score (NAS) es una de estas herramientas resultó de una revisión y actualización del TISS -28 en 2003 por Miranda et al.

En 2004 esta herramienta fue traducida y validada a la realidad brasileña. En la literatura hay pocos estudios que utilizaron el NAS. Sin embargo, se ha implementado por un creciente número de enfermeras, médicos de cuidados críticos y gestores y los resultados publicados en congresos científicos dentro de la práctica clínica de vigilancia intensiva. **Objetivo:** Sistematizar la información que hay relativa el NAS.

Método: Una revisión sistemática sobre el NAS y el TISS -28, basada en la investigación científica en bases de datos y selección de artículos científicos. Se sugiere que el enlace electrónico a los artículos originales para facilitar la consulta de los datos. **Conclusiones:** El NAS se considera una importante herramienta de gestión en unidades de cuidados intensivos ya que permite la identificación del tiempo dedicado a los cuidados de enfermería y así apoyar el cálculo y la distribución de las enfermeras. Además de contemplar la atención directa a los pacientes y sus familias, el NAS incluye también las actividades administrativas y de gestión. El NAS no depende de la gravedad del paciente ya que su construcción y validación se basaron en las actividades de enfermería que son autónomas e interdependientes. Esta herramienta presenta una correlación estadística con otros indicadores de salud, incluyendo el TISS -28, SAPS II, Índice Parsonnet y Physiological Stability Index (PSI). A pesar de estar diseñado para evaluar la carga de trabajo de enfermería en la UCI, el NAS también demostró ser útil en otros servicios con alto nivel de complejidad, como por ejemplo en la Unidad de Gastroenterología. Fue utilizado en Neonatología con buenos resultados lo que permite la identificación del perfil de los cuidados de enfermería en cuidados intensivos neonatales. El NAS permite obtener información general acerca de la carga de trabajo de enfermería porque se aplica para cada paciente una vez al día.

Los factores asociados con una mayor carga de trabajo de enfermería medida por NAS es la severidade, duración de la hospitalización, la necesidad de intervenciones terapéuticas y mayor riesgo de mortalidad. Para establecer la relación entre la gravedad y la carga de trabajo de enfermería, se aconseja que el NAS se utilice con un índice de gravedad como el SAPS II. El NAS tiene una sensibilidad del 80,8 % en la evaluación de las actividades de enfermería, en comparación TISS -28 comprende sólo el 43,3 %. Por lo tanto el NAS describe aproximadamente el doble del tiempo dedicado por el equipo de enfermería en la atención al paciente en estado crítico cuando se compara con TISS -28.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos, la carga de trabajo de enfermería, Nursing Activities Score, TISS – 28, las actividades de enfermería, factores.

Recebido em Dezembro de 2015. Aceite em Fevereiro 2016

⁽¹⁾ Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal. ruteseverino@gmail.com.

⁽²⁾ Professora Doutora orientadora do Projeto de Investigação. Título profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Doutorada em Filosofia (UNL, FCSH, 2004), Mestre em Ciências de Enfermagem (UCP, 1995) e em História Cultural e Política (UNL, FCSH, 1994), Licenciada em Filosofia (UCP, 1988) e em Enfermagem (EECV, 1982). Na ESS desde Outubro de 2000 - Professora Coordenadora (2006). lucilia.nunes@ess.ips.pt.

⁽³⁾ Professor Adjunto. Licenciado em Enfermagem. Licenciado em Direito. Mestre em Bioética. Doutorando em Enfermagem. Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. sergio.deodato@ess.ips.pt

⁽⁴⁾ Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos. paulamartinez.uci@gmail.com

⁽⁵⁾ Enfermeira Orientadora de Estágio. elisabetesiote@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A UCI é um local com “qualificação para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Por conseguinte, há uma prática contínua de procedimentos humanos e instrumentais de diagnóstico e tratamento, monitorização e avaliação, em função das necessidades do cliente durante 24h por dia. A UCI integra profissionais de saúde multidisciplinares, cujos objetivos primordiais consistem no suporte e recuperação das funções vitais do cliente, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e proporcionar uma vida futura com qualidade. Para cumprir estes objetivos, as UCI tem de ser dotadas de recursos humanos qualificados e treinados para dar resposta às situações que lhes são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 h por dia. Como o consumo de Cuidados Intensivos tem vindo a aumentar de forma exponencial, torna-se necessária a rentabilização e racionalização dos recursos e o reconhecimento dos recursos existentes, de forma a avaliar a sua utilização e antecipar necessidades futuras (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003, p.8).

Para permitir o desenvolvimento organizacional e enfrentar os constantes desafios que se colocam, as instituições hospitalares necessitam de estabelecer mudanças que passam pela adoção de novas técnicas de gestão. Foi na década de 1920 que se iniciou o Programa de Qualidade das instituições hospitalares. Nesse contexto, a utilização de indicadores de saúde que avaliem objetivamente a condição clínica do cliente, bem como a necessidade de cuidados, tornou-se indispensável quando se procura melhorar a relação custo-benefício nos cuidados de saúde (BOCHEMBUZIO, 2007, p. 23). Os índices de gravidade como o Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE II) e o SAPS II (Simplified Acute Physiologic Score que permitem a obtenção de dados precisos sobre gravidade e prognóstico, possibilitando o cálculo do risco de mortalidade do cliente crítico (GONÇALVES, 2006, p. 29). Contudo, estes índices somente avaliam as condições clínicas, pelo que não são

sensíveis na avaliação da dependência dos clientes em cuidados de Enfermagem e, como tal, também não são capazes de prever a carga de trabalho de Enfermagem (PADILHA et al., 2010). Para colmatar essa carência, tem sido desenvolvidos estudos sobre recursos humanos em saúde e na enfermagem que remontam ao decénio de 1960. Todavia, somente nos 1980 ganharam impulso, debatendo questões como a formação profissional, força de trabalho de enfermagem, mercado de trabalho, condições de trabalho e absentismo, entre outros aspetos que interferem na qualidade de cuidados prestados (MAGALHAES, 2009).

O conceito “carga de trabalho de enfermagem” surge com a finalidade de estimar a necessidade de trabalho requerida dos enfermeiros nas atividades de prestação de cuidados diretos e indiretos ao cliente. Este conceito é de extrema importância na UCI, visto que os recursos humanos de enfermagem, constituem cerca de 50% do total de gastos na UCI (MIRANDA et al., 2003). A carga de trabalho é medida ou expressa em pontuações, permitindo a determinação do número de horas dedicadas pela equipa de enfermagem a cada cliente. Contudo, é importante distinguir este conceito de outras áreas do conhecimento. Este conceito é amplamente utilizado na ergonomia, saúde no trabalho e ciências sociais, no sentido de compreender os fatores envolvidos no processo de trabalho e o seu impacto no trabalhador. Neste caso, o termo carga de trabalho diz respeito ao conjunto de exigências físicas e psíquicas necessárias para a execução de uma tarefa. Inicialmente, a abordagem do processo de trabalho era mais redutora, dado que se somente se empregavam instrumentos para medir o esforço físico do trabalhador na execução de tarefas. Posteriormente, a dimensão de carga mental, nomeadamente o desgaste psíquico ou emocional foi incorporada, procurando a compreensão da actividade e o significado que o trabalhador atribui ao seu trabalho. Atualmente, devido à importância do trabalho na sociedade, estuda-se as dimensões físicas, psicológicas e sociais envolvidas no processo de trabalho (MAGALHAES, 2009). Existem vários índices de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem e que são amplamente utilizados nas UCI, dada

a complexidade dos cuidados de saúde prestados na UCI e a necessidade de obter indicadores objetivos. Esses índices podem ser divididos em dois grandes grupos, em função dos métodos utilizados: métodos que avaliam as intervenções terapêuticas previamente selecionadas (TISS-28, NEMS e OMEGA) e métodos que avaliam o tempo de execução de práticas de enfermagem (PRN e TOSS) (GONÇALVES, 2006). Estes índices são fundamentais no planeamento, gestão e avaliação das próprias UCI (PADILHA et al., 2010), permitindo a identificação da influência das mudanças tecnológicas na qualidade dos cuidados prestados (PADILHA, DUCCI, 2008) e constituindo um requisito na adequação de enfermeiros, visto que uma equipa superdimensionada torna-se dispendiosa, enquanto uma equipa reduzida pode causar uma redução da eficácia/qualidade dos cuidados prestados, prolongar o internamento e aumentar os custos do tratamento (PADILHA et al., 2010).

Nos estudos internacionais, salientam-se os riscos da inadequação de enfermeiros, implicando sobrecarga de trabalho e falhas nos cuidados aos clientes, pois o aumento de um cliente por enfermeiro aumenta a probabilidade de mortalidade dos clientes cirúrgicos em 7% e aumenta em 23% a probabilidade de insatisfação no trabalho e em 15% o risco de Síndrome de Burnout (MAGALHAES et al., 2009). Os resultados nacionais comprovam essa situação, tendo-se apurado que um dos fatores de stresse mais referidos pelos enfermeiros é o excesso de trabalho (GOMES et al., 2008). Deste modo, a adequação da equipa de enfermagem à carga de trabalho, melhora a qualidade dos cuidados prestados e garante a segurança dos clientes (PADILHA et al., 2010), podendo ser observada através da diminuição de complicações e morbidade (NOVELLI, et al., 2009).

Em Portugal, o TISS-28 é o único índice de avaliação da carga de enfermagem que está validado de forma multicêntrica, mediante o EURICUS. Contudo, este índice foi revisto e modificado em 2003 por Miranda e Colaboradores, tendo resultado o NAS, já traduzido e validado para a língua portuguesa. Ainda existem poucos estudos internacionais sobre o NAS, mas um

número crescente de profissionais de saúde tem vindo a aplicá-lo e a divulgar os seus resultados em congressos clínicos (GONÇALVES, 2006, p. 14). Nesse sentido, o objetivo principal desta revisão sistemática é a sistematização da informação existente sobre o NAS. Outros objetivos passam pela identificação das intervenções terapêuticas contempladas pelo TISS-28 e comparação de ambos os instrumentos, caracterização do NAS e identificação das suas indicações de utilização, fatores condicionantes e modo de implementação.

NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS)

Proposto por Miranda e Colaboradores em 2003, o NAS foi desenvolvido a partir do TISS-28 para torná-lo mais representativo das atividades de enfermagem realizadas na UCI. O NAS foi validado num estudo desenvolvido em 99 UCI de 15 países, tendo sido determinadas as atividades de enfermagem que melhor descreviam a carga de trabalho de enfermagem na UCI e atribuídas pontuações, de modo a que a pontuação final descrevesse o tempo médio consumido, ao invés da gravidade da doença (MIRANDA et al., 2003). Deste modo, o NAS não depende da gravidade da doença do cliente, visto que tem por base as atividades de Enfermagem autónomas e interdependentes (PANUNTO, GUIRARDELLO, 2009). Cada ponto do NAS corresponde a 14,4 minutos e a pontuação final é obtida através do somatório dos diferentes itens, expressando a percentagem de tempo despendido pela equipa de Enfermagem no cuidado ao cliente crítico nas últimas 24h. Assim se a pontuação for 100, interpreta-se que o cliente requereu 100% do tempo de um enfermeiro na prestação de cuidados últimas 24 horas. O valor máximo pode chegar a 176,8% (QUEIJO e PADILHA 2009). Em caso de dúvida sobre a pontuação dos itens, considera-se o valor mais baixo de avaliação (PADILHA, DUCCI, 2008).

O NAS demonstra correlação estatística significativa com o TISS-28 e com o SAPS II, ajustada à idade dos clientes (QUEIJO, 2009). O NAS contém 7 categorias, nomeadamente “Atividades Básicas”, “Suporte Respiratório”, “Suporte Cardiovascular”, “Suporte Renal”;

“Suporte Neurológico”; “Suporte Metabólico” e “Intervenções Especiais” e 23 itens de avaliação (QUEIJO 2009). O NAS tem sido referido como um instrumento importante na gestão, devido à sua capacidade para medir a carga de trabalho de Enfermagem na UCI (PADILHA et al., 2008), possibilitar a identificação do tempo despendido nos cuidados de enfermagem e subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros, segundo as necessidades reais dos clientes (LIMA et al., 2008). Com a finalidade de uniformizar o significado de cada um dos itens do instrumento e evitar possíveis erros de interpretação, é necessário que todos os Enfermeiros estejam familiarizados com o instrumento (LIMA et al., 2008). Por isso, em anexo consta a caracterização do NAS, cuja aprovação foi feita por um grupo de juízes brasileiros familiarizados com o instrumento (GONÇALVES, PADILHA, 2005). Como o NAS permite a obtenção de informações retrospectivas sobre a carga de trabalho de Enfermagem nas últimas 24 horas, as pontuações maiores de NAS de 24 horas são as relativas aos tempos de internamentos mais prolongados. Recomenda-se que para efeitos de dimensionamento do número de Enfermeiros, seja utilizada a pontuação do NAS de 24h, visto que o valor obtido por turnos geralmente é menor. (CONISHI; GAIDZINSKY, 2007). O NAS é criticado por causa dessa aplicação retrospectiva, podendo criar bases de uma rotina que não seja correspondente às necessidades de cuidados dos clientes. Contudo, embora não seja um instrumento de gestão com aplicações retrospectivas, um estudo realizado por Padilha e Ducci em 2008, cujo objetivo era comparar o NAS retrospectivo e o NAS prospectivo, mostrou que não há diferenças significativas entre ambas as aplicações (PADILHA, DUCCI, 2008, tendo-se concluído que o NAS era adequado na avaliação da carga de trabalho de enfermagem, possibilitando a distribuição dos enfermeiros pelos clientes, num turno de trabalho. Contudo, é necessário que o planeamento dos cuidados seja baseado nas necessidades reais dos clientes, que haja uma uniformização das definições operacionais entre os enfermeiros da UCI e que o planeamento dos cuidados não sofra influência das

rotinas impostas na unidade (PADILHA, DUCCI, 2008). Existem atividades de enfermagem que são sempre desempenhadas na UCI, nomeadamente 1. Monitorização e controlos, 2. Investigações laboratoriais, 3. Medicação 4. Procedimentos de higiene 6. Mobilização e Posicionamento e 8. Tarefas administrativas e gestão (PADILHA, DUCCI, 2008). Nos vários estudos desenvolvidos, verificou-se que as pontuações do NAS variam entre 52,1 e 74,62% (NOVELLI et al., 2009). A carga de trabalho de Enfermagem mediana é de 68 a 71%, pelo que valores inferiores, considera-se que a carga de trabalho é baixa e valores superiores, a carga de trabalho de enfermagem é elevada (GONÇALVES, 2006, p. 32). O valor médio mais elevado de NAS foi registado numa UCI de um hospital universitário, especializada em cirurgias cardíacas, tendo-se verificado um NAS médio diário superior a 74,62%. Aliás, no primeiro dia pós-operatório, o NAS foi de 96,79% (DIAS, 2006). A pontuação do NAS reflete o tipo de UCI e as necessidades dos clientes em atividades de enfermagem. Por exemplo, nessa UCI, verifica-se que os itens 12 e 14, referentes a medicação vasoativa e monitorização da função ventricular esquerda, são frequentemente realizados (DIAS, 2006, p. 69). Nos casos de clientes internados por doenças respiratórias, a percentagem de tempo dedicada ao suporte respiratório é mais elevada (LIMA et al., 2008). No item referente às tarefas administrativas e de gestão devem ser contempladas as atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta que interfiram nas atividades de rotina dos cuidados aos clientes, como por exemplo as Normas de Orientação Clínica (DIAS, 2006, p. 69). No item “Procedimentos de Higiene” e “Mobilização e Posicionamento”, está contemplado o número de enfermeiros requeridos na prestação desses cuidados, sendo que os clientes com alta dependência de Enfermagem, ou seja, a maioria dos clientes internados na UCI, necessitam de dois Enfermeiros, de modo a garantir a segurança do cliente, prevenir complicações e prevenir lesões musculo - esqueléticas nos enfermeiros (LIMA et al., 2008). Nos casos em que são desenvolvidos o treino de competências do cliente e do cuidador

informal, os mesmos devem ser pontuados no item 7, devendo ser pontuado o tempo correspondente à realização da actividade (LIMA et al., 2008).

Fatores condicionantes do NAS

A identificação dos fatores associados à carga de trabalho de Enfermagem constitui um aspeto fundamental para os enfermeiros que exercem funções na UCI (GONÇALVES, 2006, p. 17). Atualmente, alguns estudos estão a ser desenvolvidos sobre os fatores associados à carga de Enfermagem na UCI, avaliada através do NAS, dado que ainda não há resultados conclusivos (PADILHA et al., 2010). De qualquer modo, os fatores já identificados incluem as variáveis sócio-demográficas (idade e género), a proveniência, a duração do internamento, a gravidade e estado de alta na UCI (PADILHA et al., 2010). De uma maneira geral, as pontuações mais elevadas no NAS estão associadas a maior gravidade, necessidade de intervenções terapêuticas, aumento do risco de mortalidade e maior duração de internamento. Consequentemente, verifica-se que as pontuações de SAPS II mais elevadas (PADILHA et al., 2008)

Relativamente à carga de trabalho de Enfermagem dos clientes no primeiro dia de admissão, pela experiência, os Enfermeiros sabem que a maioria dos clientes exige uma elevada carga de trabalho, situação que é independente das horas em que o cliente permanece na UCI. Alguns dos aspetos que justificam essa situação são a gravidade do cliente, com instabilidade hemodinâmica e respiratória, a alteração no nível de consciência e o agravamento nos diferentes sistemas fisiológicos. Estas condições são frequentes nas primeiras 24 horas e tornam os clientes vulneráveis, exigindo a monitorização e a execução de cuidados intensivos superiores aos normalmente realizados nos restantes dias de internamento (GONÇALVES, 2006, p. 17) Alguns dos procedimentos frequentemente realizados são incluem a monitorização hemodinâmica, execução de diversos procedimentos invasivos, análises laboratoriais e são instituídas terapêuticas farmacológicas. Por outro lado, as funções respiratória, cardiocirculatória, renal e metabólica devem ser monitorizadas, pois a

sua evolução é determinante na recuperação do cliente (GONÇALVES, 2006, p. 18). No primeiro dia de internamento na UCI, além das atividades relacionadas com os cuidados diretos, também há atividades que consomem um tempo considerável aos enfermeiros. Entre essas atividades, destaca-se o apoio psicológico ao cliente e seus familiares, dada a ansiedade causada pelo internamento na UCI, bem como a realização de atividades administrativas e de gestão, tais como o preenchimento da nota de admissão e o planeamento dos cuidados, de modo a dar continuidade aos mesmos e a garantir a qualidade dos cuidados prestados (GONÇALVES, 2006, p. 18). Segundo o estudo desenvolvido por esta autora, a única variável que tem associação com o NAS é a duração do internamento, sendo que à medida que o internamento do cliente se prolonga, também a carga de trabalho de Enfermagem vai aumentando, obtendo-se valores de NAS mais elevados.

Desde as últimas décadas que se tem verificado, a nível internacional, o envelhecimento da população. Este fenómeno ocorre tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, com consequências consideráveis na sociedade e particularmente nos cuidados de saúde (SOUSA et al., 2008).

Os vários estudos consultados são unânimes no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas. Verifica-se que os clientes são predominantemente do género masculino e idosos. Apesar de vários autores concordarem que não existem diferenças significativas entre a idade do cliente e a carga de trabalho de Enfermagem (PADILHA et al., 2010), a idade ainda constitui um aspeto controverso na admissão dos clientes na UCI, visto que um dos critérios de exclusão de admissão nalgumas UCI americanas e europeias é a idade, principalmente nos casos de clientes idosos com doenças crónicas (SOUSA et al., 2008). Contudo, esta visão economicista é contrariada pelos resultados de um estudo realizado em 5 hospitais ingleses, visto que após a avaliação de um médico intensivista, cerca de 50% dos clientes idosos tem indicação para admissão na UCI. No estudo realizado por Sousa et al (2008), onde foi avaliada a carga

de trabalho de Enfermagem numa amostra dividida em três faixas etárias: 60-69 anos, 70-79 e acima de 80 anos, concluiu-se que apesar do género, a gravidade, tipo de transferência e motivo de internamento terem sido diferentes entre os diferentes grupos etários, não havia diferenças significativas relativamente à carga de Enfermagem. Apurou-se que os fatores de risco independentes da elevada carga de enfermagem foram a gravidade da doença, a idade “acima de 70 anos” e pós-operatório imediato de risco, sendo que a única variável de relevo associada à carga de trabalho de enfermagem foi o tipo de admissão, concretamente a proveniência do bloco operatório por pós-operatório de risco. Verificou-se que clientes cirúrgicos requeriam maior carga de trabalho de Enfermagem, quando comparados com os clientes admitidos por agravamento das doenças clínicas, visível nas médias de NAS com 83,5 % e 72,1%, respetivamente. Também se constatou uma associação positiva entre as variáveis idade e proveniência do Bloco Operatório, visto que os clientes com idades entre 70-79 anos e admitidos por pós-operatório de risco, apresentam uma elevada carga de trabalho de Enfermagem (SOUSA et al., 2008). Deste modo, a idade como fator isolado não deve constituir um fator discriminativo da admissão na UCI (SOUSA et al., 2008), devendo ser colocado ao dispor dos clientes os recursos disponíveis considerados necessários para cumprir os objetivos dos cuidados de saúde.

Em relação à duração do internamento, existem divergências relativamente aos resultados (PADILHA et al., 2010). Num estudo realizado na Finlândia por Lundgren-Laine e Suominen em 2007, verificou-se que a relação entre estas duas variáveis era fraca. Contudo, em vários estudos brasileiros que utilizaram o NAS, foram evidenciadas diferenças significativas, sendo que à medida que se prolonga o internamento do cliente, maiores são as necessidades de cuidados de Enfermagem e maiores as médias de NAS. De facto, por cada dia-extra na UCI, aumenta em 1,07 vezes a probabilidade de obter pontuações de NAS mais elevadas (PADILHA et al., 2010). Contudo, os internamentos mais curtos, também

consomem um tempo considerável nos cuidados de enfermagem considerável (PADILHA et al., 2010).

Quanto há proveniência, verifica-se que os mais prevalentes são o Bloco Operatório, o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intermédios (SOUSA et al., 2008). As causas do internamento na UCI são predominantemente clínicas, por agravamento das doenças respiratórias, cardíacas e gastrointestinais (SOUSA et al., 2008). As alterações neurológicas como o AVC também são significativas (LIMA et al., 2008). Ao nível respiratório, a agudização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a broncopneumonia são as mais significativas (LIMA et al., 2008). Na literatura internacional, existem estudos que referem a proveniência do Bloco Operatório na proporção de 32,5% e 37% (GONÇALVES, 2006, p. 52). O internamento por pós-operatório de risco de cirurgia eletiva é significativo (PADILHA et al., 2010), dado que as cirurgias extensas realizadas em clientes idosos com múltiplas doenças crónicas podem justificar o internamento na UCI, por instabilidade e exacerbação das mesmas no pós-operatório imediato (GONÇALVES, 2006, p. 53). De facto, os fatores de risco pré-operatórios têm grande influência no desenvolvimento de complicações pós-operatórias e, por isso, a necessidade de cuidados intensivos e especializados de enfermagem (DIAS, 2006, p. 73). A transferência da Unidade de Cuidados Intermédios poderá ser decorrente do agravamento das condições clínicas ou necessidade de monitorização intensiva (GONÇALVES, 2006, p. 53). De entre os motivos de admissão, as doenças cardíacas constituem uma causa importante (SOUSA et al., 2008). O NAS mostrou-se um instrumento adequado na avaliação da carga de Enfermagem no pós-operatório de clientes submetidos a cirurgias cardíacas, apresentando uma correlação estatisticamente significativa com a gravidade do estado do cliente. Para prevenir complicações nas primeiras horas do pós-operatório, é necessária vigilância e monitorização intensivas, atividades que diminuem com o passar do tempo e perdem significância quando o cliente está internado muitos dias na UCI (DIAS, 2006).

Nos estudos desenvolvidos por PADILHA et al (2010) e NOVELLI et al (2009), verificou-se que existiam variações na carga de trabalho de Enfermagem, em diferentes dias da semana. Nesses estudos foram identificadas as dinâmicas da UCI, nomeadamente os dias em que eram desenvolvidas as grandes cirurgias e ocorriam o maior número de internamentos provenientes do Serviço de Urgência. O conhecimento das dinâmicas da UCI e as ações coordenadas entre os diferentes serviços, principalmente com os serviços cuja proveniência de clientes é maior, permitia a identificação dos fatores associados à carga de enfermagem e a melhoria dos cuidados prestados (NOVELLI et al., 2009). Nesta ótica, a equipa de enfermagem deve estar adequada às variações das necessidades de cuidados, o que contribui para a redução dos custos na UCI (PADILHA et al., 2010).

A aplicação do NAS em associação com um índice de gravidade, pode ajudar a estabelecer a relação entre a gravidade e a carga de trabalho de Enfermagem. A pontuação média de SAPS II é de 43 a 46,5 pontos. O agravamento da condição clínica dos clientes até à alta da UCI, está associado ao aumento expressivo da carga de trabalho de Enfermagem (NOVELLI et al., 2009), sendo que as pontuações mais elevadas de SAPS II aumentam em 2,78 vezes a probabilidade de obter um NAS elevado (PADILHA et al., 2010). O NAS também apresenta correlação com o índice de avaliação do risco cirúrgico (Índice de Parsonnet), pelo que quanto maior for a pontuação deste índice, maior a necessidade de cuidados de enfermagem pelos clientes (DIAS, 2006). Os clientes que morreram na UCI ou permaneceram mais tempo internados na UCI foram aqueles que mais provavelmente evidenciaram uma situação instável, exigindo maior monitorização e tratamento mais intensivo e, como consequência, a disponibilização de mais tempo nas atividades de Enfermagem (PADILHA et al., 2008).

Um dos fatores que pode também pode condicionar a aplicação do NAS está relacionado com a existência de enfermeiros com pouca experiência. Segundo DIAS (2006, p. 83), os clientes chegaram a receber 120% de tempo nos

cuidados de enfermagem, o que não corresponde à realidade. Por isso, é necessário avaliar efetivamente a disponibilidade de enfermeiros.

Outras variáveis tais como o tipo de UCI (geral ou especializada), a morbidade e a dependência para os cuidados de Enfermagem, o tipo de hospital e a organização do Sistema de Saúde, também podem influenciar consideravelmente a carga de trabalho de enfermagem (PADILHA et al., 2008; PADILHA et al., 2010)

Comparação entre o TISS-28 e o NAS

Inicialmente, o TISS foi usado para estratificar os clientes de acordo com a severidade da doença. Contudo, outros instrumentos específicos foram desenvolvidos para esse fim. Por isso, o TISS tem sido usado para avaliar a carga de trabalho de enfermagem (MIRANDA et al., 2003). Foi criado em 1974 por Cullen e colaboradores. Já teve várias versões, sendo que na primeira versão, era constituído por 57 intervenções terapêuticas, em 1983, após a Conferência de Bethesda foi revisto e atualizado para 76 itens e em 1996, após um grande estudo multicêntrico em 12 áreas da Europa, o EURICUS.I, surgiu o TISS-28 ou TISS simplificado (PADILHA et al., 2005). É constituído por 28 itens distribuídos por sete categorias de intervenções terapêuticas, denominadas: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas (PADILHA et al., 2005).

Em 1997, foi apresentado o NEMS (Nine Equivalent of Nursing Manpower Score), uma versão reduzida deste instrumento, com apenas 9 itens, mas preservando as características que permitem a avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI (GONÇALVES, 2006, p. 12). No quadro nº 1 é feita uma comparação entre ambos os instrumentos de avaliação da carga de Enfermagem, salientando as vantagens e desvantagens.

Quadro 1: Comparação entre o TISS-28 e o NAS

Instrumento	Vantagens	Desvantagens
TISS	<p>É amplamente usado nas UCI, devido à fiabilidade e facilidade de utilização (QUEIJO, 2009).</p> <p>Permite estimar a gravidade da doença dos clientes, tendo algum valor prognóstico de mortalidade, apesar de não dever usado com esse fim (PINTO <i>et al.</i>, 2009)</p> <p>Pode-se calcular o <i>Work Utilisation Ratio</i> (WUR) através dos valores obtidos, possibilitando a avaliação da eficácia dos recursos de enfermagem disponíveis.</p> <p>Mediante a estimativa do custo de cada ponto do TISS, é possível determinar os custos fixos das UCI (PINTO <i>et al.</i>, 2009).</p> <p>Através do somatório dos pontos atribuídos às intervenções terapêuticas desempenhadas, é possível classificar os clientes em 4 classes (classes de Cullen), que ajudam a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de internamento na UCI (PINTO <i>et al.</i>, 2009).</p>	<p>Nas várias versões, a filosofia original do instrumento mantém-se inalterada: a carga de trabalho de enfermagem está relacionada com a gravidade da doença e o tipo e frequência de intervenções terapêuticas estão relacionadas com a gravidade da doença do cliente. Contudo, muitas atividades de enfermagem não estão necessariamente relacionadas com a gravidade da doença. Somente 30% do tempo de enfermagem é despendido nas atividades relacionadas com a utilização de tecnologia específica na UCI e em pelo menos dois terços do tempo, são desempenhadas atividades de enfermagem que não são específicas na UCI. Contudo, foi demonstrado que os enfermeiros despendem somente 43,3% do seu tempo a desempenhar as intervenções terapêuticas referidas no TISS-28 e o 34,3% do tempo é dedicado a atividades não incluídas no TISS-28.</p> <p>A seleção dos itens incluídos é feita segundo a hierarquia de complexidade das intervenções e não segundo o tempo necessário para o seu desempenho (MIRANDA <i>et al.</i>, 2003).</p>
NAS	<p>Baseia-se na duração real das atividades de enfermagem, independentemente da gravidade da doença dos clientes. Esta constitui uma importante diferença em relação ao TISS-28. Excluindo a discriminação da gravidade da doença, as indicações de utilização do NAS na UCI são similares às do TISS-28 (MIRANDA <i>et al.</i>, 2003).</p> <p>É adequado para a utilização na UCI, independentemente da idade do cliente (recém-nascido ou adulto), tendo sido utilizado com sucesso nas Unidades de Cuidados Especiais Neonatais (BOCHEMBUZIO, 2007).</p> <p>Também se mostrou útil noutras unidades, nomeadamente em Gastroenterologia (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2009).</p> <p>Apresenta validade com outros indicadores de saúde, nomeadamente com o SAPS II, TISS-28, Índice de Parsonnet (DIAS, 2006) e com o Physiological Stability Index (PSI) (BOCHEMBUZIO, 2007).</p> <p>As cinco categorias adicionadas (monitorização e controlos; procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e clientes e atividades administrativas e de gestão) são aquelas que representam mais tempo despendido pela equipa de enfermagem (MIRANDA <i>et al.</i>, 2003).</p>	<p>Alguns fatores que dificultaram a implementação nas UCI brasileiras, foram a falta sistemática de registos de enfermagem, que acabam por inviabilizar a sua aplicação, a desmotivação dos enfermeiros para registar informações adicionais e quadros de pessoal subdimensionado, que implicaram sobrecarga de trabalho (GONÇALVES, PADILHA, 2005)</p> <p>É necessário que a equipa de Enfermagem padronize o tempo gasto nas atividades de Enfermagem e que haja clareza quanto ao seu preenchimento, para não enviesar os resultados obtidos. (GONÇALVES, PADILHA, 2005)</p>

Instrumento	Vantagens	Desvantagens
NAS	<p>Apresenta validade com outros indicadores de saúde, nomeadamente com o SAPS II, TISS-28, Índice de Parsonnet (DIAS, 2006) e com o Physiological Stability Index (PSI) (BOCHEMBUZIO, 2007).</p> <p>As cinco categorias adicionadas (monitorização e controlos; procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e clientes e atividades administrativas e de gestão) são aquelas que representam mais tempo despendido pela equipa de enfermagem (MIRANDA et al., 2003).</p> <p>Apresenta sensibilidade de 80,8% na avaliação das atividades de Enfermagem, superando a abrangência do TISS-28, que somente contempla 43,3%. Por isso, descreve, aproximadamente, duas vezes mais o tempo gasto pela Equipa de Enfermagem nos cuidados ao cliente em estado crítico, quando comparado com o TISS-28 (QUEIJO e PADILHA (2009</p> <p>Melhora a gestão diária dos recursos humanos na UCI, aumenta a eficácia das funções inerentes ao planeamento, custos e auditoria da UCI e possibilita uma análise mais detalhada das atividades desempenhadas pelos enfermeiros, favorecendo a identificação das melhorias que podem ser feitas no processo de cuidar e na distribuição das tarefas entre os vários profissionais na UCI (MIRANDA et al., 2003).</p> <p>Recentemente, foi utilizado em associação com indicadores da UCI, tais como taxas de alta, óbito e readmissões (NOVELLI et al., 2009)</p>	<p>Apesar do NAS ser mais extenso do que o TISS-28, verificou-se que o tempo de leitura dos registos do cliente e inserção dos dados no sistema informático, demora em média 5 minutos por cliente. A partir da É necessário que o enfermeiro reconheça as características do processo de cuidar, partir da aplicação eletrónica. Para isso, o enfermeiro deve ser treinado e capacitado para identificar as necessidades de cuidados dos clientes, de acordo com a sua realidade (NOVELLI et al., 2009).</p>

Aplicação do NAS

Para o NAS poder ser aplicado, existem alguns procedimentos que devem ser aferidos na Equipa de Enfermagem. Na primeira etapa, é necessário que seja padronizado o tempo despendido nos cuidados de enfermagem nos itens que contemplam sub-itens (a, b e c), nomeadamente 1. “Monitorização e Controles”, 4. “Procedimentos de higiene”; 7. “Suporte e cuidado aos familiares e clientes” e 8. “Tarefas administrativas e gestão”, de modo a se estabelecer um padrão de horas consumidas na realização das atividades, de acordo com a realidade da unidade. (GONÇALVES, PADILHA, 2005). Estes sub-itens devem ser transformados em horas, de acordo com o seguinte critério: “Normal”, “Além do normal” e “Muito além do normal”, de acordo com tempo considerado de “rotina” para a realização da actividade. Os itens

9, 17, 18 e 21, habitualmente não apresentam desacordo, pois são mais objetivos (LIMA et al., 2008).

Um questionário aplicado a toda a equipa em que cada enfermeiro regista o tempo que considera necessário, pode ser uma boa maneira de se ter uma perceção geral da equipa. Seguidamente, os enfermeiros devem ser treinados na aplicação do NAS. Sugere-se que sejam programadas sessões de formação com os enfermeiros das diferentes equipas em que são explicados cada um dos itens de modo a tornar compreensível seu significado e, conseqüentemente, tornar mais fidedigno seu preenchimento (GONÇALVES, PADILHA, 2005). Parte-se do princípio que os enfermeiros sabem a frequência da necessidade de execução das atividades. Contudo, por vezes, a frequência dos cuidados prestados não corresponde à frequência dos cuidados idealizados. Essas situações também

têm de ser esclarecidas na equipa de enfermagem (CONISHI; GAIDZINSKY, 2007). Aferidos estes aspetos na equipa de enfermagem, o NAS poderá ser aplicado em cada cliente nos diferentes turnos, com o objetivo de obter possíveis informações não disponíveis nos registos de enfermagem sobre o tempo gasto na realização das atividades e nos diferentes turnos. Para obter o NAS total, poderá ser construído um instrumento único que será utilizado para a colheita de dados diária do NAS. Finalmente, o NAS deverá então ser preenchido para cada cliente a cada 24 horas, com o objetivo de ser obter a pontuação diária do NAS e avaliar a carga de trabalho de Enfermagem necessária à satisfação das necessidades reais do cliente (GONÇALVES, PADILHA, 2005).

O NAS poderá ser aplicado num sistema informático. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), é crescente a importância e a emergência da informatização dos serviços de saúde, salientando-se o potencial dos registos de enfermagem, pela produção automática de indicadores de saúde, desenvolvimento da investigação, monitorização da qualidade, formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde. Os dados obtidos também permitem a comparação a nível local, regional, nacional e internacional. O NAS em formato informático permite a identificação dos diagnósticos de enfermagem e facilita o planeamento dos cuidados, ajudado na gestão e dimensionamento dos enfermeiros. Por outro lado, também favorece a colheita de dados e arquivo das informações, constituir um importante recurso no processo de avaliação da qualidade dos cuidados (NOVELLI, et al, 2009).

No artigo em anexo, estão descritas as etapas metodológicas para a construção da aplicação eletrónica do NAS (NOVELLI, et al, 2009). De referir que a aplicação informática deve funcionar de modo integrado com os modelos existentes ou a desenvolver e deve estar em conformidade com as normas internacionais de referência (ORDEM dos Enfermeiros, 2007)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade, gravidade e altos custos associados aos cuidados intensivos, justificam a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, permitindo estimar o número de enfermeiros e dimensionar os recursos de enfermagem às necessidades dos clientes. Os benefícios da carga de trabalho de enfermagem adequada refletem-se em variados níveis, nomeadamente na qualidade dos cuidados prestados aos clientes, na satisfação pessoal dos enfermeiros e na redução dos custos das unidades. No processo de trabalho de enfermagem, existe a dimensão técnica ou explícita do cuidado ao cliente e família. Contudo, no processo de cuidar, é importante que se dê visibilidade a aspetos que exigem um grande investimento dos profissionais, como o desgaste mental ou emocional para lidar com as diferentes situações. Por isso, é importante encontrar modelos de avaliação e análise da carga de trabalho de enfermagem que tenham a sensibilidade de incluir as dimensões mais subjetivas das atividades relacionadas com o cuidado do cliente e sua família. O NAS contempla essas dimensões mais subjetivas do cuidar ao cliente e família, para além de contemplar o tempo despendido na execução das atividades de enfermagem.

Os resultados dos estudos existentes são unânimes quanto sua eficácia do NAS na avaliação da carga de trabalho de enfermagem e sensibilidade para as atividades de enfermagem. O NAS supera a abrangência do TISS-28, ao descrever duas vezes mais o tempo despendido nos cuidados de enfermagem. Este instrumento é útil em variados contextos para além da UCI, nomeadamente na Gastroenterologia e Neonatologia. Apesar de ser baseado na duração real das atividades de enfermagem, ao invés da gravidade da doença e necessidades de intervenções terapêuticas, verifica-se que um dos fatores associados à elevada carga de trabalho de enfermagem avaliada pelo NAS é a gravidade da doença. Outros fatores significativos são a duração do internamento, o tipo de admissão e proveniência e taxa de mortalidade. Para o NAS ser aplicado, é necessário que vários procedimentos na equipa de enfermagem sejam

afetados, principalmente que o tempo necessário na execução das diferentes atividades de enfermagem seja padronizado e que definições operacionais sejam assimiladas por toda a equipa, de modo a evitar erros de interpretação e preenchimento. Da aplicação do NAS em formato informático advêm várias vantagens, principalmente a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e o auxílio na tomada de decisão.

A sua utilização em conjunto com outros indicadores de saúde possibilita o ajuste do número de enfermeiros na UCI, adequando os recursos de enfermagem às necessidades reais dos clientes. Como ainda existem poucos estudos com o NAS e dadas as suas potencialidades, recomenda-se que o NAS seja testado em diferentes UCI e unidades de internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOCHEMBUZIO, Luciana - Avaliação do instrumento Nursing Activities Score (NAS) em neonatologia. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: [GAIDZINSKY, Raquel - Nursing Activities Score \(NAS\) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; vol. 41, n.º 3, pp 346-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/02.pdf> DIAS, Márcia - Aplicação do Nursing Activities Score - N.A.S. - como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em UTI Cirúrgica Cardiológica. Escola Superior de Enfermagem: Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F7%2F7136%2Ftde-23012008-134656%2Fpublico%2FLuciana_Bochembuzio.pdf&ei=OL9IUKyrDobRhAfGmIGQDA&usg=AFQjCNH-ISUAB0EUHAY2LWLJTSxvX6SWjA&sig2=Ba9yhHtmaECoOn6MIRhsRACONISHI, Regina;</p>
</div>
<div data-bbox=)

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F7%2F7131%2Ftde-17102006-131800%2Fpublico%2FMarcia_Cossermelli.pdf&ei=vr9IUNXnD4yRhQeCmYC4Dg&usg=AFQjCNGmgWXmB6J0px1fiVpg2XrTFeKBwA&sig2=WEKDMjprHvH92x_miwNmIlg

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. – Lisboa, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

DUCCI, Adriana; PADILHA, Katia - Nursing activities score: a comparative study about retrospective and prospective applications in intensive care units. *Acta Paul Enferm*. 2008, vol 21, n.º 4, pp. 581-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en_a08v21n4.pdf

GOMES, A.R et al., – Stresse, Saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M.G. Pereira, C. Simões, T. McIntyre, (Eds), *Actas do II Congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e pratica em diferentes contextos de saúde* (2ª edição, vol. IV, pp. 178-1992). Braga: Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7824/1/2-Actas-Enfermeiros-Fam%C3%ADlia.pdf>

GONÇALVES, Leilane; PADILHA, Kátia - Nursing Activities Score (NAS): Proposta para Aplicação Prática em Unidade de Terapia Intensiva. *Pratica Hospitalar*. 2005, ano VII, n.º 42. ISSN: 1679-5512. Disponível em:

<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2033-42.html>

GONÇALVES, Leilane – Factores associados à carga de trabalho de Enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação. Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F7%2F7139%2Ftde-02102006-125217%2Fpublico%2FLeilane_Andrade_Goncalves.pdf&ei=ZcBIUKmCicKZhQfSi4CADQ&usg=AFQjCNFWyACrN_IGOOXaURTvC9M60VK6Sg&sig2=YmWNKEag-21p9KpgMowP6Q

LIMA, Marian et al., - Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes de alta dependência de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 638-46. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/03.pdf>

MAGALHAES, Ana et al., - Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev. bras. enferm.* [online], 2009, vol.62, n.º 4, pp. 608-612. ISSN 0034-7167. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf>

MIRANDA, Dinis et al., - Nursing Activities Score. *Crit Care Med*, 2003, vol. 31, n.º 2. Disponível em

<http://www.intensivregister.no/LinkClick.aspx?fileticket=oAXMjsCuiX8%3D&tabid=76&mid=428>

NOVELLI, Cristina et al., - Aplicativo Informatizado com o Nursing Activities Score: Instrumento para gerenciamento da assistência em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2009, vol. 18, n.º3, pp. 577-285. Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71411760022>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. 2007. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abri12007.pdf

PADILHA, Katia et al., - Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive and Critical Care Nursing*, 2010, vol 26, pp. 108-113. Disponível em:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WGN-4Y41MGY-2-7&_cdi=6827&_user=3422714&_pii=S0964339709001128&_orig=search&_coverDate=04%2F30%2F2010&_999739997&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkzV&md5=6211b22c9840129c06cb33e710df9e50&ie=/sdarticle.pdf

PADILHA, Katia et al., - Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2008, vol. 24, n.º 3, pp. 197-2004. Disponível em:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WGN-4R1FS8V-1-1&_cdi=6827&_user=3422714&_pii=S0964339707001036&_orig=search&_coverDate=06%2F30%2F2008&_999759996&view=c&wchp=dGLbVzz-zSkzV&md5=6062a490affc174bb0e9de2bcc9d2c9b&ie=/sdarticle.pdf

PADILHA, Kátia et al - Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2005, vol 39, n.º 2, pp. 229-33. Disponível em: <Http://www.ee.usp.br/reusp/upload/pdf/34.pdf>

PANUNTO, Márcia, GUIRARDELLO, Edinéis - Nursing workload at a gastroenterology unit. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009, vol 17 n.º 6, pp. 1009-14. Dis-

ponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/13.pdf>

PINTO, T; PIRES, M - TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) e sua capacidade prognóstica. *Rev Port Med Int*, 2009; vol. 16, n.º 2. Disponível em:

http://www.spci.org/ficheiro/conteudo/pdf/RPMI_2009_2_5_2009_10_11.pdf (19/03/2010; 15:28)

QUEIJO, Alda; PADILHA, Kátia - Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2009; vol. 43, pp. 1018-25.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns.pdf> (07/03/2010; 10:38)

SOUSA, Cleber et al. Predictors of nursing workload in elderly patients admitted to intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008, vol.16, n.2, pp. 218-223. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/08.pdf>

file:///D:/Documentos/FORMASAU/imagens/9026429_ml.jpg

DOR MÚSCULO ESQUELÉTICA A NÍVEL DA COLUNA VERTEBRAL EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

Henrique Nunes⁽¹⁾; Arménio Cruz⁽²⁾; Paulo Queirós⁽³⁾



Resumo

Objetivos: Avaliar prevalência de dor músculo esquelética (DME) nos últimos 12 meses de estudantes de enfermagem e identificar associação com factores de risco. Método: Estudo observacional, amostra aleatória de 452 estudantes duma Escola Superior de Enfermagem com aplicação de questionário. Resultados: Prevalências elevadas na região cervical entre os estudantes do 1º ano (53,7%) e 2º ano (45,7%), e na lombar nos estudantes do 3º ano (82,4%) e 4º ano (68,9%). Maior probabilidade de DME depende da região da coluna vertebral e do ano académico. Conclusão: Reflexão sobre adopção de estratégias para minimizar o problema e desenvolvimento de novos estudos.

Abstract

MUSCULOSKELETAL PAIN AT THE LEVEL OF SPINE IN NURSING STUDENTS: PREVALENCE AND RISK FACTORS

Objectives: To assess the prevalence of musculoskeletal pain (DME) in the last 12 months of nursing students and identify associated risk factors. Method: An observational study, random sample of 452 students of a Nursing School with application of a questionnaire. Results: Prevalence higher in the cervical region between the students of 1st year (53.7%) and 2 years (45.7%), and lower back in the 3rd year students (82.4%) and 4th year (68.9%). More likely to DME depends on the region of the spine and of the academic year. Conclusion: Reflections on adoption of strategies to minimize the problem and developing new studies.

Resumen

EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO EN LA COLUMNA VERTEBRAL EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Objetivos: Evaluar la prevalencia de dolor musculoesquelético (DME) en los últimos 12 meses de los estudiantes de enfermería e identificar los factores de riesgo asociados. Método: Estudio observacional, muestra aleatoria de 452 estudiantes de una escuela de enfermería mediante un cuestionario. Resultados: La prevalencia más alta en la región cervical entre los alumnos de 1º año (53,7%) y 2 años (45,7%), y la baja de la espalda en los estudiantes de 3er año (82,4%) y cuarto año (68,9%). Más probabilidades de DME depende de la región de la columna vertebral y del año académico. Conclusión: Reflexiones sobre la adopción de estrategias para minimizar el problema y el desarrollo de nuevos estudios.

Recebido em dezembro de 2015. Aceite em janeiro de 2016

(1) MSN, RN, Profº Adjunto - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeiro de Reabilitação (email: hnunes@esenfc.pt)

(2) PhD, MSN, RN, Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeiro de Reabilitação (email:acruz@esenfc.pt);

(3) PhD, MSN, RN, Profº Coordenador - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeiro de Reabilitação (email: pauloqueiros@esenfc.pt)

Introdução

As dores músculo esqueléticas (DME) ao nível da coluna vertebral entre enfermeiros são um fenómeno bem estudado, mas apesar das estratégias utilizadas na sua prevenção, continuam a ser um dos problemas ocupacionais mais frequentes⁽¹⁻⁵⁾, com prevalências nos “últimos 12 meses” bastante elevadas, registando-se valores de 66%-76%⁽⁶⁻⁷⁾, de 84%⁽²⁾, em particular, ao nível da região lombar (65%), cervical (55%), dorsal (37%), mas também nos ombros (34%) e punhos/mãos (30%), e de 71,9% (homens) e 83,3% (mulheres)⁽⁵⁾.

Embora a causa seja multidimensional, a manipulação de doentes (levantar e movimentação) está tradicionalmente associada a este tipo de problemas^(1,8), apesar de existir também algum consenso em relação a outros fatores de ordem individual, psicossocial e organizacional como, por exemplo, a idade, o sexo ou a história prévia de DME⁽⁹⁻¹¹⁾.

Apesar da evidência científica sobre este fenómeno, nem sempre é clara e consistente a efetividade das estratégias preventivas utilizadas para reduzir o risco de acidente e doença⁽¹²⁾. Alguns estudos sugerem que estes problemas podem iniciar-se durante a infância e adolescência, ao longo do processo de formação académica e antes do início da atividade profissional, revelando um padrão de ocorrência já semelhante ao do adulto em fase ativa, também com níveis de prevalência elevados⁽¹³⁾.

Os estudantes de enfermagem podem ser considerados neste ciclo de vida, e os escassos estudos apresentam elevados níveis de prevalência de dores a nível da coluna vertebral, alguns logo no início de Curso de Graduação em Enfermagem (CGE) e, outros, ao longo do mesmo, nomeadamente, durante e/ou após os períodos de ensino clínico. Apesar disso, continua a desconhecer-se a verdadeira dimensão do problema e os potenciais fatores que podem influenciar e contribuir para o seu desenvolvimento. Cerca de 40-60% dos estudantes de enfermagem referem DME, em algum momento durante a sua formação⁽¹⁴⁾. Outros estudos verificaram que esses problemas coincidem com os períodos de ensino clínico, onde determinadas práticas

clínicas são mais frequentes, tais como, o levantar e a movimentação de doentes, tendo-se verificado também uma relação significativa com algumas características pessoais, como os níveis de ansiedade, locus de controlo e neuroticismo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Por outro lado, a existência de problemas nesta fase de vida também pode ser preditora de problemas no futuro, na fase adulta e durante o desempenho profissional. Isto é, o conhecimento precoce destes problemas poderá contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção, mais efetivas e que contribuam para a diminuição concreta deste problema de saúde pública^(1,17).

As escassas evidências científicas referidas, a eventual dimensão de um problema de saúde pública que carece de maior esclarecimento, associado à preocupação com a saúde e formação dos estudantes de enfermagem e futuros enfermeiros, conduziram os autores à reflexão sobre esta problemática. O momento inicial das queixas dolorosas nos estudantes de enfermagem, os fatores que contribuem para o mesmo, e o tipo de estratégias preventivas a adotar para minimizar estes problemas, não são claros. Por isso, decidimos desenvolver um projeto de investigação alargado, que inclui este estudo inicial com os seguintes objetivos:

- Avaliar as prevalências de DME nos últimos 12 meses, ao nível da coluna vertebral, de estudantes de enfermagem;
- Identificar associações entre as prevalências de DME em estudantes de enfermagem e factores sociodemográficos, estilos de vida, ansiedade, depressão e stress.

Material e Métodos

Este é um estudo observacional e transversal, com amostragem aleatória simples, selecionada com apoio informático e constituída por 452 estudantes do CGE, numa Escola de Enfermagem. A colheita de dados foi realizada em Outubro de 2012, através de questionário auto preenchido estruturado em três partes: a 1ª parte inclui questões sobre aspetos sociodemográficos e estilos de vida; a 2ª parte inclui a versão adaptada (portuguesa) do Nordic Musculoskeletal

Questionnaire (NMQ)⁽¹⁸⁾; a 3ª parte incluiu a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)⁽¹⁹⁾. Teve-se em conta a validade conceptual e de conteúdo do questionário, para a qual tivemos a colaboração de especialistas na área sobre a clareza e compreensão das questões colocadas, a validade generalizada do NMQ, a consistência interna da EADS-21, e foi realizado um pré-teste com dez estudantes. Os questionários foram aplicados aos estudantes da amostra em estudo, no início do ano lectivo (Outubro de 2012), nas salas de aulas. Foi solicitada autorização prévia à direção da escola para a realização do estudo e aplicação do questionário. A participação dos estudantes foi voluntária, sob consentimento informado e assegurando-se a confidencialidade dos resultados.

Os dados foram analisados com o programa de software SPSS (versão 20.0) e, para além da análise descritiva, tendo em conta o tipo de variáveis (nominais), realizámos avaliação de associações de alguns fatores de risco recorrendo ao Odds Ratio, com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

Resultados

A taxa de resposta ao questionário foi de 68%. No 1º, 3º e 4º ano, praticamente todos os estudantes selecionados o preencheram, verificando-se uma taxa menor em relação aos estudantes do 2º ano, face a dificuldades encontradas na operacionalização do processo. As variáveis de caracterização da amostra e alguns fatores de risco são apresentados na tabela 1.

Constatou-se que a maioria dos estudantes apresenta um índice de massa corporal (IMC) “normal” (77,1%), são dextros (90,7%), não fumam (82,6%), e apenas 20,1% dos estudantes desenvolveu algum trabalho anteriormente. Quase a totalidade dos estudantes refere usar o computador (98,8%), 2,92 horas/dia em média, 81,7% vêem regularmente televisão (2,4 horas/dia em média); 32,4% dos estudantes deslocam-se a pé de casa para a escola.

Quanto a práticas de lazer, 58,7% dos estudantes da nossa amostra ($n=271$) referem envolver-se nessas, a maioria ocasionalmente (81,2%), sendo

a caminhada a mais praticada. Em relação à prática desportiva, realçamos que mais de metade dos estudantes (58,3%) refere praticar desporto, mas destes, a maioria pratica apenas ocasionalmente (69,3%), sendo essa percentagem maior nos 2º e 3º anos académicos. A modalidade desportiva mais referida é a ginástica e dança, seguida do atletismo/corrida e futebol.

Apenas 9,2% dos estudantes que referiram DME, tiveram necessidade de ficar em repouso ou faltar às aulas, 31% recorreram a tratamento para aliviar as dores, dos quais, 53% recorreram a automedicação, e as dores referidas não resultaram na generalidade (91,8%) de qualquer tipo de acidente.

No global, a maioria dos estudantes (74,1%) atribuem as DME a posturas menos corretas, principalmente em contexto de “sala de aula” (34,5%) e “uso de computador” (32%), mas é de salientar que entre os estudantes do 4º ano, a maioria atribui as DME ao “contexto clínico” (38,8%). A generalidade dos estudantes refere ter conhecimento de história familiar de doença ou dores frequentes na coluna vertebral (66,4%), sendo a “mãe” o familiar mais referido (66,3%). Referem também ter conhecimentos sobre os riscos de DME na coluna vertebral na atividade de enfermagem (86,4%), na globalidade, adquiridos durante a graduação (65,7%), observando-se um aumento desse conhecimento a partir do 2º ano académico. Referimos que os níveis de ansiedade, depressão e stresse, avaliados através da EADS-21, são considerados “normais”.

Em relação às prevalências de DME na coluna vertebral nos “últimos 12 meses” a nível global, a maior prevalência observou-se a nível da região cervical (56,8%), seguida da região lombar (47,9%), da região dorsal (34%). (tabela 2).

Por ano académico, podemos constatar que a maior prevalência de DME nos “últimos 12 meses” observa-se ao nível cervical (53,7%) seguida da região lombar (41,4%) entre os estudantes do 1º ano, a nível cervical (45,7%) seguida da região dorsal (35,6%) entre os estudantes do 2º ano, verificando-se uma prevalência maior a nível lombar (82,4%) e dorsal (76,4%) nos estudantes do 3º ano, e a nível lombar (68,9%) e cervical

Tabela 1: Síntese de caracterização da amostra em relação a variáveis sociodemográficas e fatores de risco. Coimbra, Portugal, 2012

Variáveis/Ano	1º Ano		2º Ano		3º Ano		4º Ano		Total	
Idade										
Média (em anos)	18,94		19,98		20,58		22,14		20,43	
Desvio Padrão	3,655		2,354		1,677		2,208		2,954	
Id.+baixa (anos)	17		18		19		21		17	
Id.+elevada(anos)	42		29		30		41		42	
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	117	77,6	37	77,4	104	86	103	76,9	361	79,8
Masculino	32	21,5	11	22,9	17	14	31	23,1	91	20,2
Total	149	33	48	10,6	121	26,8	134	29,6	452	100
IMC *	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Magreza	8	5,7	3	6,8	14	12,2	9	7	34	7,9
Normal	113	80,7	37	84,1	88	76,5	91	71,1	329	77,1
Pré-Obesidade	14	10	3	6,8	9	7,8	21	16,4	47	11,1
Obesidade Grau I	4	2,9	1	2,3	2	1,7	6	4,7	13	3,1
Obesidade Grau II	1	0,7	0	0	1	0,9	0	0	2	0,4
Obesid. Grau III	0	0	0	0	1	0,9	1	0,8	2	0,4
Fuma	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	113	88,3	43	89,6	94	78,3	105	78,4	355	82,6
Sim	15	11,7	5	10,4	26	21,7	29	21,9	75	17,4
Trabal anterior	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	119	87,5	41	85,4	101	80,8	102	75,6	363	79,9
Sim	27	19,8	7	14,6	24	19,2	33	24,4	91	20,1
Computador	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	1	99,3	0	100	4	3,2	0	0	5	1,2
Sim	146	0,7	47	0	119	96,8	135	100	447	98,8
Tv	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	12	91,8	9	20	8	6,5	19	14,1	49	18,3
Sim	135	8,2	36	80	113	93,5	115	85,9	399	81,7
Tipo transporte	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pê	56	36,2	20	43,4	28	21,7	47	34,8	151	32,4
Público	68	43,8	15	32,6	61	47,2	24	17,8	168	36,1
Próprio	31	20	11	24	40	31,1	64	47,4	146	31,3
Atividade de lazer	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	73	53,3	24	47,1	38	32,5	39	31,5	188	42,1
Sim	79	46,7	27	52,9	79	67,5	87	68,5	272	60,9
Prática desportiva	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	66	44,9	22	45,9	48	38,7	53	43,7	189	41,7
Sim	81	55,1	26	54,1	76	61,3	81	56,3	264	58,3
Absentismo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	109	90,8	32	94,1	82	84,5	108	87,1	261	89,1
Sim	11	9,2	2	5,9	15	25,5	16	22,9	32	10,9

Variáveis/Ano	1º Ano		2º Ano		3º Ano		4º Ano		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tratamento										
Não	98	79,7	27	72,9	63	63	109	79,5	217	68,5
Sim	25	20,3	10	27,1	37	37	28	20,5	100	31,5
Acidente										
Não	111	90,9	31	91,1	97	85,8	83	90,2	322	91,8
Sim	11	9,1	3	8,9	6	14,2	9	9,8	29	8,2
Postura incorreta										
Não	41	27,3	12	35,3	17	16,6	28	12,8	98	25,9
Sim	78	52	22	64,7	86	83,4	95	77,2	281	74,1
História familiar										
Não	62	43,4	15	44	34	21,8	37	15,1	103	33,6
Sim	81	56,6	29	66	86	78,2	96	84,9	349	66,4
Conhecim. risco										
Não	52	36,4	3	6,6	3	2,5	2	1,5	60	13,6
Sim	91	63,6	43	93,4	119	97,5	132	98,5	385	86,4

*Índice de Massa Corporal - Tabela de classificação: Magreza < 18.5; Peso Normal: 18.5 a 24.9; Pré-Obesidade: 25.0 a 29.9; Obesidade grau I: 30.0 a 34.9; Obesidade grau II: 35.0 a 39.9; Obesidade grau III > 40 (Plataforma Contra a obesidade, 2011).

Tabela 2: Prevalência de dor músculo esquelética na coluna vertebral e ombros, por ano curricular e região.

Região/Ano	1º Ano		2º Ano		3º Ano		4º Ano		Totais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cervical	79	53,7	21	45,7	72	70,4	90	68,7	262	56,8%
Ombros (ambos)	19	13,4	11	23,9	17	27,0	37	46,9	84	18,2%
Dorsal	39	27,7	16	35,6	42	76,4	60	45,8	157	34,0%
Lombar	60	41,4	14	30,4	56	82,4	91	68,9	221	47,9%

(68,7%), nos do 4º ano.

Entre as prevalências de DME na coluna vertebral e ombros e alguns fatores de risco encontraram-se associações estatisticamente significativas (tabela 3).

De facto, em relação ao grupo de estudantes do 1º ano, praticamente sem experiência na graduação (teórica ou clínica), a probabilidade destes estudantes terem DME a nível “cervical” é maior entre os que referem “uso regular do computador” (OR, 1,861; 95% CI, 1.6-2.1), adoptarem “posturas incorrectas” (OR, 7,619; 95% CI, 3.2-18,0) e terem “história de doença familiar” (OR, 2,472; 95% CI, 1.2-4.9). Ao nível dos ombros, a probabilidade de terem DME é maior nos estudantes que referem

“uso regular de computador” (OR, 1,382; 95% CI, 1.2-1.5). Ao nível dorsal, a probabilidade de terem DME é maior entre os estudantes que referem “uso regular de computador” (OR, 1,382; 95% CI, 1.2-4.7) e que associam as dores a “acidentes” (OR, 3,818; 95% CI, 1.5-9.6). Ao nível lombar, a probabilidade de apresentarem DME é maior entre os estudantes que referem “uso regular do computador” (OR, 1,726; 95% CI, 1.5-1,9) e realizaram “trabalho anteriormente” (OR, 2,721; 95% CI, 1.1-6.6).

Em relação ao grupo de estudantes do 2º ano, apenas com experiência em contexto teórico, a probabilidade de apresentarem DME ao nível cervical é maior entre os que realizaram

Tabela 3: Fatores de risco associados com dores músculo esqueléticas na coluna vertebral e ombros versus ano curricular.

Região	Variáveis	1º Ano		2º Ano		4º Ano		Todos estudantes	
		OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Cervical	Uso computador	1.861	1.6-2.1	-	-	-	-	-	-
	Trabalho anterior	-	-	9.600	1.0-87.7	-	-	2.393	1.4-4.0
	Postura incorreta	7.619	3.2-18.0	-	-	-	-	4.480	2.7-7.3
	História familiar	2.472	1.2-4.9	-	-	-	-	1.669	1.1-2.5
	Conhecim. riscos	-	-	2.211	1.5-3.0	-	-	-	-
Ombro	Uso computador	1.382	1.2-1.5	-	-	-	-	-	-
	Acidente	-	-	-	-	-	-	1.908	1.0-3.3
	História familiar	-	-	-	-	-	-	1.603	1.0-2.5
Dorsal	Uso computador	1.382	1.2-4.7	-	-	-	-	-	-

“trabalho anteriormente” (OR, 9,600; 95% CI, 1.0-87,7) e os que têm “conhecimentos do risco na enfermagem” (OR, 2,211; 95% CI, 1.5-3,0). A probabilidade também é maior nos estudantes que têm “conhecimentos do risco na enfermagem”, tanto ao nível dorsal (OR, 1,640; 95% CI, 1.2-2,0) como lombar (OR, 1,500; 95% CI, 1.2-1,8).

Relativamente ao grupo de estudantes do 3º ano, com experiência em contexto clínico num semestre (no 2º ano), a probabilidade destes estudantes terem DME ao nível da região lombar é maior entre os que vêem mais “televisão” (OR, 12,250; 95% CI, 1.4-103,1).

Em relação aos estudantes do 4º ano, com experiência em contexto clínico de três semestres (um no 2º ano, e dois no 3º ano) a probabilidade de apresentarem DME a nível lombar é maior entre os que atribuem o problema a “postura incorretas” (OR, 2,520; 95% CI, 1.0-6,2) e ter “conhecimentos do risco na enfermagem” (OR, 2,367; 95% CI, 1.0-5,2).

Em termos globais, analisando todos os estudantes da amostra do estudo, a probabilidade dos estudantes de enfermagem apresentarem dores cervicais é maior entre os que realizaram “trabalho anteriormente” (OR, 2,393; 95% CI, 1,4-4,0), referem “posturas incorretas” (OR, 4,480; 95% CI, 2,7-7,3) e “história de queixas na família” (OR, 1,669; 95% CI, 1,1-2,5). Ao nível dos ombros, a probabilidade é maior entre os estudantes que referem que as dores são “resultado de acidente” (OR, 1,908; 95% CI, 1,0-3,3) e têm

“história de queixas na família” (OR, 1,603; 95% CI, 1,0-2,4). Ao nível dorsal, a probabilidade é maior entre os estudantes que referem ter tido “trabalho anteriormente” (OR, 2,251; 95% CI, 1,3-3,7), ser “resultado de acidente” (OR, 2,873; 95% CI, 1,6-4,9) e apresentarem “história de queixas na família” (OR, 1,645; 95% CI, 1,0-2,5). Finalmente, ao nível lombar, a probabilidade é maior entre os estudantes que referem “trabalho anteriormente” (OR, 1,670; 95% CI, 1,0-2,7) e “posturas incorretas” (OR, 2,219; 95% CI, 1,3-3,6).

Discussão

Este estudo permitiu conhecer as prevalências de dores músculo esqueléticas nos “últimos doze meses”, ao nível da coluna vertebral e ombros, em estudantes de enfermagem e identificar algumas variáveis associadas a essas prevalências.

Em termos de variáveis demográficas, variáveis para avaliar o estilo de vida e estratégias adotadas perante as DME, apesar de se terem encontrado associações com as prevalências encontradas, os nossos resultados sugerem que os estudantes da nossa amostra têm estilos de vida razoavelmente saudáveis. No entanto, alguns hábitos de vida devem ser alvo de uma avaliação mais rigorosa, seguida de intervenções de promoção para a saúde, nomeadamente, sobre hábitos alimentares (encontrámos 34 estudantes com “magreza”, e 47 com “obesidade de grau I”), os problemas relacionados com o sedentarismo, a redução do

tempo de utilização do computador e televisão e aumento da prática de atividade física, pois a maioria dos estudantes passam - diariamente - bastantes horas no computador e a ver televisão, e cerca de metade não pratica qualquer atividade física, seja de lazer ou desportiva⁽⁹⁻¹¹⁾.

Embora não se tenham encontrado associações com algumas estratégias usadas para minimizar as dores, como recurso a tratamento, neste estudo, a opção mais referida foi a automedicação (53%). Alguns autores observaram que entre os estudantes do 3º ano a utilização de medicamentos para o alívio da dor foi mais frequente⁽²⁰⁾ e num estudo⁽²¹⁾ com estudantes universitários, a prevalência da automedicação foi de 44.2% e revelou-se independente do sexo, da idade e das habilitações académicas. Este estudo revelou ainda que os estudantes da área da saúde se automedicam com mais frequência e os estudantes que recorrem à automedicação o fazem por influência de familiares, amigos ou outra pessoa (53.4%) e/ou por prescrições anteriores do próprio (52.3%). Perante este comportamento de risco, os responsáveis institucionais devem desenvolver estratégias de educação para a saúde.

É de salientar que a maioria dos estudantes refere ter conhecimentos sobre os riscos ocupacionais da actividade de enfermagem, concretamente acerca de DME na actividade de enfermagem, na maior parte dos casos, adquiridas durante o CGE, o que contradiz as prevalências encontradas. De facto, as prevalências de DME na coluna vertebral nos “últimos 12 meses” são, globalmente, elevadas em todos os anos curriculares e em todas as regiões da coluna vertebral e ombros. A região com maior prevalência da DME é a “cervical” (56,8%) e, por ano curricular, a DME “cervical” é a mais frequente no 1º e 2º ano (53,7% e 45,7%, respetivamente), seguindo-se a DME dorsal e lombar no 3º ano (com 76,4% e 82,4%, respetivamente), e a DME nos “ombros”, no 4º ano (46,9%). Estes resultados são similares à de outros estudos com estudantes de enfermagem, ao referirem, respectivamente, prevalências entre 40-60%^(1,4), de 79%⁽²⁰⁾ e de 36,9%^(1,5). Estes resultados aproximam-se mesmo das prevalências descritas para profissionais de enfermagem, onde se encontram valores entre 66-

76%⁽⁶⁻⁷⁾ e 84%⁽²⁾, ocorrendo também diferenças regionais, ao nível da região lombar (65%), cervical (55%), dorsal (37%) e ombros (34%)⁽⁵⁾.

Verificamos que as prevalências encontradas nesta nossa observação são relativamente elevadas logo no início do curso, antes de qualquer experiência clínica. O mesmo aconteceu num outro estudo⁽²²⁾, onde é revelado que 38% dos candidatos à entrada numa escola de enfermagem relatavam ter já experimentado DME na coluna vertebral e, entre aqueles que foram selecionados, a prevalência foi de 31%. Estes resultados sugerem que estes problemas podem surgir mesmo antes de qualquer exposição ocupacional, eventualmente durante a infância e adolescência, como é referido em outro trabalho, quando a prevalência de DME na coluna vertebral aumentou de 23%, na faixa etária de 6 a 13 anos, para 33% entre 14 a 18 anos de idade⁽²³⁾. Aliás, alguns autores referem que a existência destas queixas nesta fase de vida pode ser também preditora de problemas no futuro, na fase adulta e durante o desempenho profissional^(1,13). Isto é, a identificação precoce destes quadros poderá contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção, mais efectivas, e contribuir para a diminuição concreta deste problema de saúde pública^(13,22-23).

Observámos também um aumento de prevalências de DME ao longo do CGE, principalmente no 3º ano, ao nível “dorsal” e “lombar”, que coincide com uma exposição mais intensa a fatores de características ocupacionais (contexto clínico). Lembramos que os estudantes do 1º ano não tiveram qualquer experiência em contexto clínico, enquanto os estudantes do 3º ano, quando os dados foram colhidos, tinham tido um semestre de ensino clínico. Estes resultados, estão de acordo com outro estudo, onde os autores verificaram que 26% do total da amostra (n = 110), tinha começado a desenvolver DME no início do seu CGE⁽²⁴⁾. Nesse estudo, 48% dos estudantes afirmaram que essas dores aconteceram no período de contexto clínico, devido à manipulação de doentes em posturas inadequadas. Outros autores também encontraram prevalências de dor lombar de 31%, no ano de ingresso ao CGE, e de 72% no último ano do CGE⁽¹⁾. Esse aumento foi associado

à maior carga física ocupacional dos estudantes do último ano em relação aos do primeiro ano.

Em relação aos fatores de risco demográficos, individuais e sociopsicológicos avaliados, relativamente a todos os estudantes da amostra (n=452) verificamos que o risco dos estudantes de enfermagem apresentarem “dores cervicais”, é maior entre os estudantes que realizaram “trabalho anteriormente”, referindo que os problemas resultaram de “posturas incorretas” e da existência de “história de doença familiar”. Já em relação a DME ao nível dos “ombros”, o risco é maior entre os estudantes que referem que as queixas resultaram de “acidente” e revelaram uma “história de doença familiar”. Ao nível “dorsal”, o risco é maior entre os estudantes que realizaram “trabalho anteriormente”, que referem que os problemas resultaram de “posturas incorretas” e que têm “história de doença familiar”. Finalmente, ao nível “lombar”, o risco é maior entre os estudantes que realizaram “trabalho anteriormente” e que referem ter estes problemas resultado de “posturas incorretas”.

Portanto, a realização de “trabalho anteriormente”, as “posturas incorretas” em sala de aula ou em contexto clínico, eventualmente, com experiência na manipulação de doentes, e a “história de doença familiar”, parecem ser os fatores que mais contribuíram para as prevalências encontradas no nosso estudo. Noutros estudos, foram encontradas algumas associações com situações vivenciadas em contexto clínico, nomeadamente, a manipulação inadequada de doentes^(15, 24).

As variáveis psicológicas parecem não ter influenciado os nossos resultados. No entanto, existem estudos que referem DME associados a fatores de ordem psicossocial, nomeadamente, de stresse, ansiedade e níveis baixos de humor⁽²⁵⁾.

Os resultados referidos, as associações observadas com alguns factores de risco e algumas contradições encontradas, sugerem que, apesar do conhecimento estudantil sobre os riscos ergonómicos a que estão sujeitos ao longo do CGE, o processo de ensino-aprendizagem nesta área não está a ter a efectividade pretendida.

Em termos de limitações, o tamanho da amostra,

no caso dos estudantes do 2º ano, ficou aquém do planeado. Por outro lado, o instrumento de colheita de dados apresenta fragilidade em relação a questões de natureza sociodemográfica e estilos de vida, que nem sempre foram respondidas, o que pode induzir enviesamentos nos resultados finais. Os fatores de risco estudados são pertinentes no contexto deste estudo, mas outros factores que podiam também influenciar as prevalências encontradas, ficaram por estudar; estamos a referir-nos, por exemplo, aos locais de ensino clínico (em que podem variar os níveis de atividade e as intensidade da carga de trabalho) e à existência, ou não, de equipamentos de apoio à manipulação e movimentação de doentes e a outras variáveis individuais (ex: locus controlo, neuroticismo, etc...) que podem interferir com os resultados. Ao confrontarmos os nossos resultados com os de outros estudos, praticamente todos realizados noutros países, com culturas e estilos de vida diferentes, com estudantes com características diferentes, e com planos curriculares diferentes, temos que ter algumas cautelas nas conclusões.

Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, pois determinámos as prevalências de DME ao nível da coluna vertebral e ombros em estudantes de enfermagem e identificámos alguns fatores de risco associados. As prevalências são elevadas na globalidade, similares à de outros estudos internacionais. As regiões onde se observam prevalências mais elevadas, embora sem diferenças estatisticamente significativas, são a “cervical” (estudantes do 1º, 2º e 3º ano) e a “lombar” (estudantes do 4º ano), sugerindo que a exposição ocupacional pode interferir nas diferenças encontradas. A variância encontrada em termos de ano curricular e região afetada pode indiciar que há fatores de risco diferentes consoante o contexto, teórico ou clínico, em que se encontram os estudantes, e que se deverá clarificar.

As elevadas prevalências de DME encontradas nos estudantes do 1º ano, sugerem que o fenómeno em estudo deve ser alargado a outros grupos etários (crianças e adolescentes), pois a existência de queixas nessas fases pode ser preditivo de problemas quer na fase adulta quer relacionados

com a atividade profissional, sugerindo a existência de fatores de risco que devem ser esclarecidos.

As prevalências encontradas face aos conhecimentos que os estudantes referem ter sobre este tipo de situações aconselham uma reavaliação dos conteúdos curriculares e, se for o caso, devem ser desenvolvidos e operacionalizados novos programas que permitam uma melhor efetividade da aprendizagem em termos ergonómicos.

Sobre esta problemática, propomos novos estudos, nomeadamente, de características prospetivas, em que se possam acompanhar os estudantes e avaliar diferentes fatores de risco ao longo do tempo, eventualmente, estudos randomizados, com grupos de estudo diferentes (experimental e de controlo) e que possam ser sujeitos a intervenções específicas (p.ex. programas ergonómicos diferenciados). A realização de estudos de cariz laboratorial pode também ser uma hipótese a considerar, nomeadamente em relação à avaliação de alguns factores físicos (p.ex. análise electromiográfica de músculos do tronco) durante a realização de determinados procedimentos de enfermagem e avaliação de outros factores psicológicos individuais (p.ex. neuroticismo, locus controlo).

A determinação rigorosa da dimensão do problema, a identificação correta dos potenciais fatores de risco, a clarificação e desenvolvimento de melhores estratégias de prevenção ergonómica, são alguns aspetos a ter em conta na tentativa de minimizar um problema de saúde pública, que aparentemente tem vindo a aumentar, com repercussões na saúde individual, na qualidade de vida dos estudantes e futuros profissionais, mas também com reflexos elevados na qualidade dos cuidados prestados aos doentes e, de forma diferenciada e mais abrangente, aos níveis económico, familiar e social.

Agradecimentos

Agradecemos à Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra a autorização para a realização deste estudo e a todos os estudantes de enfermagem que participaram no mesmo.

Referências Bibliográficas

- 1 - Videman T, Ojarvi A, Riihimaki H, Troup J. Low back pain among nurses. A follow up beginning at entry to the nursing school. *Spine*. 2005; 30(20): 2334–2341;
- 2 - Fonseca MRFT. Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia músculo-esquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal; 2005;
- 3 - Consejo Internacional de Enfermeras (2007). Entornos de práctica favorables Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. Conjunto de instrumentos para información y actuación, elaborado por Andrea Baumann para el CIE. Ginebra, Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras. [acesso em: 13 fev 2014]. Disponível em: <http://www.icn.ch/indkit2007.pdf>;
- 4 - Barroso M, Carneiro P, Braga AC. [CD-ROM]. Characterization of Ergonomic Issues and Musculoskeletal complaints in a Portuguese District Hospital. Proceedings International Symposium “Risks for Health Care Workers: prevention challenges”, ISSA, Atenas, Junho 2007. 13 p;
- 5 - Martins J. Percepção do risco de desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas em actividades de enfermagem [Dissertação de Mestrado]. Porto: FEUP; 2008;
- 6 - Smedley J, Inskip H, Buckle P, Cooper C, Coggon D. Epidemiological differences between back pain of sudden and gradual onset. *J. Rheumatol*. 2005; 32(3): 528–532;
- 7 - Maul I, Laubli T, Klipstein A, Krueger H. Course of lowback pain among nurses: a longitudinal study across 8 years. *Occup. Environ. Med*. 2003; 60(7): 497–503;
- 8 - Uva AS, Carnide F, Serranheira F, Lopes MF, Miranda F. Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção. ed. 1. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2008;
- 9 - Hestbaek L, Leboeuf-yde C, Kyvik K. Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young

- population. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2006; 7: 29. doi:10.1186/1471-2474-7-29;
- 10 – Silva C, Ferraz G, Souza L, Cruz L, Stival M, Pereira L. Prevalência de dor crônica em estudantes universitários de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3): 319-25;
- 11 - Cruz A, Nunes H. Prevalência e fatores de risco de dores nas costas em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Referência.* 2012; 3(6): 131-146;
- 12 - Dawson AP, McLennan S, Schiller S, Jull G, Hodges P, Stewart S. Interventions to prevent back pain and back injury in nurses: a systematic review. *Occup. Environ. Med.* 2007; 64(10): 642–650;
- 13 - Jones GT, Macfarlane GJ. - Epidemiology of low back pain in children and adolescents. *Arch Dis Child.* 2005; 90(3):312–316;
- 14 - Klaber-Moffett J., Hughes G, Griffiths P. A longitudinal study of low back pain in student nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* 1993; 30(3): 197–212;
- 15 - Smith DR, Satob M, Miyajimab T, Mizutania T; Yamagata Z. Musculoskeletal disorders self-reported by female nursing students in central Japan: a complete cross-sectional survey. *Internat J. of Nursing Studies.* 2003; 40(7):725–729;
- 16 - Barnes A. Reducing the incidence of back pain: student nurses' recommendation. *Brithish Journal of Nursing.* 2009; 18(2): 34-38;
- 17 - Hanvold T, Veiersted KB, Waersted M. A prospective study of neck, shoulder, and upper back pain among technical school students entering working life. *J Adolesc Health.* 2010; 46 (5): 488-94;
- 18 - Kuorinka I, Jonsson B; Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, Jørgensen K. Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon.* 1987; 18(3):233-237;
- 19 - Pais-Ribeiro J, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2004; 5(2): 229-239;
- 20 - Mitchell T, O'Sullivan PB; Burnett AF, Straker L, Rudd CJ. Low back pain characteristics from undergraduate student to working nurse in Australia: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies.* 2008; 45(11): 1636–1644;
- 21 – Morais M, Sardinha A, Murici A, Vasconcelos G, Costa J, Santos L. O uso de medicamentos sem prescrição médica entre os estudantes da área de saúde. In *Cuidado de Enfermagem, Ética e Inovação. 72ª Semana Brasileira de Enfermagem, ABEn, 19 e 20 Maio 2011, Florianópolis*, p. 90-91. [Acesso 12 agosto 2014]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/secaoma/arquivos/ANAIS_SBen_2011.pdf;
- 22 - Cedercreutz G, Videman T, Tola S, Asp S. - Individual risk factors of the back among applicants to a nursing school. *Ergonomics.* 1987; 30(2):269–72;
- 23 - Mierau D, Cassidy JD, Yong-Hing K. Low-back pain and straight leg raising in children and adolescents. *Spine.* 1989; 14(5): 526–528;
- 24 - Kneafsey R, Haigh C. Learning safe patient handling skills: student nurse experiences of university- and practice-based education. *Nurse Education Today.* 2007; 27(8): 832-839;
- 25 - Cheung K. The incidence of low back problems among nursing students in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing.* 2010; 19(15-16): 2355–2362;

CENTROS DE RESPONSABILIDADE - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: DO CONCEITO À REALIDADE



Joana Raquel Capinha Alexandrino Freire⁽¹⁾

Resumo

Os Centros de Responsabilidade (CR's) constituem um nível intermédio de gestão, funcionando como um micro hospital dentro do macro hospital. Na reconfiguração dos serviços em CR's, toda a organização será desafiada a uma mudança de cultura. Com o objetivo de identificar os fatores que contribuem e que possam limitar a implementação efetiva dos CR's e, o de elaborar um modelo de referência que agrupe um conjunto de orientações para a criação e implementação de um CR, realizou-se uma revisão sistemática da literatura. Tendo em conta critérios estabelecidos e avaliação crítica dos resultados, pesquisou-se em bases de dados eletrónicas, artigos publicados entre 1997-2012 e selecionaram-se 6. Os CR's representam um modelo de gestão efetivo, quando são implementados através de um plano estratégico, com uma equipa responsável pela mudança, o tipo de comunicação e a participação dos profissionais. Em todos os estudos descrevem-se algumas orientações comuns, o que conduziu à elaboração de um modelo de referência que agrupa um conjunto de indicações para a formação de futuros CR's.

Palavras-chave: Centros de Responsabilidade; hospital; profissionais de saúde; mudança organizacional.

Abstract

RESPONSIBILITY CENTERS – SISTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE: FROM THE CONCEPT TO THE REALITY

The Responsibility Centers (RC's) constitutes an intermediate level of management, working as a micro hospital within a macro one. With the reconfiguration of services in RC's, the entire institutional organization will be challenged to a culture change. In order to identify the factors that contribute and that may limit the effective implementation of RC's and to elaborate a reference model that brings together a set of guidelines for the creation and implementation of a RC, was held a systematic review of literature. Taking into account established criteria and critical evaluation of the results, was searched in electronic databases articles between 1997-2012 and selected 6. RC's are an effective management model, when implemented through a structural process with a team responsible for the change, the type of communication and the participation of professionals. In all studies are described some common orientations, which led to the development of a reference model that brings together some guidelines for the formation of future RC.

Key Words: Responsibility Centers; hospital; health professionals; organizational change.

Resumen

CENTROS DE RESPONSABILIDAD – REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA: DEL CONCEPTO A LA REALIDADE

Os Centros de Responsabilidad (CR) constituyen un nivel intermedio de gestión, funcionando como un micro hospital dentro del macro hospital. En la reconfiguración de los servicios en CR, toda la organización será desafiada a una mudanza de cultura. Teniendo como objetivo identificar los factores que contribuyen y que pueden limitar la aplicación efectiva de los CR's y, el de elaborar un modelo de referencia que agrupe un conjunto de orientaciones para la creación y aplicación de un CR, se realizó una revisión sistemática de la literatura. Teniendo en cuenta los criterios establecidos y la evaluación crítica de los resultados, se buscó en bases de datos electrónicas, artículos publicados entre 1997-2012 y se seleccionaron 6. Los CR representan un modelo de gestión efectivo, cuando son implementados a través de según un proceso estructural, con un equipo responsable del cambio, el tipo de comunicación y la participación de los profesionales. En todos los estudios se describen algunas directrices comunes, lo que llevó al desarrollo de un modelo de referencia que comprende un conjunto de instrucciones para la formación de los futuros CR.

Palabras clave: Centros de Responsabilidad; hospital; profesionales de salud; cambio organizacional.

Recebido em Dezembro 2015. Aceite em Janeiro 2016.

⁽¹⁾ Enfermeira Graduada; Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa; Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca E.P.E.

FUNDAMENTAÇÃO

Desde o princípio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que a saúde tem sido extremamente influenciada por diversos fatores. Para adaptar-se a estas constantes mudanças, tem sido alvo de várias reformas com o objetivo de atualizar-se e ajustar-se às necessidades reais da população de forma a tornar-se mais eficiente.

Na revisão da literatura verifica-se que os hospitais são estruturas essencialmente burocráticas, complexas, caracterizados por uma macro-gestão, daí que seja necessária uma gestão partilhada e envolvida entre os órgãos de gestão do Conselho de Administração (CA) e dos profissionais. Barros e Gomes (2002) referem que todos os intervenientes devem participar e responsabilizar-se por assegurar uma gestão eficiente assente na gestão dos recursos e na qualidade dos mesmos, adequada às necessidades de cada utente.

À luz de experiências praticadas noutros sectores económicos de vários países, surgem os CR's, introduzindo-se no meio hospitalar o conceito de uma gestão autónoma e descentralizada equiparada a uma micro-gestão de nível intermédio com modelos e técnicas do tipo empresariais, representando-se como uma unidade de contratualização interna e externa. Outros aspetos que caracterizam as melhorias introduzidas pelos CR's são políticas de gestão centradas no cliente, orientadas para a sua satisfação face às suas necessidades; promoção de iniciativas que visam a valorização/ qualificação profissional; responsabilização dos resultados; avaliação do desempenho e melhoria de eficiência profissional (DL nº 374/99).

Perante a estrutura tradicional dos hospitais que geralmente consiste na divisão por serviços, torna-se complicada a sua articulação, visto que a organização pura em serviços constitui uma visão centralizada e caracterizada por uma especialidade médica. Os CR's pretendem agregar serviços de ação médica com características semelhantes porque, significativamente, é ao nível dos serviços que ocorrem os maiores fatores de despesa, de ganho e de produtividade. Em relação aos critérios de agregação dos CR's, Moutinho (1999) descreve

que cada hospital pode decidir quais os melhores critérios que se adequam para constituir um CR, sendo permitidos vários modelos de organização desde que esteja previsto em regulamento interno (DL nº 374/99), contextualizando-se na estrutura funcional e assistencial do respetivo hospital. Antunes (2001) que também defende a criação de CR's, acrescenta que este modelo de gestão apenas deve ser criado em determinados serviços que reúnam as condições necessárias de forma a garantir o seu sucesso.

Relativamente ao percurso histórico do enquadramento jurídico-formal, verifica-se que a primeira declaração sobre os CR's surgiu na Lei de Gestão Hospitalar: “os centros de responsabilidade são estruturas funcionais deste novo modelo de gestão. que devem agrupar, como regra, vários centros de custos com actividades homogéneas ou afins e podem constituir níveis intermédios de administração” (DL nº 19/88). Em 1998 surge a designação de CR como uma unidade de serviços semelhantes, de gestão intermédia mas dotados de autonomia (DL nº 151/98). Ou seja, neste intervalo de dez anos nada se produziu para desenvolver os CR's. No mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) organiza uma Equipa de Projeto (Despacho 12781/98 do MS) com o objetivo de planejar, monitorizar e avaliar a criação dos CR. O papel desta equipa foi importante na realização do DL nº 374/99, que basicamente regula os Centros de Responsabilidade Integrado (CRI's), como “estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e ou unidades funcionais homogéneos e ou afins” e podem em alguns casos “coincidir com os departamentos, podendo excepcionalmente coincidir com os serviços quando a sua dimensão o justificar”. Moutinho (1999, p.27) explica que se tornam integrados “porque se pretende integrar numa única entidade as vertentes técnicas (clínica) e de gestão”.

Estipulou-se que no prazo de três anos todos os serviços do país deviam estar constituídos em CRI's DL nº 374/99, o que tal não sucedeu. Neste contexto apenas se conseguiu implementar um número limitado de CR's como uma alternativa à gestão tradicional. Esta forma de organização não foi estimulada, mantendo-se uma visão técnica

dos serviços apenas agrupáveis em departamentos, descurando-se a visão global de novos modelos de gestão. Antunes (2001) argumenta que tal facto se sucedeu devido à falta de iniciativa, mais associada aos efeitos consequentes como o acréscimo de responsabilidades e que o Estado promulgou a legislação mas não se interessou sobre as dificuldades e a avaliação do processo. O CRI-Cirurgia Cardiorrástica dos Hospitais da Universidade de Coimbra foi um caso pioneiro e de sucesso na criação de um CRI. Desde 1999 que detém o estatuto de CR, aliás constituíram-se como CR 9 meses antes do DL nº 374/99 através de um despacho da ex Ministra da Saúde Maria de Belém Roseira (Antunes, 2001).

A reestruturação dos serviços em CR's implicará mudanças profundas na cultura organizacional e no quotidiano da vida dos profissionais e para que a transição seja efetiva, é comum no conhecimento científico, que é essencial um planeamento. Na fase de preparação da mudança Pina e Rego (2002) referem que é importante especificar os objetivos da mudança e explicar os motivos desta para que os profissionais participem nela e para que os gestores estejam a par das razões pelas quais as pessoas resistem às mudanças, familiarizando-se com estratégias que possam ser usadas para reduzi-las. Para tal, não basta apenas a sua notoriedade mas que também tenham a formação e as competências necessárias para a prossecução da mudança. De forma a se implementar uma mudança esta deve ser efetuada no seio de uma equipa multidisciplinar, em que cada grupo profissional contribua com os seus conhecimentos e visão para o sucesso de uma mudança dentro da estratégia da organização (Curtis e White, 2002).

Em relação à implementação de um CR as reações que empiricamente têm sido observadas apontam para uma descrença neste projeto, o que se justifica, segundo Barros e Gomes (2002) pelas tentativas falhadas que se devem à falta de motivação. Antunes (2001) como diretor de um CR também observou a resistência de toda a estrutura hierárquica nomeadamente gestores e elementos da equipa multidisciplinar, referindo que a própria criação dos CR's não foi estimulada e facilitada como também a transição dos serviços hospitalares

em CR's de forma abrupta é algo utópico, sendo necessário que todos os profissionais acreditem e participem na implementação deste projeto.

MÉTODO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

Iniciou-se a pesquisa de artigos via internet em plataformas eletrónicas de bases de dados desde 1997 até 2012. Na plataforma EBSCO foram pesquisados estudos publicados nas seguintes bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina, PsycARTICLES, Academic Search Complete, através da Palavra-Chave (PC): "Responsibility Centers". Na plataforma B-ON através da interseção das PC "Responsibility Centers" e hospital e após todo o processo de inclusão de estudos obtiveram-se os mesmos dois artigos da pesquisa efetuada na EBSCO. Realizou-se uma pesquisa no Google Académico através das PC anteriormente definidas e verificou-se também que alguns dos estudos relacionados com este tema estavam escritos em espanhol, sendo de origem Chilena. Assim, a partir da plataforma Scielo Chile e através do cruzamento das PC "Centros de Responsabilidad" e hospital obtiveram-se outros artigos. No total encontraram-se 40 estudos e para a inclusão de estudos relevantes teve-se em conta os seguintes critérios de inclusão: estudos de investigação com abordagem qualitativa ou quantitativa; estudos que abordem hospitais com CR; estudos que se incidam sobre o modelo de gestão dos CR; estudos realizados a qualquer profissional de saúde que trabalhe num CR; estudos que comparem as várias dimensões de contextualização dos CR; artigos com texto completo disponível; estudos em língua portuguesa, espanhola e inglesa. Como critérios de exclusão estabeleceram-se os estudos realizados fora da área hospitalar; os realizados em serviços que não se gerem como CR e os que apenas focassem o sistema financeiro dos CR.

A inclusão dos estudos significativos realizou-se através da leitura do título e do resumo seleccionando-se 14 estudos. Após a leitura integral dos mesmos e respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão, a amostra final constituiu-se por 6 artigos. Estes garantiram uma qualidade metodológica nomeadamente, através da

aplicação dos instrumentos de revisão sistemática disponibilizados pelo Joanna Briggs Institute para verificação dos critérios metodológicos e para a extracção de dados que descrevem as características do estudo, facilitando a sua análise. Em todos os estudos, os resultados referem-se a dados qualitativos pelo que, a meta-síntese pareceu o mais indicado pois sobressaem alguns resultados comuns. Para atestar esta qualidade metodológica, durante todo o processo de análise da amostra final foi incluindo outro investigador.

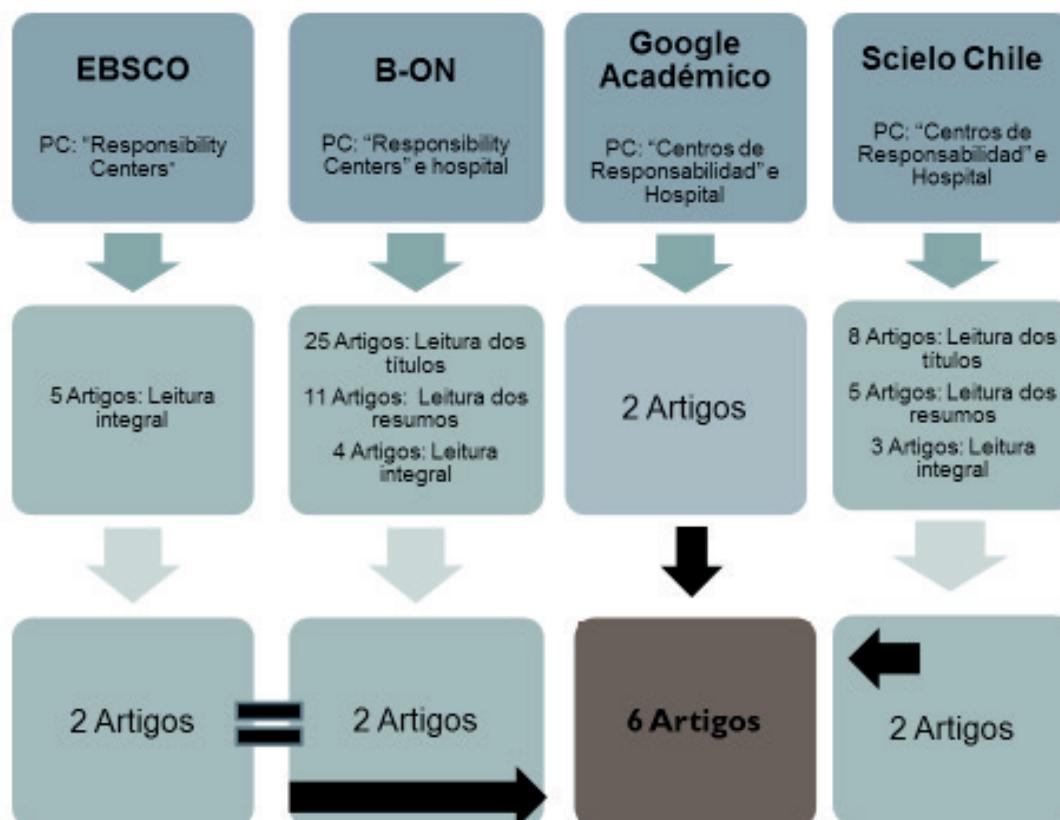
RESULTADOS

No quadro 1 é apresentado o processo de seleção dos estudos até chegar à amostra final. Posteriormente são identificados esses estudos e as suas principais características (quadro 2).

Após a análise transversal dos estudos seleccionados, sobressaem alguns aspetos que constituem as linhas orientadoras para o sucesso

de uma mudança organizacional e neste caso específico para uma implementação efetiva dos CR's. Para uma melhor organização e compreensão desta temática definimos as seguintes linhas orientadoras: Análise da situação atual e identificação dos problemas; Avaliação da opinião e participação dos profissionais; Realização de um plano estratégico; Criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's; Análise das possíveis limitações na implementação dos CR's; Identificação dos aspetos positivos após a implementação dos CR's.

QUADRO 1 – Processo de seleção de estudos



QUADRO 2 – Síntese dos estudos encontrados

Autores (Ano) País	Desenho/ Objetivos	Participantes/ Método	Resultados
Barrios, Vidal, e Leitchle (1997) Chile	Estudo qualitativo Descrever a reforma através de uma mudança organizacional ao nível da gestão, nomeadamente a integração de uma gestão inovadora num hospital público chileno	Todos os Profissionais do Hospital (N=1015) Estudo de clima organizacional	Pré-CR's: Gestão ineficiente, estrutura burocrática falta de comunicação, absentismo, baixa motivação, insatisfação dos doentes; inexistência de incentivos; Escassez de comunicação interna; Perceção negativa sobre o hospital. Criação de um plano estratégico institucional em áreas prioritárias. Pós-CR's: Diretores dos Cr's sem conhecimentos de gestão, Criação de departamentos de Enfermagem e de uma unidade de RH responsável pela orientação das chefias; Aumento da produção; Gestão mais eficiente; Realização de uma jornada científica para divulgação do estudo do clima organizacional.
Calderaro e Franquis (2002) Cuba	Revisão crítica Analisar as conquistas e perspectivas do desenho e implementação de um sistema de custos hospitalares por áreas de responsabilidade	Todos os CR's do Hospital	Pós-CR's: Criação de protocolos de diagnóstico-terapêutico; Melhoria da qualidade; Aumento da satisfação dos doentes; Poupança económica.
Chu, Liu, Romeis e Yaung (2003) China	Estudo qualitativo Analisar se um Programa de Incentivos Médico, baseado no sistema de CR's, melhorou a eficiência departamental num hospital público em Taiwan	58 departamentos Entrevista a 400 profissionais	Pré-CR's: Inexistência de sistema de incentivos; Pós-CR's: Criação de uma equipa de trabalho para estruturar os hospitais em CR's; Gestão mais eficiente após introdução de sistema de incentivos aos médicos;

Chavarría (2008) Chile	Estudo de caso Analisar a gestão do hospital Santiago Oriente, que permita identificar pontos fortes e fracos do novo modelo de gestão	24 Entrevistas Entrevistas à direção, técnicos e clientes	Pré-CR's: Falta de autonomia; hospitais centralizados e burocráticos; baixa eficiência e qualidade na gestão dos recursos; falta de comunicação e coordenação; não avaliam as necessidades dos funcionários; sistemas informáticos desatualizados; baixa motivação pessoal; inexistência de incentivos, formação, inovação e criatividade; indicadores de desempenho mal definidos Pós-CR's: Percepção positiva sobre o hospital; diminuição das reclamações; RH eficientes; bom clima organizacional; responsabilização; Implementação fácil; gestão eficiente; aumento da satisfação
Bastías e Peralta (2009) Chile	Estudo qualitativo Propor um modelo de gestão Clínica-Administrativa ao Hospital de Lota, baseado na estratégia dos CR's.	9 CR's Discussão apenas com elementos de cargos de gestão	Pré-CR'S: Desresponsabilização; falta de mecanismos de controlo, informação e coordenação; baixa qualidade; défice na cultura e clima organizacional; prejuízo financeiro; realização de modelo de Gestão Clínico-Administrativo. Pós-CR's: Resistência à mudança; falta de informação dos profissionais; insuficientes RH; Falta de formação e experiência dos gestores dos CR's; Implementação fácil e de baixos custos.
Méndez, Miranda, Torres, Márquez e Matthews (2012) Chile	Estudo de caso Estudar as percepções dos profissionais de saúde em relação à implementação da política de Estabelecimentos de Autogestão em Rede num hospital do Chile	19 Profissionais Entrevistas	Pós-CR's: Falta de capacidade, formação e competências dos responsáveis dos CR's; Reestruturação dos CR's apenas na denominação; Falta de informação e coordenação entre os elementos; Mudança constante de diretores.

DISCUSSÃO

A análise da situação atual e identificação dos problemas deve constituir a primeira etapa em qualquer processo de mudança organizacional e como tal, na implementação de um CR. Nos estudos investigados verifica-se que aqueles que se focaram nesta tarefa correspondem a instituições Chilenas, que descrevem a gestão na fase pré-reforma do sistema de saúde como ineficiente, reflexo de vários problemas comuns. Iniciou-se então a reforma hospitalar, através da introdução de uma gestão inovadora que reestruturava os serviços em CR's.

À exceção de um estudo, todos de forma direta ou indireta procuraram saber a opinião dos profissionais. Através deste conhecimento é possível planejar a melhor forma de se implementar uma mudança, pois permite a comunicação entre os vários órgãos e o envolvimento dos profissionais na mudança segundo a missão e os objetivos da organização. Esta opinião é partilhada por Curtis e White (2002) que consideram a participação de todos os elementos uma estratégia relevante.

Relativamente ao planeamento estratégico, verifica-se que dentro do contexto da mudança organizacional, representa uma mudança do tipo planeada. Segundo Pina e Rego (2002) esta mudança obedece a um certo protocolo que é o que se pretende para a criação de um CR. No estudo da arte é consensual que a mudança ao nível das organizações necessita de ser bem planeada e articulada pelos profissionais e, de facto, essa preocupação existiu nos estudos de Barrios et al. (1997), Calderaro e Franquis (2002) e de Bastías e Peralta (2009) o que se traduziu nos resultados obtidos, o que para Monteiro (1999) se deve à presença de um projeto organizado e de uma gestão eficiente que contribuiu para que o hospital esteja preparado para ultrapassar os impasses que possam surgir. Porém, na ausência deste tipo de planeamento, o funcionamento e a eficiência do CR poderá estar em causa. No estudo de Chu et al. (2003), na mesma instituição existiam 58 CR's e mesmo sem se conhecer os critérios de reestruturação deste hospital, numa primeira análise parece ser um número bastante elevado de CR's o que sugere que não terá ocorrido uma

reestruturação dos serviços em CR's mas sim apenas na transformação direta de cada serviço em CR. Em relação a esta situação, Antunes (2001) avisa que este modelo só deve ser implementado em serviços que possam garantir o sucesso deste modelo de gestão.

Sobre a criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's verificamos que esta não é uma opção muito praticada mas que fez toda a diferença nos estudos de Barrios et al. (1997) e Chu et al. (2003) conduzindo-se a uma mudança efetiva.

Quanto à análise das possíveis limitações na implementação dos CR's esta deve ser uma etapa a cumprir e que de facto, foi efetuada na maioria dos estudos, destacando-se os aspetos negativos apontados pelos profissionais (Barrios et al., 1997; Chavarría, 2008; Bastías e Peralta, 2009).

Através do estudo desta problemática e dos estudos que constituem a amostra desta investigação obtém-se um conjunto de recomendações para contornar estes problemas nomeadamente, a comunicação e a relação entre os profissionais, o envolvimento e a participação de uma equipa, a avaliação periódica do clima organizacional. Também o OPSS (2010) destaca a preocupação no planeamento da mudança e na monitorização desta, de forma a verificar se de facto houve alterações ao estado anterior do desejado.

Contudo, apesar da existência de planeamento no estudo de Bastías e Peralta (2009) ainda se manifestaram reações de resistência, por parte dos níveis hierárquicos mais baixos visto que alguns nunca tinham ouvido falar em CR's. Esta reação também é expectável visto que a resistência à mudança é algo inevitável e presente na gestão da mudança mas o que se pretende é controlar e contornar os danos desta. De acordo com Curtis e White (2002) o nível de resistência está associado ao tipo de mudança e através de uma mudança programada é possível diminuir os efeitos da resistência.

A falta de capacidade e de competências por parte dos responsáveis, também foi uma problemática (Bastías e Peralta, 2009; Méndez et al., 2012). Ou seja, os responsáveis pelos

CR's como não são selecionados por critérios de formação, competência e experiência têm uma grande dificuldade em introduzirem as normas estabelecidas, de se comprometerem e de envolverem a restante equipa a participar na mudança. Antunes (2001) refere que esta situação é prática comum e é o motivo ao qual associa a ineficiência do SNS e da falta de continuidade na criação de CR's, pelo que os diretores dos CR's devem ser selecionados segundo critérios de competência, capacidade de gestão e de liderança. Barros (2004) também descreve que a nomeação do diretor do CR é de extrema importância concluindo até que o sucesso do CR pode estar relacionado com a capacidade de quem o dirige e não devido ao seu próprio modelo de gestão. Por último, outra limitação mencionada e que vai ao encontro da realidade do nosso país mas contra o que é o consignado aos CR's, é descrito que a aplicação deste modelo passou apenas pela alteração da designação pois a estrutura, a organização e a gestão manteve-se a mesma sem sofrer qualquer tipo de reestruturação (Méndez et al., 2012).

Em relação à identificação dos aspetos positivos após a implementação dos CR's, verifica-se pelos resultados que estes fatores são os que mais contribuem para o sucesso de uma mudança organizacional e como tal para uma implementação efetiva dos CR's. Dos estudos analisados, aqueles que referem os aspetos positivos que advieram dos CR's mencionam em comum um efeito alcançado nomeadamente uma gestão eficiente (Barrios et al., 1997; Calderaro e Franquis, 2002; Chu et al., 2003; Chavarría, 2008)

Porém, estes resultados só foram alcançados quando paralelamente à criação dos CR's cumpriram-se alguns requisitos:

- Análise e divulgação dos resultados. No estudo de Barrios et al. (1997) os resultados motivaram a realização de uma Jornada Científica, o que permitiu comprovar se foram sentidos os efeitos da mudança, tal como é recomendado pelo OPSS (2010).

- Reestruturação dos serviços em CR's por sistema de custos. Na opinião de Antunes (2001)

através dos centros de custo existe um maior controlo, conhecimento e avaliação dos custos de todas as atividades o que contribui para uma gestão eficiente. No estudo de Calderaro e Franquis (2002) é evidenciado que a análise dos custos contou com a participação da equipa multidisciplinar o que contribuiu para a mudança. Neste processo se é necessário conhecer o custo de todas as atividades então é imprescindível a participação de todos os profissionais (Barros e Gomes, 2002).

- Aplicação de sistema de incentivos. A atribuição de incentivos é fundamental para uma mudança efetiva (Pina e Rego., 2002), o que se verificou no estudo de Chu et al. (2003).

Através da análise dos resultados, é possível respondermos de forma sistemática aos objetivos propostos da presente investigação nomeadamente:

Quadro 3 – Fatores que contribuem e possíveis limitações na implementação efetiva dos CR's

Fatores que contribuem para a implementação efetiva dos CR's	Possíveis limitações na implementação efetiva dos CR's
<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da realidade atual; - Planejamento estratégico da mudança; - Criação de uma equipa responsável pela implementação dos CR's; - Nomeação dos cargos de gestão/direção dos CR's segundo critérios de capacidade de gestão e liderança; - Bom clima organizacional; - Conhecimento dos objetivos e da missão do CR; - Envolvimento e participação de todos os profissionais; - Comunicação efetiva entre todos os profissionais; - Responsabilização; - Formação/ incentivos; - Monitorização, controlo e avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturas centralizadas e burocráticas; - Gestão ineficiente (da qualidade, dos recursos, etc.); - Baixa cultura e clima organizacional; - Falta de visão e compromisso na missão do hospital; - Falta de competências de gestão dos diretores dos CR's; - Perceção negativa sobre a direção; - Rotatividade da direção; - Comunicação ineficiente; - Inexistência de incentivos/ formação; - Baixa autonomia; - Ausência de mecanismos de controlo; - Sistemas informáticos desatualizados; - Indicadores de desempenho mal definidos; - Falta de estimulação da inovação e da criatividade; - Resistência à mudança; - Absentismo; - Baixa motivação pessoal; - Diminuição dos RH.

QUADRO 4 - Modelo de referência com orientações para a criação e implementação de um CR

Orientações para a criação e implementação de um CR	
Analisar a situação atual	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os problemas pré-implementação dos CR's; - Realizar o diagnóstico institucional;
Avaliar a opinião dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estudo de clima organizacional; - Recolher a opinião dos grupos alvo (direção, técnicos e clientes); - Motivar os profissionais a participar na mudança;
Realizar um plano estratégico	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um plano estratégico institucional responsável por atuar em áreas prioritárias; - Realizar protocolos de diagnóstico-terapêutico de forma a definir todas as atividades e estabelecer os custos de todos os serviços necessários para a consecução de determinado resultado e uniformização dos gastos; - Definir os critérios de reestruturação do CR;
Criar uma equipa responsável pela implementação dos CR's	<ul style="list-style-type: none"> - Formar uma equipa multidisciplinar; - Nomear a direção com base em critérios de formação e competência; - Melhorar a comunicação interdisciplinar;
Analisar as possíveis limitações na implementação dos CR's	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as possíveis limitações; - Realizar reuniões entre direção/ equipa responsável pelos CR's e profissionais; - Criar estratégias para ultrapassar as limitações;
Identificar os aspetos positivos após a implementação dos CR's/ Prospecção	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e comunicar as melhorias; - Promover uma gestão eficiente em todas as suas dimensões; - Inculcar o bom clima organizacional; - Identificar os aspetos a melhorar e definir estratégias; - Incentivar a inovação, criatividade e formações; - Realizar avaliações e monitorizações periódicas.

CONCLUSÃO

Uma mudança organizacional como a implementação de um CR provoca um desequilíbrio no grupo e como tal a resistência é sempre expectável. A mudança deve ocorrer e deve ser analisada não como uma ameaça mas uma oportunidade de se assimilar algo novo.

Na análise dos estudos incluídos nesta investigação extraíram-se algumas ilações importantes. Em todos os estudos descrevem-se algumas orientações comuns à criação dos CR's, que designam possíveis estratégias para uma implementação efetiva dos CR's como um novo modelo de gestão autónomo e descentralizado. O tipo de comunicação e a participação dos profissionais constitui um fator determinante para o sucesso de uma mudança.

Os estudos que não criaram uma equipa responsável pela implementação dos CR's (Chavarría, 2008; Bastías e Peralta, 2009; Méndez et al., 2012) são os estudos que destacaram vários problemas na implementação destes, tais como a falta de informação, formação e competências. Os estudos que realizaram um plano estratégico para orientar a mudança (Barrios et al., 1997; Calderaro e Franquis, 2002; Bastías e Peralta, 2009) e os que criaram uma equipa responsável pela implementação dos CR's (Barrios et al., 1997; Chu et al., 2003) constituem os estudos em que a mudança foi efetiva, o que se deve em grande parte ao planeamento para a reestruturação dos serviços em CR's. No estudo de Méndez et al. (2012) pelos problemas destacados, a mudança não ocorreu, o que para Monteiro (1999) se deve à falta de uma gestão estratégica, que não cumpriu os princípios essenciais à mudança.

Apesar de 4 dos estudos pertencerem ao Chile, depreende-se que é necessário alguma cautela quanto à generalização dos resultados, uma vez que, são países fora da União Europeia mas que também foram influenciados pela introdução da gestão empresarial na Administração Pública. Também constata-se que os estudos selecionados são estudos de caso pois até a nível internacional se trata de um tema pouco investigado. Apesar das evidências científicas sobre a implementação de novos modelos de gestão, as experiências

anteriores não servem de exemplo para as experiências futuras visto que as limitações durante a implementação são na sua grande parte as mesmas.

Este trabalho contribuiu para aumentar o conhecimento sobre o estado da arte dos CR's, analisar o processo de criação deste modelo de gestão dentro da perspetiva da mudança organizacional e para a elaboração de um modelo de referência que agrupa um conjunto de orientações para a formação de futuros CR's, que servirá para que os gestores estejam a par das razões pelas quais as pessoas resistem às mudanças e sugere estratégias simples que possam ser usadas para minimizar e/ou prevenir a sua ocorrência. Em última análise os CR's representam um modelo de gestão efetivo quando são implementados através de um plano estratégico, com uma equipa responsável pela mudança e tendo em conta que o tipo de comunicação e a participação dos profissionais constitui um fator determinante para o sucesso de uma mudança.

Referências bibliográficas

- ANTUNES, M. (2001). A doença da saúde (4ª ed.). Lisboa: Quetzal Editores.
- BARRIOS, O., VIDAL, J. LEICHTLE, C. (1997). Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. *Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health*, 2(5), 342-351.
- BARROS, P. (2004). O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002. *Revista portuguesa de saúde pública*, 4, 51-56.
- BARROS, P., GOMES, J.P. (2002). Os Sistemas Nacionais de Saúde da UE, Principais modelos de gestão hospitalar e Eficiência do Sistema Hospitalar Português. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- BASTÍAS, V., PERALTA, L. (2009). Diseño de un modelo de gestión para un establecimiento hospitalario. *Revista Ingeniería Industrial*, Primer Semestre, 5-20.
- CALDERARO, P., FRANQUIS, B. (2002). Logros y perspectivas del sistema de costos

hospitalarios, diseñado para la gerencia. *Rev Cubana Med Milit*, 31(3), 164-169.

CHAVARRÍA, K. (2008). Caso de un nuevo modelo de gestion hospitalario en chile: hospital santiago oriente, doctor luis tisé brousse (Tese de mestrado). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas e Matemáticas, Santiago de Chile.

CHU, H.-L., LIU, S.-Z., ROMEIS, J., YOUNG, C.-L. (2003). The Initial Effects of Physician Compensation Programs in Taiwan Hospitals: Implications for Staff Model HMOs. *Health Care Management Science*, 6, 17-26.

CURTIS, E., WHITE, P. (2002). Resistance to change: causes and solutions. *Nursing management*, Vol. 8, nº10, March, 15-19.

DECRETO-LEI nº 19/88 de 21 de Janeiro. (1988). *Diário da República, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

DECRETO-LEI nº 151/98 de 5 de Junho. (1998). *Diário da República nº 130, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

DECRETO-LEI nº 374/99 de 18 de Setembro. (1999) *Diário da República nº 219, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers

Manual. Disponível em: <http://libguides.library.qut.edu.au/databases/jbi>

MÉNDEZ, C., MIRANDA, C., TORRES, M., MÁRQUEZ, M., MATTHEWS, T. (2012). Implementación de la política de hospitales autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios. *Rev Chil Salud Pública*, 16(3), 247-255.

MONTEIRO, I. (1999). Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, 2 (XVII), 317-325.

MOUTINHO, R. (1999). Organização dos Hospitais em Centros de Responsabilidade Integrados. *TecnoHospital*, 2, Março, 26-29.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) (2010). Relatório de Primavera de 2010. Desafios em tempos de crise. Acedido em: 26/10/2012. Disponível em:

http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf.

PINA E CUNHA, M., REGO, A. (2002). As

duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 1, nº 2, Jul./Set., 22.

THE COCHRANE COLLABORATION (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. Acedido em: 05/10/2012. Disponível em: <http://handbook.cochrane.org>

ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Teresa Borges⁽¹⁾; Beatriz Araújo⁽²⁾; João Costa Amado⁽³⁾



Resumo

Introdução: A influência da cultura organizacional está presente nas práticas dos profissionais de saúde, podendo associar-se ao sucesso de programas de melhoria da qualidade. **Objetivo:** Adaptar e validar o “Questionário de Cultura Organizacional” (QCO) em Cuidados de Saúde Primários.

Métodos: Estudo metodológico, descritivo, transversal, com 473 enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. Para aferir as características psicométricas do instrumento, verificou-se a sensibilidade, confiabilidade e validade dos resultados, por análise fatorial de componentes principais com rotação Varimax dos itens do QCO e cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach.

Resultados: A versão final do QCO com 68 itens revelou boa fiabilidade (Alpha de Cronbach=0,96) para a amostra em estudo. Face à análise dos componentes principais com rotação ortogonal de Varimax extraíram-se 4 fatores (Competência, envolvimento e comunicação; Flexibilidade, planeamento, inovação e mudança; Motivação e melhoria contínua; e Sistema organizativo) que explicam 42,2% da variância. **Conclusão:** O QCO adaptado e validado para cuidados de saúde primários é um instrumento fiável e útil para o estudo do impacto da cultura organizacional na prestação de cuidados de enfermagem, em Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave: Cultura Organizacional; Cuidados de Saúde Primários; Validação.

Resumen

ORGANIZATIONAL CULTURE SURVEY ADAPTATION IN PRIMARY HEALTH CARE

Introduction: The influence of organizational culture is present in professional's health practices, and may be associated with the success of quality improvement programs. **Objective:** Adapt and validate for Primary Health Care, the “Organizational Culture Survey”(QCO).

Methods: The methodological, descriptive and transversal study was applied to 473 nurses in Primary Health Care.

To assess the psychometric characteristics of the instrument, there was sensitivity, reliability and validity of the results, by factor analysis of main components with Varimax rotation of items QCO and calculating Cronbach's Alpha coefficient.

Results: The effective version of QCO, yielding 68 items of the original scale, revealed a good internal consistency (Cronbach's alpha=0,96).

Orthogonal rotation Varimax drew up four factors (Skill, involvement and communication; Flexibility, planning, innovation and change; motivation and continuous improvement; Organizational system) explaining 42.2% of the variance.

Conclusion: The adapted and validated QCO for primary health care is a reliable and useful instrument for organizational culture impact study in nursing's primary health care.

Keywords: Organizational Culture; Primary Health Care; Validation.

Abstract

ADAPTATION DEL CUESTIONARIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Introducción: La influencia de la cultura de la organización está presente en las prácticas de los profesionales de la salud, y puede estar asociada con el éxito de los programas de mejora de calidad. **Objetivo:** Adaptar y validar el “Cuestionario de Cultura Organizacional”(QCO) en Atención Primaria.

Métodos: Estudio metodológico, descriptivo, transversal, con 473 enfermeras de Atención Primaria. Para evaluar las características psicométricas del instrumento se ha verificado la sensibilidad, fiabilidad y validez de los resultados, a través del análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax de artículos de QCO y calculando el coeficiente Alpha de Cronbach.

Resultados: La versión final de QCO con 68 ítems mostró buena fiabilidad (Alpha de Cronbach=0,96) para la muestra en estudio.

Del análisis de componentes principales con rotación ortogonal Varimax se extrajeron cuatro factores (competencia, participación y comunicación; Flexibilidad, planificación, innovación y cambio; Motivación y mejora continua; Sistema de organización) que explican 42,2 % de la varianza.

Conclusión: El QCO adaptado y validado para los cuidados primarios de salud es una herramienta fiable y útil para estudiar el impacto de la cultura de la organización en la prestación de los cuidados de enfermería en atención primaria.

Palabras clave: Cultura Organizacional; Atención Primaria de Salud; Validación.

Rececionado em janeiro 2016. Aceite em fevereiro 2016.

⁽¹⁾Mestre em Gestão e Economia da Saúde, Doutoranda no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto; Email teresa.borges.5@gmail.com

⁽²⁾Doutor em Ciências de Enfermagem; Professora Associada convidada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto

⁽³⁾Professor Associado Convidado, com Agregação no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto

INTRODUÇÃO

O desempenho e o sucesso alcançado pelas organizações dependem da atitude coletiva dos seus membros, onde as dinâmicas e os comportamentos gerados são determinantes.

Cada indivíduo influencia e é influenciado pelo conjunto de normas, valores, símbolos e pressupostos com significado comum que constituem manifestações intrínsecas ao contexto organizacional⁽¹⁾. Esta partilha, experienciada pelos membros da organização, corresponde à sua cultura organizacional⁽²⁾, identidade única que a caracteriza e distingue das demais⁽³⁾.

A importância crescente conferida à cultura organizacional em contexto de cuidados de saúde corresponde à necessidade de melhor compreender as dinâmicas e intervir ao nível individual e grupal. Uma gestão mais eficaz dos profissionais, enquanto vantagem competitiva para as organizações, traduzirá cuidados de qualidade no melhor interesse dos utentes.

O objetivo do presente estudo visa adaptar e validar o “Questionário de Cultura Organizacional”⁽¹⁾ para o contexto de Cuidados de Saúde Primários. O instrumento original explora as dimensões de cultura organizacional relacionadas com as práticas de gestão em ambiente hospitalar.

FUNDAMENTAÇÃO

O conceito de cultura organizacional, analisado à luz de Schein, é definido como o conjunto de: normas, ou seja, os códigos de conduta pelos quais os profissionais se regem; valores por eles exteriorizados e adotados; mitos ou acontecimentos que marcaram a história dessa organização; crenças ou percepções sobre o exterior, que são transmitidos aos seus membros; e rituais por eles partilhados⁽⁴⁾ que os estimula a procederem de determinada forma, a cada momento, em manifestações concretas e observáveis, com as quais exprimem e comunicam a ideologia organizacional⁽⁵⁾.

A investigação relacionada com esta temática deriva da importância e valor atribuídos ao indivíduo e à dimensão cultural implícita na vida das organizações. O sentimento de pertença à organização, as relações entre os seus membros e o reconhecimento do indivíduo pelos seus pares

são pressupostos básicos do desenvolvimento das teorias humanistas⁽⁶⁾. A assunção destes princípios coloca os trabalhadores no centro do pensamento organizacional, enquanto detentores de um papel ativo de quem se espera a participação no desenvolvimento da organização⁽¹⁾. Aspetos individuais (como a motivação e competência dos profissionais, ou a capacidade de inovação e mudança) e coletivos (apelando ao envolvimento e comunicação) aliados aos aspetos sistémicos (como planeamento, flexibilidade, sistema organizativo, melhoria contínua ou orientação para o cliente) articulam-se entre si, explícita e implicitamente, na tentativa da consonância da cultura organizacional e dos objetivos da organização, em prol da qualidade e do sucesso. Destes aspetos individuais, a motivação, enquanto fator que integra a cultura organizacional, é determinante para o sucesso da organização⁽⁷⁾, sendo a capacidade de motivar os profissionais um desafio essencial dos gestores, por promover confiança e comprometimento com os objetivos organizacionais e incentivar os trabalhadores à tomada de decisão⁽⁸⁾.

Para dar resposta aos requisitos internos de qualidade, esta tomada de decisão requer competência profissional, aliando saber, experiência, atitudes e valores individuais elevados. A competência baseia-se na detenção de conhecimentos teóricos⁽⁹⁾, passíveis de melhoria por via dos processos formativos implementados pelas organizações,⁽¹⁰⁾ e na capacidade de mobilizar tais conhecimentos para a resolução de problemas da prática profissional⁽⁹⁾.

O fator inovação é também um aspeto cultural de impacto significativo no desempenho das organizações⁽¹¹⁾, surgindo competitivamente em proveito de novos desafios e necessidade de adaptação às exigências do mercado. Esta adaptação requer por vezes a mudança⁽⁸⁾ dos profissionais e da própria cultura. Inovação e mudança evidenciam a importância individual do trabalhador⁽⁸⁾, adequadamente selecionado e valorizado⁽¹²⁾, e o exercício de modelagem da iniciativa individual⁽¹³⁾ pela influência do estímulo organizacional, das chefias e do grupo de trabalho⁽¹²⁾. Sendo a resistência à mudança um fenómeno

comum, os movimentos pela mudança pressupõem que alterações de estratégia organizacional, realidade dinâmica, sejam aceites pelos membros⁽⁸⁾. No entanto, estes devem ser introduzidos como processos graduais e sustentados, promovendo a colaboração dos profissionais, numa espécie de cumplicidade e interesse. Esta preocupação permite manter o envolvimento do indivíduo⁽¹⁴⁾ num clima de comprometimento organizacional, no qual o trabalhador demonstra uma atitude positiva, um empenhamento nos projetos da organização, destacando-se no seu desempenho o alinhamento com os objetivos organizacionais. Neste ambiente a comunicação assume um papel relevante, pois constitui a chave para o trabalho em equipa e funciona como ponto de contacto entre trabalhadores e gestores. Canais de comunicação flexíveis, profissionais informados e liberdade para expressar críticas, ou novas ideias, serão promotores de qualidade e melhoria do desempenho organizacional⁽¹⁵⁾.

Efetivamente, a importância individual e grupal dos profissionais funciona como alavanca para os processos sistémicos promotores de qualidade e sucesso organizacional, dos quais se destaca a flexibilidade organizacional que permite a consecução de métodos mais criativos e a mudança com o surgimento de novas ideias. Integra os ideais de uma cultura de adaptação⁽¹⁾ antagónicos aos processos mecanicistas regidos pelo controlo e estabilidade, sendo um fator facilitador da inovação, do sucesso e da melhoria contínua almejados pelas organizações. A orientação e focalização interna /externa, enquanto dimensão de cultura organizacional, requer o seu foco no cliente, o que em termos de gestão da qualidade poderá traduzir benefícios económicos⁽¹⁵⁾.

Depreende-se que na perspetiva da enfermagem, o impacto da cultura organizacional possa ser visível, com mais ou menos preponderância dos vários fatores, num sistema organizativo de qualidade, subjacente ao trabalho impregnado numa cultura de participação em equipa, com profissionais motivados, onde o foco seja o utente e que as intervenções de enfermagem devam obedecer a: um planeamento por estabelecimento de prioridades; a uma avaliação sistemática

dos cuidados, flexível à mudança e inovação adaptativa em diferentes situações. Decisões essas, sempre fundamentadas no conhecimento e na competência profissional.

MATERIAIS E MÉTODOS

A concretização do objetivo do presente estudo iniciou-se com o pedido de autorização ao autor (1) para adaptar e validar o “Questionário de Cultura Organizacional” a uma população de enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

O autor investiga a relação entre cultura organizacional e uso de práticas de gestão da qualidade em dois hospitais portugueses, tendo identificado 8 dimensões de cultura organizacional: Orientação para a inovação; Planeamento e Flexibilidade; Orientação para a melhoria contínua; Orientação para a mudança; Orientação para o Cliente e Competências; Comunicação; Motivação e Envolvimento; e Sistema Organizativo.

No presente estudo efetuou-se a adaptação do QCO para o contexto de Cuidados de Saúde Primários. Para melhor adequação à população em causa e garantia da compreensão do instrumento pelos respondentes, não suscitando dúvidas passíveis de impedir a concretização dos objetivos, recorreu-se à consulta de peritos em Cuidados de Saúde Primários, tendo sido alterados alguns termos relativos ao novo contexto organizacional. O conceito “Hospital” foi substituído por “Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou local de trabalho” e o conceito “doente” foi substituído pelo conceito “utente”.

Validada a clareza e a compreensibilidade semântica dos itens do questionário, confirmada pela unanimidade dos peritos com ausência de sugestões para alteração aos itens numa segunda ronda, foi solicitada autorização à Presidência da Administração Regional de Saúde do Centro. Após parecer favorável da Comissão de Ética, os dados foram recolhidos nas Unidades Funcionais dos ACES, no período compreendido entre janeiro e fevereiro de 2014. A participação dos enfermeiros foi voluntária. Garantiu-se privacidade e confidencialidade da identificação de ACES e respondentes, tendo estes assinado um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário foi aplicado a uma amostra de 473 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (89%), com uma média de idades de 42 anos (DP=7,98 anos), a exercer funções em 4 dos 6 Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Centro. A maioria dos respondentes reúne-se na categoria de Enfermeiro (86,3%), integrando os restantes 13,7% as categorias de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Chefe. A prestação de cuidados de saúde corresponde em maior percentagem (55,4%) a Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), seguida das Unidades de Saúde Familiares (USF) em 27,3% dos enfermeiros, e os restantes 17,3% em Unidades Funcionais de outra tipologia. O tempo médio de serviço na profissão é de 18,5 anos (DP=8,12 anos) e o tempo médio na Unidade Funcional de 10,9 anos (DP=8,35 anos). O seu perfil académico concentra-se predominantemente no grau de licenciatura (55%), sendo que o título de enfermeiro especialista é detido por 27,1% dos enfermeiros, o grau de mestre por 9,7%, o grau de bacharel por 3,2% e o grau de doutor somente em 1,1%.

Os dados obtidos foram tratados com recurso a um software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 21.0.

RESULTADOS

A avaliação da fidelidade ou consistência interna da escala seguiu as linhas orientadoras do estudo de Sousa⁽¹⁾. Assim, apesar de aplicada a escala total, com 95 itens, foram removidos 24 itens não utilizados na investigação original.

Foi então efetuada a análise fatorial exploratória dos componentes principais, por rotação ortogonal de Varimax, para agrupar as variáveis num menor número de fatores que revelem elementos comuns nas variáveis de origem.

Numa primeira tentativa de agregação, a rotação de Varimax do QCO estabeleceu a existência de 14 fatores com grande dispersão dos itens, tendo-se excluído os itens que apresentavam valores inferiores a 0,20 de coeficiente Alpha de Cronbach e baixos pesos fatoriais. Para melhor identificação

e aproximação com o estudo de Sousa⁽¹⁾, efetuou-se nova solução fatorial com rotação de Varimax, extraíndo-se 4 fatores que explicam uma variância de 42,2%. Assim, ao fator 1 estão associados 31,3% da variância total, com o valor próprio de 21,3 e é saturado sobretudo pelos 20 itens relacionados com “Competência, envolvimento e comunicação”. Ao fator 2 associam-se 4,6% da variância total, com o valor próprio de 3,1 e saturado pelos 26 itens relacionados com “Flexibilidade, planeamento, inovação e mudança”. Associam-se 3,4% da variância total ao 3º fator, com valor próprio de 2,3 que saturado sobretudo pelos 16 itens relacionados com “Motivação e melhoria contínua”. Ao 4º e último fator associam-se 2,9% da variância total, com o valor próprio de 1,9 e que satura principalmente pelos 6 itens relacionados com o “Sistema organizativo”. A Tabela 1 apresenta os resultados da análise fatorial exploratória do Questionário de Cultura Organizacional, incluindo os valores próprios, a variância explicada, as communalidades (h²) e as medidas de adequação da amostra.

Tabela 1. Resultados da análise fatorial exploratória do Questionário de Cultura Organizacional

	Fatores:	1	2	3	4	h2
Fator 1: Competência, envolvimento e comunicação						
C26- Os gestores de sucesso retêm as pessoas com elevado desempenho no serviço		,42				,24
C27- A focalização principal dos gestores é o serviço ao utente e a qualidade		,49				,35
C28- Estou satisfeito com a minha função		,54				,57
C29- Estou satisfeito com o meu serviço		,67				,65
C30- Sinto-me orgulhoso de trabalhar no meu serviço		,69				,72
C31- No meu serviço as pessoas sentem-se satisfeitas por irem trabalhar		,58				,56
C32- No meu serviço a comunicação é muito aberta		,49				,53
C34- A gestão procura ativamente novas ideias		,48				,54
C40- São proporcionados desafios interessantes aos colaboradores		,51				,57
C42- Os colaboradores têm a oportunidade de utilizarem as suas competências		,45				,41
C43- No meu serviço somos encorajados a identificar novas formas de realizar		,63				,57
C44- Os colaboradores são recompensados quando desenvolvem novas ideias		,49				,47
C45- Existe mais cooperação do que competição entre serviços		,53				,42
C48- A organização auxilia os colaboradores a responderem às necessidades dos utentes		,45				,49
C53- O meu serviço comunica bem com as outras equipas da organização		,61				,48
C55- Os gestores dedicam tempo para falar informalmente com os subordinados		,55				,54
C57- Os gestores e chefias utilizam as competências de todos os colaboradores		,49				,56
C59- Os colaboradores são tratados com justiça e respeito		,58				,50
C71- Sou otimista sobre o futuro do meu serviço		,57				,57
C73- No planeamento, é dado um grande ênfase às necessidades dos utentes		,49				,48
Fator 2: Flexibilidade, planeamento, inovação e mudança						
C50- A qualidade de serviço é mais importante do que o seu volume			,31			,21
C54- A informação importante surge pelos canais formais			,35			,26
C63- No meu serviço conhecemos e compreendemos os processos internos			,41			,38
C64- Os problemas entre serviço são resolvidos de forma satisfatória para todos			,45			,47
C65- Os processos-chave têm como responsáveis as chefias séniores dessa operação			,36			,22
C66- Eu compreendo os processos-chave da minha Organização			,39			,32
C67- No meu serviço todos estão envolvidos na melhoria contínua			,56			,57
C68- O papel dos gestores seniores é, principalmente, estratégia e planeamento			,52			,30
C69- Desenvolvem-se ativamente novas competências para necessidades futuras			,48			,55
C70- No meu serviço desenvolvem-se planos para o futuro			,52			,57
C72- Os gestores consideram o longo prazo nas decisões diárias			,54			,49
C74- No meu serviço conhecemos e compreendemos os nossos objetivos			,65			,60
C75- Conhecemos a nossa “concorrência”, os seus pontos fortes e fraquezas			,67			,48
C76- Adaptamo-nos facilmente às mudanças do mercado / da conjuntura			,67			,54
C77- Conhecemos bem a “concorrência” e o que eles fazem			,62			,40
C79- Pensa-se nos problemas com muita antecedência			,47			,39

	Fatores:	1	2	3	4	h2
C80- Todos os colaboradores compreendem a missão			,49			,51
C82- Existem objetivos claros de longo prazo e os colaboradores estão empenhados nestes			,52			,57
C83- Os procedimentos são mais importantes do que os resultados			,30			,15
C84- As decisões importantes são realizadas por grupos e equipas			,47			,41
C85- As mudanças importantes são objeto de discussão e consulta			,42			,46
C88- A mudança é rápida e imediata			,44			,33
C89- Existe a preferência pela melhoria contínua			,49			,46
C91- Existe uma clara preferência por novos desafios			,46			,42
C93- Os projetos são sempre implementados na data planeada			,44			,37
C95- Os colaboradores consideram fácil o ajustamento a novos requisitos			,51			,36
Fator 3: Motivação e melhoria contínua						
C10- As decisões importantes são sempre tomadas em reuniões				,60		,41
C12- São regularmente celebrados os êxitos que a Organização alcança				,45		,35
C19- A experimentação e a inovação são encorajadas				,54		,40
C1- Demonstra-se respeito para com os colaboradores				,56		,37
C23- Organização e função são temas discutidos com seriedade				,58		,52
C2- Os colaboradores têm orgulho em trabalhar nesta Organização				,60		,46
C35- Os colaboradores reconhecem a importância da mudança				,50		,36
C36- Os colaboradores são treinados p/ utilizarem ferramentas de resolução de problemas				,50		,56
C3- Existe empenhamento pela excelência do serviço ao utente				,60		,42
C4- A melhoria contínua é uma prioridade				,61		,43
C52- As reuniões das equipas são eficazes				,44		,38
C60- No meu serviço existe uma clara cooperação entre colaboradores				,49		,39
C6- O pragmatismo é importante				,30		,11
C7- Permite-se um equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal				,49		,30
C92- Ter utentes satisfeitos é importante para o sucesso a longo prazo				,36		,26
CO11- (recodificada) Os novos colaboradores são deixados por sua conta				,51		,27
Fator 4: Sistema organizativo						
C24- O alinhamento com a cultura existente é importante no momento do recrutamento					,35	,18
C37- Os colaboradores têm tempo para analisar os problemas que os afetam					,39	,41
C39- Os planos individuais de desenvolvimento são comuns					,45	,32
C56- A informação “negativa” é transmitida por meios de comunicação formais					,36	,16
C61- O meu serviço tem muita influência na Organização					,45	,47
C87- Os colaboradores sentem-se confortáveis com situações pouco comuns					,38	,23
Total de variância explicada: 42,2%		31,3	4,6	3,4	2,9	
Valor próprio		21,3	3,1	2,3	1,9	
Medida de adequação da amostra de KMO: 0,949						
TEB:16868,961; p <0,000						

O Teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > .6$) e o Teste de Esfericidade de Bartlett ($TEB < .000$) permitiram garantir a adequação do modelo fatorial a esta matriz de correlações para a realização da análise fatorial ($KMO=0,949$; $TEB = 16868,961$, $p<.000$). No que se refere ao CQO constatou-se que a melhor solução seria a de 4 fatores, tendo-se considerado apenas os itens com saturações superiores a 0,30.

A análise da consistência interna da escala efetuou-se após a sua análise fatorial através do cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach com variação entre [0 e 1] e melhor consistência interna quando tal valor tenda para 1.

Neste estudo, o CQO, com 68 itens, obteve um coeficiente Alpha de Cronbach de 0,96. Este valor de Alpha revela um nível de consistência interna muito bom (17). Relativamente ao fator 1, “Competência, envolvimento e comunicação”, apresenta um $\alpha=0,93$, com 20 itens; o fator 2, “Flexibilidade, planeamento, inovação e mudança”, um $\alpha =0,93$, com 26 itens; o fator 3, “Motivação e melhoria contínua”, apresenta um $\alpha =0,87$, com 16 itens e o fator 4, “Sistema organizativo”, um $\alpha =0,62$ com 6 itens. Assim, o Alfa dos fatores varia entre um mínimo de 0,62 e um máximo de 0,93, não tendo sido considerado nenhum item com valor de correlação item escala corrigida inferior a 0,20. Na tabela 2 apresentam-se os valores de Alfa de Cronbach por fator e número de itens.

Os valores de Alfa de Cronbach sugerem bons índices de consistência interna na generalidade dos 4 Fatores do CQO (valores iguais ou superiores a 0,60), com valores alfa de Cronbach a variar entre 0,62 e 0,93. Estes resultados revelam um

instrumento fidedigno e robusto para estudar a cultura organizacional e a sua influência nos comportamentos dos enfermeiros em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

DISCUSSÃO

O processo de validação do “Questionário de Cultura Organizacional”, em ambiente de Cuidados de Saúde Primários, pretendeu a adaptação do instrumento para se poder estudar a cultura organizacional nestes contextos da prática. A validação do seu conteúdo foi assegurada pelo contributo de peritos daquele nível de prestação de cuidados. Os resultados do questionário aplicado a uma amostra de 473 enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Centro permitiram testar as propriedades psicométricas do Questionário de Cultura Organizacional para esta amostra.

A análise fatorial exploratória dos componentes principais, efetuada com rotação ortogonal pelo método de varimax, ao Questionário de “Cultura Organizacional”, revela a existência de 4 fatores explicativos de 42,2% do fenómeno. Desta forma, no estudo da cultura organizacional em Cuidados de Saúde Primários, a presença das dimensões estudadas por Sousa (1), constata-se apesar de rearranjadas e reagrupadas de forma diferente.

O fator 1, denominado “Competência, envolvimento e comunicação”, integra 20 itens a que se associam 31,4% da variância total e pretende avaliar a o nível de desempenho dos enfermeiros e o seu comprometimento individual e grupal com os objetivos gerais da instituição e a forma como o objetivam as suas responsabilidades partilhadas. O segundo fator, denominado “Flexibilidade,

Tabela 2. Resultados da análise da consistência interna e homogeneidade dos itens do Questionário de Cultura Organizacional

Fator	Nº de itens	Alpha de Cronbach
Fator 1: Competência, envolvimento e comunicação	20	0,93
Fator 2: Flexibilidade, planeamento, inovação e mudança	26	0,93
Fator 3: Motivação e melhoria continua	16	0,87
Fator 4: Sistema organizativo	6	0,62

planeamento, inovação e mudança” agrega 26 itens e está associado a 4,6% da variância total pretende avaliar o nível de adaptação organizacional da instituição aos desafios e necessidades de saúde da população, planificando intervenções, readequando as existentes ou tendo a capacidade de efetuar alterações às práticas com vista à obtenção de ganhos para a saúde. Por seu lado, os 16 itens agregados no terceiro fator, denominado “Motivação e melhoria contínua” associam-se a 3,6% da variância total e pretendem analisar o empenhamento dos enfermeiros numa prestação de cuidados tentando alcançar a qualidade das práticas. O quarto e último fator, denominado “Sistema organizativo” e está associado a 2,9% da variância total agregando 6 itens que se relacionam com a participação e articulação dos profissionais de enfermagem na organização de cuidados e na forma como a própria organização vai ao encontro das expectativas desses enfermeiros.

Os testes estatísticos realizados para validar o constructo dos fatores de cultura organizacional, através das quatro dimensões, mostram relações lógicas e a contribuição dos 68 itens para a escala na sua globalidade

O estudo do coeficiente Alpha de Cronbach mostra-nos que o QOC com um valor de $\alpha=0,96$, apresenta um nível de consistência interna bom na generalidade dos quatro fatores ou dimensões.

Os resultados encontrados revelam a possibilidade da escala ser utilizada para estudar a cultura organizacional entre enfermeiros em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

CONCLUSÃO

Enveredou-se pela adaptação e validação do Questionário de Cultura Organizacional, da autoria de Sousa (1) com o intuito de estudar as dimensões da Cultura Organizacional relativas aos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. A versão final da escala ficou constituída por 68 itens distribuídos por 4 dimensões: Competência, envolvimento e comunicação, Flexibilidade, planeamento, inovação e mudança, Motivação e melhoria contínua e Sistema organizativo. Do estudo das suas características psicométricas, podemos referir que este se constitui num

instrumento confiável e válido para medir impacto da cultura organizacional em contextos de Cuidados de Saúde Primários na prestação de cuidados de enfermagem. Por outro lado, facilitará a compreensão de como o trabalho em equipa se revela indissociável de uma cultura de participação, com profissionais motivados, onde as intervenções de enfermagem possam ser orientadas para o melhor interesse dos utentes e cuja avaliação sistemática possa ser flexível à mudança e à inovação adaptativa às diferentes situações da prática, em prol da melhoria dos cuidados. Contribuirão para este desiderato todas as decisões baseadas no conhecimento científico, na competência profissional e no compromisso organizacional.

A replicação deste estudo seria um contributo para a análise da sua validade concorrente e estabilidade intertemporal.

BIBLIOGRAFIA

- (1) SOUSA, Sérgio Nuno da Silva - A relação entre a cultura organizacional e o uso de práticas de gestão da qualidade: uma investigação empírica no sector hospitalar. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão, 2011. Tese de Doutoramento.
- (2) SATHE, Vijay - Implications of corporate culture: a manager's guide to action. *Organizational Dynamics*. [Em linha]. Vol. 12, nº 2 (1983), p.4-23. [Consult. 28 set. 2015]. Disponível em <http://www.journals.elsevier.com/organizational-dynamics>. ISSN: 0090-2616.
- (3) ROBBINS, Stephen - *Organizational behaviour*. 10ª Edição. Upper Saddle River, N.J., USA: Prentice Hall International, 2003. 675p. ISBN 9780131000698
- (4) CHAMBEL, Maria José; CURRAL, Luís - *Psicologia organizacional: Da estrutura à cultura*. Lisboa: Livros Horizonte, 2008. 232p. ISBN: 9789722415705.
- (5) FERREIRA, José Maria; NEVES, José; CAETANO, António - *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora: 2011, 772p. ISBN: 9789725922972
- (6) CHIAVENATO, Idalberto - *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 7ª Edição. Rio de

Janeiro: Editora Campus-Elsevier, 2007. 634p. ISBN: 9788535213485.

(7) DIAS, Maria Teresa - A motivação dos enfermeiros em tempo de crise. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Economia, 2012. Tese de Mestrado.

(8) PINTO, Cheila - Cultura Organizacional e Motivação numa Administração Pública em Mudança. Estudo comparado de professores em Portugal e em Cabo Verde. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Ciências sociais, 2009. Tese de Mestrado.

(9) SERRANO, Maria Teresa - Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, 2008. Tese de Doutoramento.

(10) CAMELO, Sílvia; ANGERAMI, Emília - Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* [Em linha]. Vol. 22, nº 2 (2013), p. 552-60. [Consult. 28 set. 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf>. ISSN 1980-265X.

(11) DOBNI, C. Brooke - Measuring innovation culture in organizations: The development of a generalized innovation culture construct using exploratory factor analysis. *European Journal of Innovation Management*. [Em linha]. Vol. 11, nº4 (2008), p. 539-59. [Consult. 28 set. 2015]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/235271029> ISSN: 1460-1060.

(12) BRUNO-FARIA, Maria; ARAÚJO FONSECA, Marcus - Cultura de Inovação: Conceitos e Modelos Teóricos. *Revista de Administração Contemporânea*. [Em linha]. Vol. 18, nº 4 (2014), p. 372-96. [Consult. 28 set. 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v18n4/1415-6555-rac-18-04-00372.pdf>. ISSN: 1942- 7849.

(13) KAASA, Anneli; VADI, Maaja - How does culture contribute to innovation? Evidence from European countries. *Economics of Innovation and New Technology*. [Em linha]. Vol.19, nº7 (2010), p.583-604. [Consult. 28 set. 2015]. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/>

[pdf/10.1080/10438590902987222](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10438590902987222) . ISSN: 1476-8364.

(14) CARVALHO, Priscila - Cultura e mudança organizacional: compreendendo o indivíduo na organização. *Psicologia.PT* [Em linha]. 2015. [Consult. 2 out. 2015]. Disponível em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0893. ISSN: 1646-6977.

(15) FRANÇA, Margarida - Contributo da formação para o elevado desempenho organizacional: Um estudo de caso de uma entidade formadora. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia, 2013. Tese de Mestrado.

(16) DETERT, James; SCHROEDER, Roger e MAURIEL, John - A framework for linking culture and improvement initiatives in organizations. *Academy of Management Review*. [Em linha]. Vol.25, n.4 (2000) p.850-63. [Consult. 28 set. 2015]. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/200552256>. ISSN: 1930-3807.

(17) PESTANA, Maria Helena, GAGEIRO João Nunes. *Análise dos dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 6ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014. ISBN: 978-972-618-775-2.

IMPORTÂNCIA DO GRUPO NA CONSTRUÇÃO DA INTIMIDADE: A PARTICIPAÇÃO DOS GRUPOS EM FUNÇÃO DA IDADE DOS ADOLESCENTES

José Pinto⁽¹⁾; João Pinto⁽²⁾



Resumo

Esta investigação pretende compreender como participam os grupos na construção da intimidade adolescente. Utilizou-se uma metodologia quantitativa numa amostra de 807 adolescentes dos 13 aos 18 anos recolhida faseada, aleatória, proporcional e estratificada. Os resultados mostram-nos que os grupos participam na construção da intimidade adolescente começando pelo processo de aproximação ao outro desejado, continuando no estabelecimento do contacto, finalizando no processo de envolvimento. Os adolescentes tardios [17-18 anos] usam menos o grupo que os adolescentes iniciais [13-14 anos] no APOIO À APROXIMAÇÃO ($p=0,000$), APOIO AO CONTACTO ($p=0,044$), e APOIO AO ENVOLVIMENTO ($p=0,021$). Os adolescentes iniciais e intermédios apelam mais aos seus grupos nas funções APOIO À APROXIMAÇÃO ($p=0,000$ e $p=0,023$). Os grupos dos adolescentes de 13-14 anos participam mais que os de 17-18 anos na DESINHIBIÇÃO NO CONTACTO ($p=0,002$). Os grupos dos adolescentes de 13-14 anos participam mais que os grupos dos adolescentes de 17-18 na PARTILHA DO CONTACTO ($p=0,011$) e no APOIO AO ENVOLVIMENTO ($p=0,021$). Conclui-se que os adolescentes iniciais e intermédios usam mais os grupos para a aproximação, contacto e envolvimento. Os grupos são uma função auxiliar adolescente na construção da relação de intimidade.

Palavras chave: adolescência; grupos; identidade; intimidade

Abstract

IMPORTANCE OF THE GROUP IN THE CONSTRUCTION OF INTIMACY: THE PARTICIPATION OF THE GROUPS ACCORDING THE AGE OF THE ADOLESCENTS

This research aims to better understand how the groups participating in the construction of adolescent intimacy. We used a quantitative methodology. The collection of the sample of 807 adolescents from 13 to 18 years was phased, random, stratified and proportional. The results show us that the groups participating in the construction of adolescent intimacy starting with the approach to other desired process, continuing in the contact establishing and finalizing the process of involvement. The late adolescents [17-18 years] use less the group than early adolescents [13-14 years] in SUPPORT FOR APPROACH ($p=0.000$), CONTACT SUPPORT ($p=0.044$), and SUPPORT THE INVOLVEMENT ($p=0.021$). The early and middle teens appeal more to their groups the functions SUPPORT FOR APPROACH ($p=0.000$ and $p=0.023$). The groups of initial adolescents [13-14 years] participate more than 17-18 years in the CONTACT DISINHIBITION ($p=0.002$). 13-14 years adolescent groups participate more than the 17-18 teen groups in CONTACT THE SHARING ($p=0.011$) and SUPPORT THE INVOLVEMENT ($p=0.021$). We conclude that the early and middle adolescents use more groups to approach, contact and involvement. Groups are an adolescent auxiliary function in the construction of intimate relationship.

Keywords: adolescence; groups; identity; intimacy

Resumen

IMPORTANCIA DEL GRUPO EN LA CONSTRUCCIÓN DE INTIMIDAD: LA PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE LOS ADOLESCENTES

Esta investigación tiene como objetivo comprender mejor cómo los grupos que participan en la construcción de la intimidad de los adolescentes. Se utilizó una metodología cuantitativa. La colección de la muestra de 807 adolescentes de 13 a 18 años fue organizado, al azar, estratificado y proporcional. Los resultados nos muestran que los grupos participan en la construcción de la intimidad de los adolescentes a partir de la aproximación al otro deseado, continuando en el contacto el establecimiento y finalizando en el proceso de compromiso. Los adolescentes tardíos [17-18 años] utilizan menos el grupo que los iniciales [13-14 años], EN APOYO EN LA APROXIMACIÓN ($p=0,000$), APOYO EN EL CONTACTO ($p=0,044$), y el APOYO A LA INTIMIDAD ($p=0,021$). Los grupos de 13-14 años participan más que los de 17-18 años en la DESINHIBICIÓN EN EL CONTACTO ($p=0,002$). Los grupos adolescentes de 13-14 años participan más que los grupos de 17-18 años en COMPARTIR EL CONTACTO ($p=0,011$) y APOYO A LA INTIMIDAD ($p=0,016$). Se concluye que los adolescentes iniciales e intermedios utilizan más grupos en la aproximación, en el contacto y en la participación. Los grupos son una función auxiliar adolescente en la construcción de relación íntima.

Palabras clave: adolescencia ; grupos ; identidad ; intimidad

Rececionado em janeiro 2016. Aceite em fevereiro 2016.

⁽¹⁾ Mestrado em Psicologia; Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade de Coimbra. Membro Fundador da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, Psicoterapeuta. Email jpinto@esenfc.pt

⁽²⁾ Mestrado em Psicologia; Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade de Lisboa. Membro da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, Psicoterapeuta. Email jpinto101@gmail.com

1 - LIMITES DIFUSOS DO CORPO ADOLESCENTE

Adolescer significa bio-psico-socialmente crescer (Dias, 1988) e, neste sentido, a adolescência pode ser pensada por uma evidência externa que implica, como veremos, uma infinita trama de transformações internas (corporais, fantasmáticas) e relacionais (Pinto, 2006, 2010) que apelam à disponibilidade, à entrega e à tolerância dos adolescentes.

O irromper do processo adolescente tem, na maioria das vezes, como sede o corpo pubertário, com mudanças corporais e emocionais acerca da imagem do corpo (Boden, 2013; Bragina, 2015) que se apresenta estranho e disforme aos olhos do adolescente. Estranho na grandeza e no desalinho e disforme no limite desconhecido que o incomoda e estorva, tanto na relação com os objetos - leia-se adolescente trapalhão ou desastrado - como na relação consigo mesmo - leia-se emergência dum corpo sexualmente ativo e que muitas vezes o atrapalha pela inconveniência. Esta mudança abrupta pode-o fazer sentir ímpio e/ou muito culpabilizado (Laufer & Laufer, 1989) – podendo instalar uma área de conflito interno e relacional que apela a uma resolução necessária ao normal prosseguimento do desenvolvimento harmonioso. O conflito instala uma demanda por nova arquitetura corporal e relacional onde espaço e lugar são questionados, revelando «profundas dificuldades nas suas relações consigo mesmo, exprimindo-se – explicitamente ou não – na interrogação ansiosa mais ou menos intensa concernente à sua pessoa» (Kestenberg, 1999, p.8).

A problemática corporal (re)envia-nos às questões narcísicas básicas, isto é às questões da auto estima revisitada. Freud considera que a «auto estima expressa o tamanho do ego (...) tudo o que a pessoa possui ou realiza [e que] todo o remanescente do sentimento primitivo de onipotência que a sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar a autoestima» (...) e [que esta] depende intimamente da libido narcísista» (Freud, 1915/1989, p.115), atribuindo, como atrás expressámos, um papel fundamental à libido do ego que é estruturante do indivíduo e da

sua abertura saudável ao mundo que o rodeia. O autor considera que a autoestima tem três fontes:

- Uma parte da autoestima é primária (...) é o resíduo do narcisismo primário
- Decorre da onipotência corroborada pela experiência (realização do ideal do eu)
- Provém da satisfação da libido objetual, entendendo-a como uma entidade limite ou de fronteira que nem é estádio, nem estado, mas organização estruturante (Golse, 2001); que nem só é narcisismo de vida, nem só narcisismo de morte (Green, 1983); que não é só completamente interno, nem só completamente externo (Freud, 1915/1989) realçando-se, sobretudo, o seu carácter relacional (narcisismo expansivo ou trófico) ou defensivo (narcisismo retraído ou destrutivo) (Rosolato, 1978, citado por Golse, 2001).

O narcisismo apresenta-se, então, como um alicerce do desenvolvimento interno e relacional que participa ativamente na edificação do sujeito ou, reversamente, nos movimentos destrutivos, mesmo quando estes encerram um desejo de preservação e afirmação narcísica dos limites do Eu e escondem as fragilidades narcísicas do sujeito» (Pinto, 2006, p. 65-66).

Numa perspetiva desenvolvimental o adolescente debate-se com a (re)estruturação dos limites do corpo novo, num esquema funcionante onde integre competências pessoais, grupais e construa o seu modo de ser íntimo.

Se esta funcionalidade coloca em questão os limites do corpo de infância perdido, por um lado, e a emergência sexual por outro, também remete o adolescente para um vivido grupal com os pares que se debatem com problemas semelhantes para resolver. O vivido semelhante possibilita a criação duma área de ensaio onde os jovens contam com o grupo, inicialmente como uma «mentalidade grupal» (Bion, 1987), que pensa coletiva e acriticamente, no qual podem ensaiar aproximações resolutivas à sua sexualidade emergente.

Sabemos que a emergência sexual acontece a par com a problemática limite (Ladame, 1998; Golse, 2001; Pinto, 2004, 2006, 2009, 2010)

relativa aos contornos corporais em mudança que devolvem o adolescente aos seus fundamentos narcísicos, à sua história de vida e que o expõem a lacunas prévias e a situações menos bem integradas «resultantes de descarrilamentos da sincronização» (Grotstein, 1999, p.122) com a figura materna e com as subsequentes figuras significativas de vinculação (Ainsworth, 1998; Freitas & Mota, 2015). A eclosão sexual na puberdade inscreve-se na história individual manifestando-se, subsequente, na vida psíquica do adolescente bem como no seu comportamento. No curso desta história, o sexual não cessou de ter de se conformar, por recalamentos, sublimações, formações de compromisso, às formas culturais introjetadas (Laufer & Laufer, 1989).

A puberdade, porém, capacita sexualmente o jovem e obriga-o a reorganizar todo o seu espectro relacional, pois o fantasma incestuoso está presente e torna-se possível, podendo ser, por isso, verdadeiramente intolerável. A masturbação ou os fantasmas masturbatórios também podem aparecer a seus olhos como uma falha da integridade idealizada ou como um meio perverso de satisfação. Este questionar pessoal decorre das dúvidas que assolam o adolescente acerca de si e o remetem a um retraimento (Laufer & Laufer, 1989; Eiguier, 2001) que, se não for passageiro, pode cristalizá-lo em comportamentos disfuncionais que o empobrecem e/ou podem lançar numa contestação agida e/ou compulsiva.

A puberdade, ao diluir os contornos corporais, a imagem corporal e os seus limites suficientemente estáveis da latência (Miranda, Amaral, Fortes, Conti, & Ferreira, 2013) expõe o jovem ao seu corpo estranho, provocando, de forma mais ou menos contida, distúrbios identitários¹ (Ladame, 1998; Sekiya, 2012).; Seron, Del Prette, & Milani, 2011) revelados no aborrecimento, no sentimento de contrariedade, de vazio, nas crises de cólera desapropriadas, na instabilidade emocional e até nas condutas suicidárias, ou tão só numa diluição dos limites (corporais e representacionais) que

instalam uma problemática narcísica da construção do eu/não eu. Esta reativa processos relacionais básicos relativos aos mecanismos identificatórios e aos padrões de relação que poderão dar sentido às pulsões emergentes e aos afetos colocados em marcha na adolescência. Estes sentimentos e/ou comportamentos têm um efeito duplo, pois revelam o mal-estar do jovem e, por outro lado, quando não suportados e transformados pelos seus significativos, acentuam, confirmam e amplificam o desencontro relacional. Um dos efeitos visíveis é a constituição duma área conflitual, um desencontro que, no limite, pode aprisionar o adolescente, quer num retraimento excessivo quer num acting-out desmedidamente contestatário, saídas que colocam em risco o seu desenvolvimento harmonioso. A adolescência dá palco e oportunidade a esta reorganização do ego. Mais uma vez o adolescente precisa, para ter êxito na reconstrução dos seus limites corporais e do ego diluídos, duma área de encontro com os seus familiares que o suportem e confirmem nas suas conquistas e na criação de significantes acerca de si, dos seus e do mundo: «é descobrindo um significante que o represente para o outro significante que o sujeito se inscreve no laço social, um significante metafórico do significante que o representa na sua família e por isso um significante diferente» (Lesourd, 2001, p.13). O adolescente tem como tarefa inscrever-se num discurso social para além do usado na sua família e anseia por um discurso confirmatório de si mesmo. Este «trabalho de metaforização» (idem, 2001, p.13) implica o adolescente, o grupo e a sua família e apela à ternura – uma das vertentes do amor adulto, no dizer de Freud, (1905/1989), a par da sensualidade – ao suporte e à confirmação.

O GRUPO COMO LIMITE ESTENDIDO DO CORPO

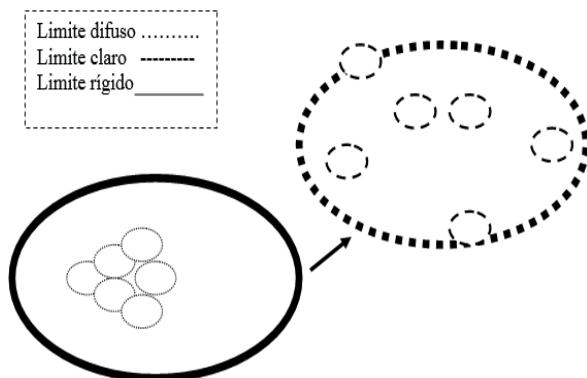
Na adolescência o grupo torna-se lugar fantasmático e/ou real de construção, dum sentido próprio onde se alicerça a confirmação, a partir

⁽¹⁾Segundo o autor os distúrbios identitários diferem das perturbações borderline, uma vez que estas são mais estáveis e não têm o carácter transitório que as primeiras apresentam.

das emoções transformadas e posteriormente usadas como pensamentos criativos, ao serviço do próprio e do outro. O grupo torna-se o espaço desejado pelo adolescente, pois é nele que os adolescentes ensaiam, experienciam e organizam os seus padrões de relação com os outros, numa abordagem que já difere em parte dos padrões prévios familiares. O grupo é, então, um elemento expressivo e valorativo das condutas adolescentes, pois é nele que o adolescente se complementa e/ou completa. A ausência do grupo pode mesmo fazê-los sentir-se angustiados e/ou incompletos. Este relato dos adolescentes faz-nos pensar acerca do papel fundamental do grupo, em nosso entender, relacionado com uma função limite ou de fronteira.

A diluição da fronteira corporal no adolescente leva-o a procurar no grupo não só um vivido mas também uma fronteira que responda ao estado de diluição dos seus limites corporais. A partir deste ponto de vista torna-se perceptível porque é que os adolescentes mais frágeis e mais vulneráveis na sua edificação narcísica se agrupam em bandos que blindam as suas fronteiras ao exterior e que, simultaneamente, transformam o grupo num vivido de semelhanças, onde a predominância do grupo e o seu agido comum, sossegam a atribuição destes adolescentes em busca de si e dos seus limites (Figura 1).

Figura 1 - Evolução da fronteira do(s) grupo(s) adolescente(s) em função da aquisição de novas fronteiras mais claras (corporais e grupais)



A diluição dos limites e a perda de referência corporal torna o adolescente dependente do seu grupo por ele ser/conter em si o próprio limite corporal estendido do adolescente. Esta função torna-se mais evidente, pois, os grupos escolhidos são tanto mais fechados quanto maior é o sentimento de diluição e confusão adolescente (Erikson, 1972, 1998).

No entanto, o adolescente vai (re)construindo as suas fronteiras e a mentalidade grupal (Bion, 1987) acrítica vai dando lugar a “Eus” mais robustos e críticos, já capazes de assumir alguma individualidade, embora numa relação estreita indivíduo-grupo em que estes se mostram pouco dissociáveis, mesmo quando a procura é o enlace íntimo.

O processo de aproximação ao outro desejado constitui-se como um dos aspetos essenciais nesta fase do desenvolvimento. Sabemos que os grupos restritos (Cliques) evoluem para grupos maiores (Crowds) para se formarem grupos heterossexuais (Pinto, 2006). Já neste movimento se presente que os adolescentes contam com o seu grupo na aventura do enlace com o outro desejado. O género torna-se, então, um aspeto fundamental, a par da idade, para compreender a relação entre os adolescentes e os seus grupos.

A questão sexual exige solução e resposta e o jovem necessita concluir o seu processo identitário com ensaios que clarifiquem quem é, de quem gosta e o que quer para si mesmo. Esta demanda levá-lo-á à criação duma intimidade mais ou menos conseguida, que permitirá uma relação mais intimista com o outro desejado. O adolescente debate-se com a emergência das forças pulsionais decorrentes das transformações pubertárias mas só se completa e se assume plena de sentidos como processo inter-relacional (Kestenberg, 1999) e comunicacional (intra e inter-individual). Este processo relacional tem, na sua génese, uma faceta pública que envolve indissociavelmente indivíduo e grupo numa demanda por ser íntimo.

O GRUPO COMO PARCEIRO NA CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA

Grinberg & Grinberg (1998) consideram que a identidade se constrói a partir da interação contínua entre os vínculos de integração espacial, temporal e social que delimitam, respetivamente, o corpo, a história pessoal e as vivências grupais mas tem por base a construção dum função simbólica capaz de incrementar atos, possibilitar pensamentos e facilitar uma área de criação. A intimidade é, em si, símbolo e criação. Símbolo porque, a par da pulsão envolvida, a relação permite uma tela de emoções representáveis que podem evolver, a par e passo, à mente de quem as viveu e constituírem-se como motor de enlace e bússola do desejo; criativa por ser um momento, uma área de encontro estabelecida que não pode repetir-se – exceto na patologia compulsiva – mas tão só evoluir para outro patamar de enlace com uma história própria.

Na adolescência a diluição das fronteiras do adolescente obrigam-no a fazer intensos movimentos identificatórios, no sentido de construir uma identidade própria. Se a dependência da criança em relação à família contribuía para a sua inserção no contexto social e facilitava a construção dum identidade social (Aebisher & Oberlé, 1998); a puberdade impele o jovem para o grupo de pares e espera nele encontrar e/ou confirmar sentidos para si e para o mundo (Pinto, 2006) e com ele iniciar um processo de aproximação e enlace que conta sempre com o grupo como elemento facilitador. Este torna-se um Eu auxiliar grupal (Pinto, 2004, 2006), uma extensão corporal dos seus membros, constituindo-se como uma fronteira alargada, mas também, um catalisador que facilita e regula a aproximação ao outro desejado. Tal como a família se constitui como alicerce da identidade infantil, o grupo assume-se como o elemento central na construção da identidade do jovem.

A identidade sexual, aspeto outra vez revisitado, constrói-se num vai e vem do adolescente entre o grupo e o outro desejado. Neste movimento proximal o grupo tende a estar presente e a facilitar o enlace e/ou a regulá-lo. Esta função auxiliar grupal é tanto mais interessante quanto instaura uma dimensão social e publica no que se espera vir a ser uma dimensão íntima.

A afirmação é o mote central destes movimentos adolescentes que, uma vez confirmados, permitem aos jovens uma relação mais exclusiva e íntima, isto é, um enlace onde o grupo pode ser dispensado sem delongas.

Este processo é uma outra expressão do processo de separação-indivuação (Mahler, 1981; Mahler, Pine, & Bergman, 1993; Pinto, 2006, 2010) que se estabelece, num primeiro momento, em relação ao grupo familiar, apelando sempre à sua presença e a uma negociação que estabelece novos limites relacionais entre pais e filhos. Verifica-se, também, nos grupos de pares essa recomposição na relação grupo-adolescente. Se, inicialmente, o grupo e o adolescente se apresentam indissociáveis, gerando angustia qualquer afastamento, em nosso entender, justificável pela dissolução individual das fronteiras do sujeito e da delegação no grupo dessa fronteira protetora, na fase tardia adolescente espera-se que a intimidade seja uma competência adquirida e o adolescente possa, nestes contextos, prescindir do grupo e fazer emergir uma área de verdadeira intimidade criativa

METODOLOGIA

Nesta investigação pretendemos conhecer um pouco melhor a importância do grupo de pares na construção da intimidade adolescente e por isso, propusemo-nos estudar a realidade grupal de adolescentes entre os 13 e os 18 anos, no que se refere à aproximação ao outro desejado.

Partimos de uma questão de base, isto é, saber que relações se estabelecem entre o grupo e o adolescente no processo de aproximação ao outro desejado.

Mais concretamente, procuramos alcançar como objetivo específico:

- Identificar e perceber como se comportam as variáveis relativas às dimensões vivenciais do processo de aproximação do adolescente ao outro desejado (apoio na aproximação; desinibição na aproximação; partilha na aproximação) em função da idade.

- Identificar e perceber como se comportam as variáveis relativas às dimensões vivenciais do processo de intimidade do adolescente no contato e no envolvimento com o outro desejado em função da idade.

Propomos então testar a seguinte hipótese:

Os grupos dos adolescentes de 13-14 anos e de 15-16 anos participam mais na aproximação, no contacto e no envolvimento que os adolescentes de 17-18 anos.

Para atingirmos os nossos objetivos utilizámos como instrumento o questionário “A importância do grupo na construção da intimidade” que engloba três escalas, a saber: “Aproximação”, “Contacto” e “Envolvimento” (Pinto, 2016). As três escalas pretendem ajudar a compreensão do processo de construção da intimidade adolescente e qual o papel que o grupo pode ter no mesmo.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta investigação reportou-se a todos os alunos do 3º ciclo e do ensino secundário que frequentavam escolas públicas do distrito de Coimbra. A base de dados foi recolhida faseadamente, respeitando sempre os critérios de aleatoriedade, proporcionalidade e estratificação na recolha da amostra, constituída por 807 jovens dos 13 aos 18 anos. Os questionários válidos foram respondidos em anonimato e voluntariamente pelos inquiridos, respeitando-se todos os princípios éticos de recolha de dados.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados do teste Anova (Quadro 1, 3 e 5) apontam, genericamente, diferenças entre os grupos dos adolescentes de 13-14 anos, de 15-16 anos e os dos adolescentes de 17-18 anos, na aproximação, no contacto e no envolvimento.

Na aproximação (Teste Anova; Quadro 1, 3 e 5) verificamos que nas dimensões apoio e partilha se verificam diferenças (respetivamente, p=0,000 e p=0,026), enquanto na desinibição parece não existir diferença significativa (p=0,142).

Uma leitura mais fina (teste Pos Hoc; Quadro 2) revela-nos que grupos dos adolescentes de 13-14 anos e os de 15-16 anos têm significativamente maior participação dos grupos no apoio na aproximação (respetivamente, p=0,000 e p>0,05); os grupos dos adolescentes de 13-14 anos e os de 15-16 anos tendem a ter maior participação dos grupos na desinibição e na partilha da aproximação (respetivamente, p=0,000 e p=0,023);

Quadro 2 - Teste Pos-Hoc: diferença entre a classe etária e as dimensões apoio na aproximação, desinibição na aproximação e partilha da aproximação

Variável Dependente	(I) Classe etária	(J) Classe etária	Diferença de médias (I-J)	Erro standard	Sig.
APOIO APROXIMAÇÃO	13 - 14	15 - 16	,42597	,21664	,121
		17 - 18	,99194*	,23161	,000
	15 - 16	13 - 14	-,42597	,21664	,121
		17 - 18	,56597*	,21483	,023
	17 - 18	13 - 14	-,99194*	,23161	,000
		15 - 16	-,56597*	,21483	,023
DESINIBIÇÃO APROXIMAÇÃO	13 - 14	15 - 16	,55925	,58827	,608
		17 - 18	1,46216	,62891	,053
	15 - 16	13 - 14	-,55925	,58827	,608
		17 - 18	,90292	,58336	,269
	17 - 18	13 - 14	-1,46216	,62891	,053
		15 - 16	-,90292	,58336	,269
PARTILHA APROXIMAÇÃO	13 - 14	15 - 16	-1,44497*	,53335	,019
		17 - 18	-,78932	,57019	,350
	15 - 16	13 - 14	1,44497*	,53335	,019
		17 - 18	,65565	,52889	,430
	17 - 18	13 - 14	,78932	,57019	,350
		15 - 16	-,65565	,52889	,430

Intervalo de confiança 95%* Diferença significativa de 0,05

Quadro 1 - Teste Anova: diferença entre a classe etária e as dimensões apoio à aproximação, desinibição na aproximação e partilha da aproximação

		Quadrado da soma	df	Quadrado da média	F	Sig.
APOIO À APROXIMAÇÃO	Entre Grupos	119,456	2	59,728	9,261	,000
	Nos grupos	5191,589	805	6,449		
	Total	5311,045	807			
DESINIBIÇÃO NA APROXIMAÇÃO	Entre Grupos	148,926	2	74,463	1,958	,142
	Nos grupos	30618,143	805	38,035		
	Total	30767,069	807			
PARTILHA DA APROXIMAÇÃO	Entre Grupos	287,304	2	143,652	3,675	,026
	Nos grupos	31465,358	805	39,087		
	Total	31752,662	807			

Quadro 3 - Teste Anova: diferença entre a classe etária e as dimensões apoio no contacto, desinibição no contacto e partilha no contacto

		Quadrado da soma	df	Quadrado da média	F	Sig.
APOIO CONTACTO	Between Groups	86,738	2	43,369	3,141	,044
	Within Groups	11116,043	805	13,809		
	Total	11202,781	807			
DESINIBIÇÃO CONTACTO	Between Groups	461,982	2	230,991	6,186	,002
	Within Groups	30061,125	805	37,343		
	Total	30523,108	807			
PARTILHA CONTACTO	Between Groups	220,600	2	110,300	4,361	,013
	Within Groups	20362,291	805	25,295		
	Total	20582,891	807			

Quadro 4 - Teste Pos-Hoc: diferença entre a classe etária e as dimensões apoio no contacto, desinibição no contacto e partilha no contacto

Variável Dependente	(I) Classe etária	(J) Classe etária	Diferença de médias (I-J)	Erro standad	Sig.
APOIO AO CONTACTO	13 - 14	15 - 16	,14156	,31701	,896
		17 -18	,78429	,33891	,054
	15 - 16	13 - 14	-,14156	,31701	,896
		17 -18	,64273	,31436	,102
	17 -18	13 - 14	-,78429	,33891	,054
		15 - 16	-,64273	,31436	,102
DESINIBIÇÃO NO CONTACTO	13 - 14	15 - 16	,90640	,52131	,191
		17 -18	1,95718*	,55732	,001
	15 - 16	13 - 14	-,90640	,52131	,191
		17 -18	1,05078	,51696	,105
	17 -18	13 - 14	-1,95718*	,55732	,001
		15 - 16	-1,05078	,51696	,105
PARTILHA DO CONTACTO	13 - 14	15 - 16	,91983	,42905	,082
		17 -18	1,31601*	,45869	,012
	15 - 16	13 - 14	-,91983	,42905	,082
		17 -18	,39617	,42547	,621
	17 -18	13 - 14	-1,31601*	,45869	,012
		15 - 16	-,39617	,42547	,621

No contacto (Teste Anova; Quadro 1, 3 e 5) verificamos a existência de diferenças no apoio, na desinibição e no partilha (respetivamente, $p=0,044$; $p=0,002$ e $p=0,013$) e uma apreciação mais minuciosa permite verificar que só os adolescentes de 13-14 anos tendem a apresentar diferenças significativas.

O Teste Pos Hoc (Quadro 4) mostra a existência duma tendência para diferenças significativas no apoio, na desinibição e no partilha (respetivamente, $p=0,044$; $p=0,002$ e $p=0,013$), com os adolescentes iniciais a utilizarem mais os

seus grupos para o contacto com o outro desejado. Uma análise mais fina dos dados (Quadro 4), mostra que os adolescentes de 13-14 tendem a procurar mais o grupo para se sentirem mais desinibidos no contacto com o outro desejado que os adolescentes tardios ($p=0,001$), bem como partilharem o seu contacto com o grupo ($p=0,012$). Os adolescentes de 13-14 anos tendem a procurar mais o apoio do grupo para o contacto com o outro desejado comparativamente aos adolescentes tardios ($p=0,054$).

Quadro 5 - Teste Anova: diferença entre a classe etária e as dimensões apoio no envolvimento, desinibição no envolvimento e partilha no envolvimento

		Quadrado da soma	df	Quadrado da média	F	Sig.
APOIO AO ENVOLVIMENTO	Entre Grupos	176,482	2	88,241	3,875	,021
	Nos grupos	18330,863	805	22,771		
	Total	18507,345	807			
DESINIBIÇÃO NO ENVOLVIMENTO	Entre Grupos	103,510	2	51,755	2,285	,102
	Nos grupos	18235,575	805	22,653		
	Total	18339,084	807			
PARTILHA DO ENVOLVIMENTO	Entre Grupos	148,868	2	74,434	2,423	,089
	Nos grupos	24726,982	805	30,717		
	Total	24875,850	807			

Quadro 6 - Teste Pos-Hoc: diferença entre a classe etária e as dimensões apoio no envolvimento, desinibição no envolvimento e partilha no envolvimento

Variável dependente	(I) Classe etária	(J) Classe etária	Diferença média (I-J)	Erro padrão	Sig.
APOIO AO ENVOLVIMENTO	13 - 14	15 - 16	-1,12650*	,40708	,016
		17 - 18	-,76437	,43521	,185
	15 - 16	13 - 14	1,12650*	,40708	,016
		17 - 18	,36213	,40369	,642
	17 - 18	13 - 14	,76437	,43521	,185
		15 - 16	-,36213	,40369	,642
DESINIBIÇÃO NO ENVOLVIMENTO	13 - 14	15 - 16	,51159	,40603	,418
		17 - 18	,92637	,43408	,084
	15 - 16	13 - 14	-,51159	,40603	,418
		17 - 18	,41477	,40263	,558
	17 - 18	13 - 14	-,92637	,43408	,084
		15 - 16	-,41477	,40263	,558
PARTILHA DO ENVOLVIMENTO	13 - 14	15 - 16	-,16072	,47280	,938
		17 - 18	,83051	,50546	,228
	15 - 16	13 - 14	,16072	,47280	,938
		17 - 18	,99124	,46885	,088
	17 - 18	13 - 14	-,83051	,50546	,228
		15 - 16	-,99124	,46885	,088

No envolvimento, os resultados do teste Anova (Quadro 1, 3 e 5) indicam que apenas existem diferenças no apoio ao envolvimento ($p = 0,021$), havendo uma maior participação dos grupos dos adolescentes iniciais [13-14 anos] do que dos grupos dos adolescentes tardios [17-18 anos].

No entanto, um estudo mais fino (Pos Hoc; Quadro 6) mostra, também, que os adolescentes de 15-16 anos apelam, significativamente mais, ao seu grupo, apoio no envolvimento que os de 13-14 anos ($p=0,021$). Não se verificam diferenças significativas na desinibição no envolvimento e partilha do envolvimento, no teste Anova (Quadro 5; respetivamente $p=0,102$ e $p=0,089$).

Podemos, então dizer que a nossa hipótese foi parcialmente confirmada, deixando-nos a confirmação de que o grupo participa ativamente no processo de construção da intimidade adolescente, revelando que a mesma é, na sua génese um processo grupal.

Discussão de resultados

Os resultados confirmam que os grupos dos adolescentes assumem um papel importante nos movimentos de aproximação, contacto e envolvimento que o adolescente faz em relação ao outro desejado. Fica claro que adolescente e grupo estabelecem uma área próxima da simbiose e que é em conjunto que se estabelece o processo de aproximação, contacto e envolvimento com o outro desejado. Adolescente e grupo parecem de facto indissociáveis, havendo uma assunção progressiva das funções adaptativas do adolescente em relação enlace íntimo. Verificamos ainda que se confirma o vai e vem grupo-adolescente-outro desejado, pois, a vivência comum assume-se como aprendizagem de base grupal dos processos de construção da intimidade. Ser íntimo parece ter a preceder-lhe um vivido grupal, porque nesta altura o adolescente não pode lidar sozinho com essa demanda.

O grupo assume-se como um ego auxiliar (Pinto, 2006, 2009, 2010) do processo de construção da intimidade e da identidade corporal, temporal e grupal (Grinberg, 1998) numa construção renovada da sua identidade pessoal (Miranda,

Amaral, Fortes, Conti, & Ferreira, 2013).

A intimidade parece ter na génese um vivido grupal de demanda e experiência adquirida.

A aproximação parece mostrar dois tempos: um primeiro relacionado com o apoio e a desinibição onde o grupo se revela ativo nos grupos adolescentes de 13-14 anos e um segundo de partilha dos grupos dos adolescentes de 15-16. A partilha mostra já um retorno no ensaio de relação com o outro desejado e revela que o adolescente assume já alguma capacidade de ser ele e “ensinar” o seu grupo. Os grupos dos adolescentes de 17-18 anos parecem já ter ultrapassado essa fase de vivido grupal, tornando o enlace um aspeto íntimo das suas vidas.

No contacto, verificamos que os grupos dos adolescentes iniciais [13-14 anos] participam intensamente quer no apoio, quer na desinibição quer ainda na partilha. O grupo parece incentivar e modelar o contacto do adolescente com o outro desejado, deixando-nos a ideia de que desde cedo o adolescente apela ao grupo para a sua participação neste processo de construção da intimidade e da identidade.

No envolvimento, verificamos que o apoio é um desígnio dos grupos adolescentes iniciais, pois o apoio ao envolvimento parece ser uma função grupal necessária com os adolescentes de 15-16 anos.

Verificamos ainda que não se verificam diferenças na partilha do envolvimento nas diferentes idades, não sendo esta uma dimensão marcada pela idade.

As fronteiras grupais e individuais parecem tornar-se, desta forma, mais claras e o enlace íntimo torna-se, então, possível entre o adolescente e o outro desejado. Confirma-se também que a abertura do grupo promove um processo de autonomização crescente, mais ou menos longo, embora o grupo e o adolescente se encontrem muito enlaçados. O contacto e o envolvimento permitem a edificação progressiva dum Eu autónomo em relação ao grupo adolescente.

Conclusão

Pensar a intimidade adolescente é, então, um processo de crescimento e envolvimento individual e grupal onde uns e outros ensaiam, espelham vividos e constroem, a passo e passo, uma identidade e uma intimidade capaz dum enlace criativo que se prepara em grupo desde a aproximação, ao contacto e ao envolvimento. Parece haver uma certa cadência no processo onde a idade é um aspeto essencial. Estes vividos exploratórios permitem ao adolescente e ao seu grupo estabelecer a filigrana do amor que o vinculará ao outro desejado numa demanda criativa e cúmplice.

BIBLIOGRAFIA

- Aebicher, V.& Oberlé, D. (1998). *Le groupe en psychologie sociale*. Paris: Dunod.
- Bion, W. (1987). *Recherches sur les Petits Groupes*. Paris, PUF.
- Boden, M. (2013). Emotional awareness, gender, and peculiar body-related beliefs. *Cognition & Emotion*, 27(5), 942-951. <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2012.752720>
- Bragina, I. (2015). Body Image And The Future Time Perspective Of Russian. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 191: 378-382. Doi: 10.1016/j.sbspro.2015.04.153
- Bion, W. (1966a). *O Aprender com a Experiência*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Bion, W. (1966b). *Elementos de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Bion, W. (1987). *Recherches sur les Petits Groupes*. Paris, PUF.
- Bion, W.(1991). *As Transformações. Mudança do aprender para o crescer*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Cotterell, J. (1996). *Social networks and social influences in adolescence*. London: Routledge.
- Dias, A.(1988). *Para uma Psicanálise da Relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et Crise, la quête de l'identité*. Paris: Flammarion Ed.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Freitas, V., & Mota, C. P. (2015). Implicações da vinculação amorosa e suporte social na autoestima em jovens universitários. *Análise Psicológica*, 33(3): 303-315. doi:10.14417/ap.863.
- Freud, S. (1905/1989). *Três ensaios sobre a sexualidade*. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud, Vol VII. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1915/1989). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud., Vol XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Golse, B. (2001). *Insistir existir. Do ser à pessoa*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Grinberg, L.; Grinberg, R (1998). *Identidade e mudança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Grotstein, J. (1999). *O buraco Negro*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Jeammet, Ph. (1994). *Les vicissitudes du travail e séparation à l'adolescence*. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 42 (8-9): 395-402
- Kaës, R. (2003). *As teorias psicanalíticas do grupo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kadosh, K. , Linden, D. & Lau, J. (2013). *Plasticity during childhood and adolescence: innovative approaches to investigating neurocognitive development*. *Developmental Science*, 16(4): 574-583. Doi: 10.1111/desc.12054
- Kestemberg, É. (1999). *L'adolescence à vif*. Paris : PUF.
- Ladame, F. (1998). *Etat limite et adolescence*. *La Psychiatrie de L'enfant*, Vol. XLI, Fasc.2 : 333-354.
- Laufer, E.; Laufer, M. (1988). *Comprehension psychanalytique de la Psychopathologie de l'adolescent*. In Braconnier, A. (org.) *Conflitualités* Paris : Edit. CTNERHI-GREUPP.
- Laufer, M.; Laufer, E. (1989). *Adolescence et rupture du développement. Une perspective psychanalytique*. Paris: PUF.
- Lesourd, S. (2002). *Adolescences...Rencontre du féminin*. Raimonville Saint-Agne: Éditions Érès.
- Mahler, M. (1981). *La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation. Dix ans de psychanalyse en Amérique*, *Anthologie du Journal of American Psychoanalytic Association*. Paris:

PUF.

Mahler, M.; Pine, F.; Bergman A. (1993). O nascimento psicológico da criança. Porto Alegre: Artes Médicas.

Matos, A. (1996). Percursos da identidade: Processos transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11: 23-33.

Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Miranda, V., Amaral, A., Fortes, L., Conti, M., & Ferreira, M. (2013). Estudo transversal sobre imagem corporal de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3): 151-162. <http://www.redalyc.org/pdf/1938/193829739011.pdf>

Pinto, J. (2004). *Adolescência e funções grupais: análise das funções nos grupos adolescentes*. Coimbra.

Pinto, J. (2006). *Adolescência e Grupos. Estrutura, funções, relações e vivências no(s) grupo(s) adolescente(s)*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Universidade de Coimbra.

Pinto, J. (2009). A importância da idade nas vivências do adolescente no grupo e na família. In *Atas do Iº Congresso Internacional de Psicologia da Educação*. Portugal, Covilhã

Pinto, J. (2010). *Adolescência e Família: o processo de separação-individuação*. SE..., Não... *Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*, 1: 73-87.

Pinto, J. (2016). A construção do processo de intimidade adolescente: Validação do questionário “A importância do grupo na construção da intimidade adolescente”. In Pinto, J., (Coord.). *Um olhar psicodinâmico da psicologia: Dos instrumentos à intervenção*. Série Monográfica. Coimbra: ESEnfC e UICISA:E (Prelo).

Sekiya, H. M. (2012). Object relations in adolescence: A comparison of normal and inpatient adolescents. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 66(4): 270-275. DOI:10.1111/j.1440-1819.2012.02353.x

Seron, C., Del Prette, A., & Milani, R. (2011). A construção da identidade feminina na adolescência: um enfoque na relação mãe e filha. *Psicologia: teoria e prática*, 13 (1):154-164. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1516-36872011000100012&lng=pt
&tlng=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: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

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.**

A taxa de submissão de artigo é de 5€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

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

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Monografias;

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

Artigos de publicações periódicas;

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

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