



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº28 SÉRIE 2 - AGOSTO 2019

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL	7
ESCALA DAS DIFICULDADES DOS PAIS NO CUIDADO À CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA <i>SCALE OF PARENTS' DIFFICULTIES IN CARING FOR THE CHILD IN THE FIRST YEAR OF LIFE</i> <i>ESCALA DE LAS DIFICULTADES DE LOS PADRES EN CUIDADO AL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA</i> <i>Elisabete Rodrigues Fernandes</i>	9
FORTALECIMENTO MUSCULAR NA PESSOA COM INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE SECUNDÁRIA À DPOC - ESTUDO DE CASO <i>FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN LA PERSONA INTOLERANTE A LA EPOC ACTIVIDAD SECUNDARIA - ESTUDIO DE CASO</i> <i>MUSCLE STRENGTHENING IN THE PERSON INTOLERANT TO COPD SECONDARY ACTIVITY - CASE STUDY</i> <i>Catarina Alexandra Varão Simão; Carla Sofia Conceição Pinto; Marlene Linhares; Helena Castelão Figueira Carlos Pestana; Luís Manuel Mota Sousa</i>	19
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS: CUIDAR DE QUEM CUIDA <i>PROFESSIONAL SATISFACTION OF SPECIALIST NURSES: TAKE CARE OF WHO CARES</i> <i>SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS: CUIDAR DE QUIEN CUIDA</i> <i>Sérgio Dias; Carminda Morais</i>	33
SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS <i>NURSES' PROFESSIONAL SATISFACTION IN PRIMARY HEALTH CARE</i> <i>SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</i> <i>Susana Moreira; Carlos Nunes; Luisa Martins; Jorge Vale-Lima; Susana Cunha; Domingos Malta</i>	45



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Propriedade, Administração/Ownership, Sede do Editor e Sede de Redação: Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

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

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

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

Internet - www.sinaisvitais.pt/ **E-mail** - suporte@sinaisvitais.pt

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL

O MUNDO PÓS ALAN TURING

Considerado o pai da computação moderna através da introdução do conceito de algoritmo e estabelecimento dos alicerces da informática, Alan Turing estava longe de imaginar, em 1936, as consequências do seu trabalho na sociedade do século XXI.

É estrutural a forma como a tecnologia de informação e comunicação se impôs na nossa vida quotidiana, mediando e reestruturando as relações interpessoais.

Trouxe igualmente às profissões da área da saúde, mais concretamente à enfermagem, um conjunto de mais valias no que respeita ao acesso à informação clínica dos beneficiários dos cuidados cujo objectivo se pretende que seja esse, facilitar a disponibilidade dos dados que permitam aos enfermeiros assegurar a sua continuidade, operacionalizando uma lógica de processo em que a tomada de decisão se efectiva como sistémica e sistemática.

A forma como a tecnologia reconfigurou o processo de enfermagem é extraordinariamente valiosa. Além dos aspectos já referidos, possibilitou aferir-se indicadores decorrentes da tomada de decisão dos enfermeiros e desenvolver investigação neste domínio. No entanto, este hipec desviou-nos da essência dos cuidados de enfermagem, que segundo Watson (1979) *apud* Hesbeen (2000) “é a acção interpessoal da enfermeira e do paciente com vista a produzir neste um resultado terapêutico”. De acordo com a autora, o “acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, do conhecimento formal, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados.”

O facto de ser acessório não retira importância ao que serve de suporte à actividade de enfermagem. Assim, o foco dos cuidados e o maior investimento tem de ser colocado na relação entre duas pessoas, uma prestadora e outra beneficiária de cuidados, e no resultado terapêutico que se pretende atingir. Este será tão efectivo quanto maior for a apropriação conceptual do enfermeiro daquilo que Watson designa por acessório.

Numa sociedade que cada vez mais valoriza o imediato e o volátil, inerente à instantaneidade, importa reflectir sobre o papel privilegiado dos enfermeiros na vida das pessoas beneficiárias dos cuidados e que, segundo Hesbeen (2000), se assumem como um vector de serenidade ao incorporar na sua relação quatro características fundamentais como o conforto, a doçura, o calor e a atenção aos pormenores. Porque numa situação de fragilidade, estas características são as principais modeladoras das intervenções de enfermagem e, apesar de difícil mensuração, exigem grande profissionalismo adquirido pelo desenvolvimento de competências, rigor e experiência, que dotam os enfermeiros da capacidade de ir ao encontro do outro e dar sentido a esse encontro e, depois, fazer esse caminho com ele.

Rui Manuel Jarró Margato

Hesbeen, Walter (2000). Cuidar no hospital; enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência

Watson, Jean (1979) – Nursing: the philosophy and science of caring. Boston: Lottle Brown.

ESCALA DAS DIFICULDADES DOS PAIS NO CUIDADO À CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Elisabete Rodrigues Fernandes⁽¹⁾



Resumo

Cada criança precisa de um ambiente seguro, saudável e carinhoso para um desenvolvimento saudável, é da responsabilidade dos pais satisfazer estas necessidades.

Na promoção da aprendizagem parental os profissionais de saúde têm um papel preponderante, é por isso importante que os profissionais aprofundem os seus conhecimentos sobre a parentalidade, por forma a proporcionar à criança e sua família o benefício e influência positiva da mesma.

O presente estudo procura construir e validar uma escala das dificuldades sentidas pelos pais no cuidado à criança no primeiro ano de vida. Primeiramente foi feita uma revisão bibliográfica sobre a parentalidade positiva e cuidados antecipatórios no primeiro ano de vida da criança, em que foram identificadas dez dimensões que permitiram a elaboração de uma escala de Likert. Posteriormente, essa escala foi aplicada a 150 pais com filhos até 12 meses de idade do concelho da Covilhã, Belmonte e Fundão. Como parte final do processo de validação, a referida escala foi validada estatisticamente pelo método de análise fatorial confirmatória. Subsequentemente, obteve-se uma escala que pode ser usada para a identificação das dificuldades sentidas pelos pais no cuidado à criança no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: Dificuldades, pais, escala

Abstract

SCALE OF PARENTS' DIFFICULTIES IN CARING FOR THE CHILD IN THE FIRST YEAR OF LIFE

Every child needs a safe, healthy and caring environment for healthy development, it is the responsibility of parents to meet these needs.

In the promotion of parental learning, health professionals have a preponderant role, so it is important that professionals deepen their knowledge about parenting, so as to provide the child and his family with the positive influence and influence of the same.

The present study search to construct and validate a scale of the difficulties experienced by the parents in the care of the child in the first year of life.

In the beginning, a bibliographic review on positive parenting and anticipatory care was carried out in the first year of the child's life, in which ten dimensions were identified that allowed the development of a Likert scale. Subsequently, this scale was applied to 150 parents with children up to 12 months of age in the county of Covilhã, Belmonte and Fundão. As a final part of the validation process, this scale was statistically validated by the method of confirmatory factorial analysis. Subsequently, a scale was obtained that can be used to identify the difficulties experienced by the parents in the care of the child in the first year of life.

Keywords: Difficulties, parents, scale

Resumen

ESCALA DE LAS DIFICULTADES DE LOS PADRES EN CUIDADO AL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Cada niño necesita un ambiente seguro, sano y cariñoso para un desarrollo sano, es responsabilidad de los padres satisfacer estas necesidades.

En la promoción del aprendizaje parental los profesionales de la salud desempeñan un papel preponderante, es por ello importante que los profesionales profundicen sus conocimientos sobre la parentalidad, para proporcionar al niño y su familia el beneficio e influencia positiva de la misma.

El presente estudio busca construir y validar una escala de las dificultades sentidas por los padres en el cuidado al niño en el primer año de vida.

En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica sobre la parentalidad positiva y los cuidados tempranos en el primer año de vida del niño, en el que se identificaron diez dimensiones que permitieron la elaboración de una escala de Likert. Posteriormente, esa escala fue aplicada a 150 padres con hijos hasta 12 meses de edad del municipio de Covilhã, Belmonte y Fundão. Como parte final del proceso de validación, dicha escala fue validada estadísticamente por el método de análisis factorial confirmatorio. Posteriormente, se obtuvo una escala que puede ser usada para la identificación de las dificultades sentidas por los padres en el cuidado al niño en el primer año de vida.

Palabras clave: Dificultades, padres, escala

Submetido em junho 2019. Aceite em julho 2019.

⁽¹⁾ Licenciatura em enfermagem; mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (elisabete.er@hotmail.com)

INTRODUÇÃO

Os pais, no primeiro ano de vida do seu filho são confrontados com a transição efetiva para a parentalidade (Martins, 2013).

A falta de preparação para a parentalidade está relacionada especialmente, com o facto de os pais se aperceberem do quanto é necessário aprender. O sentimento de falta de competência para cuidar leva os pais a mobilizarem diferentes recursos, desde a procura de familiares ao recurso de profissionais de saúde (Martins, 2013).

Peters (2011) refere que todos os pais possuem uma história única sobre o papel de pais, através da experiência adquirida com o seu filho. No entanto, apesar da experiência pessoal, a maioria dos pais procura aconselhamento prático sobre os cuidados a ter com os filhos. Mas os conselhos recebidos são muitas vezes contraditórios e podem tornar-se ainda mais confusos com tanta informação disponível.

As ações de vigilância de saúde infantil pertinentes e de qualidade são um imperativo para os profissionais de saúde.

A intervenção do enfermeiro em pediatria deverá ter como objetivo assegurar a satisfação das necessidades das crianças e suas famílias.

A escala construída constitui uma ferramenta para identificar as dificuldades dos pais no cuidado à criança, no primeiro ano de vida e estabelecer mudanças nas práticas de cuidados de enfermagem, que levem a um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados a prestar ao filho, habilitando-os para cuidarem destes.

Assim, o objetivo desta investigação é criar uma escala de dificuldade que os pais sentem no cuidado à criança no primeiro ano de vida.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Enquanto projeto de vida, o nascimento de um filho é um acontecimento marcante na vida das pessoas e, conseqüentemente, no seu processo de desenvolvimento. As implicações que daí advêm obrigam os pais a mudanças aos mais diferentes níveis e exigem conhecimentos e respostas variadas (Relvas, 2000).

Parentalidade consiste em tomar conta, em assumir as responsabilidades de ser pais, adotando comportamentos destinados a facilitar a inclusão de um recém-nascido na unidade familiar e comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças em consonância com as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Os pais precisam tornar-se peritos no cuidar da criança, incluindo as atividades dos cuidados físicos, registando os sinais de comunicação que esta lhes dá como forma de indicar as suas necessidades e assim responder-lhe adequadamente (Lowdermilk e Perry, 2008).

Para Cruz (2013) a parentalidade diz respeito ao conjunto de ações desenvolvidas pelos pais junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível.

A promoção da saúde, em saúde infantil, deve ter em conta que os pais são os principais prestadores de cuidados aos filhos, proporcionando assim conhecimentos, aptidões e autoconfiança, que lhes permitam detetar atempadamente problemas inerentes à criança.

Neste contexto, as diretrizes providas da DGS são um contributo imprescindível para a excelência dos cuidados. A DGS desenvolveu um programa de atuação em saúde infantil, designado Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Neste programa são sugeridos temas para cuidados antecipatórios de forma a promover cuidados de qualidade.

A promoção dos cuidados antecipatórios realizados pelo enfermeiro nas consultas de vigilância de saúde infantil incide sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente: alimentação, higiene, vestuário, sono, brincar, disciplina, sexualidade, segurança, afetos e imunização (Jardim, Nunes, Gouveia, Freitas, Berenguer e Pestana, 2010).

Para além dos comportamentos promotores de saúde referidos anteriormente, o PNSIJ de 2013 (Direcção Geral de Saúde, 2013) contempla os cuidados de vigilância de saúde, sendo eles: conduta face a sinais e sintomas comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, cólicas, febre) e alerta sobre os sinais e sintomas que justifiquem ir à urgência.

O desenvolvimento da criança engloba mudanças e os pais debatem-se com muitas preocupações, relacionadas com a alimentação, higiene e vestuário, sono, brincar, disciplina, sexualidade, segurança, afeto, imunização e vigilância da saúde. Ao enfermeiro cabe o papel de acompanhar e auxiliar os pais nesta fase da vida, dando aos pais linhas de orientação claras, fáceis, sobre as importantes áreas de cuidados diários à criança.

METODOLOGIA

A revisão da literatura realizada permitiu a construção da proposta do instrumento de colheita de dados.

“As dificuldades sentidas pelos pais no cuidado à criança no primeiro ano de vida”, foi operacionalizada nas dimensões: aleitamento materno, aleitamento artificial, alimentação diversificada, higiene e vestuário, sono, desenvolvimento, segurança, afeto, vigilância da saúde e imunização.

Para medir, cada uma destas dimensões, definiram-se indicadores mensuráveis através de uma escala de Likert. “A escala de Likert é constituída por uma série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema” (Fortin et al., 2009: 389). A referida escala

é “uma escala de cinco níveis, em que cada um desses diferentes níveis é considerado de igual amplitude” (Freixo, 2011: 213). Nesta investigação, os sujeitos indicam a sua maior ou menor dificuldade, no cuidado à criança, escolhendo entre 5 categorias de respostas possíveis para cada enunciado, correspondendo 1 a nenhuma dificuldade, 2 a dificuldade baixa, 3 a dificuldade moderada, 4 a dificuldade elevada e 5 a dificuldade muito elevada.

Após a elaboração da escala e antes de se proceder à sua distribuição pela população acessível deste estudo houve a necessidade de fazer um pré-teste.

A escala elaborada foi testada, tendo sido solicitada a colaboração de 10 pais com as mesmas características da amostra deste estudo. Os sujeitos foram questionados em relação às dúvidas que possam ter surgido no seu preenchimento e foram pedidas sugestões para melhorar. Este procedimento permitiu fazer pequenas correções de modo a tornar as questões mais claras, sem, no entanto, alterar o seu conteúdo, não se impondo a realização de um segundo pré-teste.

Com a escala terminada, procedeu-se à colheita dos dados.

A amostra, deste estudo, foi assim constituída por pais de crianças até 12 meses de idade que recorreram ao ACES Cova da Beira nos meses de abril a julho de 2015, assim como os pais de crianças até 12 meses inscritas nos infantários do concelho da Covilhã e Belmonte, que aceitaram participar no estudo.

Nesta investigação, aceitaram participar 150 pais, que constituíram a amostra.

Terminada a colheita de dados, a escala construída para medir as dificuldades sentidas pelos pais foi sujeita a análise fatorial confirmatória.

RESULTADOS

A análise fatorial confirmatória foi realizada com o objetivo de identificar a existência de mais de um fator em cada uma das dimensões das dificuldades dos pais no cuidado com o filho, constituídas com base teórica e cujos resultados se apresentam nos quadros 1 a 10.

Para o efeito, aplicaram-se análises fatoriais dos componentes principais com rotações ortogonais tipo varimax. Os estudos foram realizados, separadamente, para cada uma das dimensões e os resultados obtidos permitiram constatar que em todas elas surgiu apenas um fator.

Em todos foram respeitados os pré-requisitos referenciados por Hill (2000: 58) citado por Pestana e Gageiro (2005) nomeadamente, no que se refere ao número de respostas necessário para garantir a validade das análises e às características das variáveis envolvidas.

Procedeu-se, também, ao estudo da validade de cada uma das dimensões através do cálculo das correlações item-total e ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, se o item fosse eliminado, e ao valor do coeficiente para o global de cada uma das dimensões.

Analisando os quadros 1 a 10 pode constatar-se que o teste de Bartlett e o coeficiente KMO revelaram, em todas as dimensões, boa adequação da técnica aos dados em estudo, que a percentagem de variância explicada por cada fator se situou acima dos 50%, situando-se entre 53,20%, na dimensão referente ao aleitamento materno, e 87,74%, na dimensão relativa à imunização. Os pesos fatoriais dos itens respeitantes a cada dimensão apresentaram valores elevados (superiores a 0,50 e atingindo, em muitos deles, valores superiores a 0,90) e em todas os casos, as correlações item-total foram positivas e elevadas (superiores a 0,40). A eliminação de qualquer dos itens, nas diversas dimensões, não conduziria ao aumento da sua consistência interna. Neste aspeto e para o global de cada dimensão, observaram-se valores compreendidos entre 0,870 e

0,976, respetivamente, para as dimensões “aleitamento materno” e “segurança”. Para o total dos 63 itens obteve-se um α igual a 0,973.

Quadro 1 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente ao aleitamento materno (n = 144)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Posição para dar de mamar	0,729	0,632	0,854
Adaptação do vosso filho à mama	0,730	0,614	0,855
Duração da mamada	0,808	0,719	0,845
Quantidade de leite	0,770	0,670	0,849
Frequência da mamada	0,791	0,702	0,846
Posição do vosso filho para "arrotar"	0,603	0,502	0,867
Qualidade do leite	0,801	0,716	0,844
Extração/armazenamento do leite	0,562	0,463	0,870
Teste de Bartlett: $p = 0,000$ KMO = 0,841 Variância explicada = 53,20% $\alpha = 0,870$			

Quadro 2 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente ao aleitamento artificial (n = 87)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Preparação do leite	0,803	0,713	0,902
Quantidade de leite necessária para satisfazer as necessidades	0,789	0,694	0,904
Inclinação do biberão	0,842	0,766	0,893
Posição do vosso filho para mamar	0,917	0,872	0,878
Posição do vosso filho para "arrotar"	0,794	0,705	0,903
Higiene do biberão e tetina	0,866	0,793	0,889
Teste de Bartlett: $p = 0,000$ KMO = 0,886 Variância explicada = 69,95% $\alpha = 0,911$			

Quadro 3 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente à alimentação diversificada (n = 102)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Introdução de novos alimentos	0,852	0,768	0,917
Alimentos mais adequados em relação à idade	0,895	0,832	0,905
Quantidade adequada	0,886	0,815	0,908
Frequência das refeições	0,894	0,829	0,905
Preparação das refeições (sopa, papas, fruta)	0,869	0,792	0,913
Teste de Bartlett: $p = 0,000$ KMO = 0,808 Variância explicada = 77,32% $\alpha = 0,926$			

Quadro 4 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente à higiene e vestuário (n = 150)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Técnica do banho	0,860	0,812	0,942
Duração do banho	0,896	0,858	0,939
Escolha dos produtos de higiene	0,846	0,796	0,943
Cuidados à região genital	0,904	0,871	0,938
Cuidados ao coto umbilical	0,806	0,750	0,946
Início da higiene oral	0,852	0,802	0,942
Realização da higiene oral	0,864	0,817	0,941
Escolha do vestuário adequado	0,850	0,801	0,942
Teste de Bartlett: $p = 0,000$ KMO = 0,901 Variância explicada = 73,98% $\alpha = 0,949$			

Quadro 5 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente ao sono (n = 150)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Posição de deitar o vosso filho	0,779	0,856	0,864
Adormecer o vosso filho	0,728	0,628	0,871
Número de horas de sono necessárias por dia	0,846	0,774	0,843
Distribuição das horas de sono durante o dia	0,773	0,691	0,858
Escolha do tipo de cama	0,834	0,725	0,854
Forma de fazer a cama	0,796	0,671	0,862
Teste de Bartlett: p = 0,000 KMO = 0,792 Variância explicada = 63,00% α = 0,880			

Quadro 6 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente ao desenvolvimento do filho (n = 150)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Conhecimento das fases de desenvolvimento do vosso filho	0,917	0,812	0,875
Estimulação do desenvolvimento do vosso filho	0,931	0,840	0,851
Escolha dos brinquedos adequados	0,912	0,802	0,883
Teste de Bartlett: p = 0,000 KMO = 0,753 Variância explicada = 84,65% α = 0,909			

Quadro 7 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente à segurança (n = 150)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Evitar quedas	0,895	0,866	0,974
Evitar asfixia/estrangulamento	0,953	0,936	0,971
Evitar queimaduras	0,967	0,954	0,970
Evitar afogamento	0,973	0,961	0,970
Evitar choques elétricos	0,966	0,953	0,970
Evitar intoxicações	0,960	0,945	0,970
Evitar cortes/esmagamentos	0,966	0,953	0,970
Transporte em automóvel	0,804	0,763	0,971
O que fazer em caso de acidente	0,757	0,711	0,977
Teste de Bartlett: p = 0,000 KMO = 0,913 Variância explicada = 84,45% α = 0,976			

Quadro 8 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente ao afeto (n = 150)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Comunicar com o vosso filho	0,961	0,941	0,961
Compreender o vosso filho	0,843	0,786	0,970
Responder aos sons/gestos do vosso filho	0,919	0,887	0,967
Estabelecer contato físico com o vosso filho	0,965	0,945	0,961
Acarinhar/dar amor ao vosso filho	0,967	0,946	0,961
Pegar ao colo o vosso filho	0,954	0,929	0,963
Teste de Bartlett: p = 0,000 KMO = 0,871 Variância explicada = 87,61% α = 0,971			

Quadro 9 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente à vigilância da saúde (n = 150)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
O que fazer face ao choro	0,807	0,753	0,935
O que fazer face à obstrução do nariz	0,816	0,759	0,935
O que fazer face à tosse	0,861	0,817	0,932
O que fazer face à diarreia	0,864	0,817	0,932
O que fazer face à obstipação	0,853	0,807	0,932
O que fazer face às cólicas	0,792	0,733	0,937
O que fazer face à febre	0,872	0,836	0,930
Identificar efeitos secundários da vacinação	0,776	0,718	0,937
Quando ir ao médico/urgência	0,797	0,741	0,936
Teste de Bartlett: $p = 0,000$ KMO = 0,922 Variância explicada = 68,41% $\alpha = 0,941$			

Quadro 10 - Resultados na análise fatorial confirmatória para a dimensão referente à imunização (n = 150)

Item	Peso fatorial	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
Utilidade da vacinação	0,958	0,897	0,862
Cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	0,949	0,878	0,878
Decidir a administração, ao vosso filho de vacinas que não estão no Plano Nacional de Vacinação	0,902	0,791	0,927
Teste de Bartlett: $p = 0,000$ KMO = 0,731 Variância explicada = 87,74% $\alpha = 0,928$			

DISCUSSÃO

Todos os resultados referidos anteriormente, permitem concluir que a organização dos itens nas dimensões definidas teoricamente é suportada pelas evidências estatísticas e, para além das dez dimensões individuais, cada uma traduzindo um domínio do cuidado com a criança, também é admissível a existência de score global, envolvendo os 63 itens, que representa o nível de dificuldades percebidas pelos pais no seu todo, dado que o valor de α para o global apresentou valor elevado, concretamente, o valor 0,973.

Quer em termos das dimensões, quer no global, scores mais elevados traduzem maior nível de dificuldades no cuidado à criança no primeiro ano de vida.

Assim, foi confirmada a validade da escala dificuldades sentidas pelos pais no cuidado à criança no primeiro ano de vida (quadro 11).

Quadro 11- Escala das dificuldades sentidas pelos pais no cuidado à criança no primeiro ano de vida

Tendo em conta as dificuldades que enquanto pais, sentiram ou sentem, no cuidado ao vosso filho, coloque um círculo à volta do número que corresponde à vossa experiência, atendendo à escala:

(1) “Nenhuma”, (2) “Baixa”, (3) “Moderada”, (4) “Elevada”, (5) “Muito Elevada”

Alimentação			
<u>Aleitamento Materno</u>			
Se o seu filho nunca foi amamentado passe para o ponto Aleitamento Artificial			
1.1. Posição para dar de mamar	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.2. Adaptação do vosso filho à mama	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.3. Duração da mamada	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.4. Frequência da mamada	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.5. Posição do vosso filho para eructar	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.6. Qualidade do leite	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.7. Extração/armazenamento do leite	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
<u>Aleitamento Artificial</u>			
Se o seu filho nunca foi alimentado com leite artificial passe para o ponto Alimentação Diversificada			
1.8. Preparação do leite	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.9. Quantidade de leite necessária para satisfazer as necessidades	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.10. Inclinação do biberão	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.11. Posição do vosso filho para mamar	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.12. Posição do vosso filho para eructar	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.13. Higiene do biberão e tetina	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
<u>Alimentação Diversificada</u>			
Se o seu filho ainda é alimentado exclusivamente por leite passe para o ponto Higiene e Vestuário			
1.14. Introdução de novos alimentos	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.15. Alimentos mais adequados em relação à idade	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.16. Quantidade adequada	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.17. Frequência das refeições	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.18. Preparação das refeições (sopa, papas, fruta)	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
<u>Higiene e Vestuário</u>			
1.19. Técnica do banho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.20. Duração do banho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.21. Escolha dos produtos de higiene	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.22. Cuidados à região genital	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.23. Cuidados ao coto umbilical	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.24. Início da higiene oral	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.25. Realização da higiene oral	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.26. Escolha do vestuário adequado	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada

Sono

1.27. Posição de deitar o vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.28. Adormecer o vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.29. Número de horas de sono necessárias por dia	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.30. Distribuição das horas de sono durante o dia	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.31. Escolha do tipo de cama	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.32. Forma de fazer a cama	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada

Desenvolvimento

1.33. Conhecimento das fases de desenvolvimento do vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.34. Estimulação do desenvolvimento do vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.35. Escolha dos brinquedos adequados	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada

Segurança

1.36. Evitar quedas	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.37. Evitar asfixia/estrangulamento	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.38. Evitar queimaduras	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.39. Evitar afogamento	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.40. Evitar choques elétricos	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.41. Evitar intoxicações	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.42. Evitar cortes/esmagamentos	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.43. Transporte em automóvel	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.44. O que fazer em caso de acidente	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada

Afeto

1.45. Comunicar com o vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.46. Compreender o vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.47. Responder aos sons/gestos do vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.48. Estabelecer contato físico com o vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.49. Acarinhar/dar amor ao vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.50. Pegar ao colo o vosso filho	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada

Vigilância da saúde

1.51. O que fazer face ao choro	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.52. O que fazer face à obstrução do nariz	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.53. O que fazer face à tosse	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.54. O que fazer face à diarreia	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.55. O que fazer face à obstipação	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.56. O que fazer face às cólicas	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.57. O que fazer face à febre	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.58. Identificar efeitos secundários da vacinação	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.59. Quando ir à médico/urgência	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada

Imunização

1.60. Utilidade da vacinação	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.61. Cumprimento do Plano Nacional de Vacinação	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada
1.62. Decidir a administração, ao vosso filho de vacinas que não estão no plano nacional de vacinação	Nenhuma	1 2 3 4 5	Muito elevada

CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi a construção e validação de uma escala pertinente à identificação das dificuldades sentidas pelos pais no cuidado à criança no primeiro ano de vida. Para tal, fez-se uma revisão extensa na literatura. Em seguida, a escala criada foi aplicada e validada. A validação da referida escala fez-se pelo método de Análise Fatorial confirmatória.

A organização dos itens nas dimensões definidas teoricamente é sustentada pelas evidências estatísticas e, para além das dez dimensões individuais, cada uma traduzindo um domínio do cuidado com a criança, também é admissível a existência de score global que representa o nível de dificuldades percebidas pelos pais no seu todo,

Quer em termos das dimensões, quer no global, scores mais elevados traduzem maior nível de dificuldades no cuidado à criança no primeiro ano de vida.

Assim, a escala “dificuldades sentidas pelos pais no cuidado à criança no primeiro ano de vida”, revelou consistência interna.

BIBLIOGRAFIA

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem. Acedida em 9 setembro, 2014, em ordem dos enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

Cruz, O. (2013). Parentalidade. Porto: Livpsic.

Direcção Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido em janeiro 29, 2015, em Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.

Fortin, M. F., Côté, J. M. e Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Freixo, M. (2011). Metodologia científica: Fundamentos método e técnicas. (3º edição). Lisboa: Instituto Piaget.

Jardim, A. M. C. J. A., Nunes, A. I. M. M., Gouveia, M. S., Freitas, M. A. R., Berenguer, S. M. A. C., Pestana, V. L. F. G. (2010). Guia orientador de boa prática: Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (série I, número 3, volume I). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Lowdermilk, D. L. e Perry, S. E. (2008). Enfermagem na Maternidade. Loures: Lusodidacta.

Martins, C.A. (2013). A transição no Exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem. Tese de doutoramento. Acedida em abril 20, 2014, em Repositório Universidade de Lisboa: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.

Pestana, M. H., Gageiro, J. M. (2005). Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. (4º edição). Lisboa: Edições Sílabo

Peters, A. (2011). Cuidar do Bebê. Tudo o que precisa de saber. Porto: Civilização.

Relvas, A. P. (2000). O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica. (2º edição). Porto: Edições Afrontamento.

FORTALECIMENTO MUSCULAR NA PESSOA COM INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE SECUNDÁRIA À DPOC ESTUDO DE CASO

Catarina Alexandra Varão Simão⁽¹⁾; Carla Sofia Conceição Pinto⁽²⁾; Marlene Linhares⁽³⁾; Helena Castelão Figueira Carlos Pestana⁽⁴⁾; Luís Manuel Mota Sousa⁽⁵⁾



Resumo

Objetivo: Demonstrar evidência de um programa de enfermagem de reabilitação com ênfase no fortalecimento muscular na pessoa com intolerância à atividade secundária à DPOC.

Método: Recorre-se à metodologia de estudo de caso, aplicando as diferentes etapas do processo de enfermagem, documentado em linguagem CIPE e baseado no Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. A exposição do caso e intervenção junto de uma pessoa com intolerância à atividade, internada num serviço de Pneumologia de um Centro Hospitalar da região de Lisboa, teve em linha de conta os princípios éticos inerentes.

Resultados: Verifica-se, ao longo do programa de intervenção, um aumento da capacidade da pessoa para a realização de exercícios de maior complexidade do ponto de vista do esforço exigido e ainda uma diminuição do grau de dispneia, com consequente aumento da tolerância à atividade.

Conclusões: O programa de reabilitação trouxe benefícios no controle da dispneia, aumento da tolerância à atividade e aumento da capacidade funcional da pessoa. Os exercícios de fortalecimento muscular são componentes essencial no condicionamento físico da pessoa com patologia respiratória crónica, diminuindo a intolerância à atividade.

Descritores: Intolerância à atividade; Fortalecimento muscular; Reabilitação; DPOC

Abstract

FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN LA PERSONA INTOLERANTE A LA EPOC ACTIVIDAD SECUNDARIA - ESTUDIO DE CASO

Objective: Highlight the evidence of a rehabilitation nursing program, focused on the muscle strength on patients that are intolerant to the COPD secondary activity.

Methodology: Case study methodology, applying the different steps of the nursing process, documented in CIPE language and based on the pattern of nursing care linked to specialized rehabilitation nursing. All ethical principles were taken into account concerning the exposure and intervention of this case, related to an intolerant patient to the COPD secondary activity, of Central Hospital in Lisbon region.

Results: It has been verified, during the intervention programme an increase of the patient's capacity to realize more complex exercises the required effort, as well as a reduction of the level of dyspnoea resulting in a tolerance increase to the activity.

Conclusions: The rehabilitation nursing program brought benefits in the dyspnoea control, tolerance increase to the activity and improvement of the functional capacity of the patient. Muscle strength exercises are essential in the physical condition of the patient with chronic breath pathology, diminishing intolerance to the activity.

Describers: Intolerance to the activity, Muscle strength, Rehabilitation, COPD

Resumen

MUSCLE STRENGTHENING IN THE PERSON INTOLERANT TO COPD SECONDARY ACTIVITY - CASE STUDY

Objetivo: Demonstrar la evidencia de un programa de enfermería de rehabilitación con énfasis en el fortalecimiento muscular a una persona intolerante a la actividad secundaria a DPOC.

Método: Si recorre a la metodología de estudio de caso, si aplicando las diferentes etapas del proceso de enfermería, documentado en idioma CIPE y basado en el Padrón documental de los cuidados de enfermería de la especialidad de rehabilitación. La exposición del caso y la intervención junto de una persona intolerante a la actividad, internada en un servicio de Neumología de un Centro Hospitalar de la región de Lisboa, ha seguido todos los principios éticos inherentes.

Resultados: Si verifica, durante el programa de intervención, un incremento de la capacidad de la persona para la realización de ejercicios de mas complejidad, de un punto de vista del esfuerzo exigido, así como una reducción del nivel de disnea, con un consecuente incremento de la tolerancia a la actividad.

Conclusiones: El programa de rehabilitación ha traído beneficios en el control de la disnea, en el aumento de la tolerancia a la actividad y el aumento de la capacidad funcional de la persona. Los ejercicios de fortalecimiento muscular son componentes esenciales en el condicionamiento físico de la persona con patologia respiratoria crónica, reduciendo la intolerancia a la actividad.

Descritores: Intolerancia a la actividad, Fortalecimiento Muscular, Rehabilitación, DPOC

Submetido em junho 2019. Aceite em julho 2019.

⁽¹⁾Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, tinasimao@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8063-4681>

⁽²⁾Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central EPE, Hospital de Santa Marta, carlasophiapinto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7131-4662>

⁽³⁾Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central EPE, Hospital de Santa Marta, marlene.linhares@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9408-3534>

⁽⁴⁾Mestre em Gestão de Serviços de Saúde. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Atlântica. Fábrica da Pólvora de Barcarena, 2730-036 Barcarena. hcepeana@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7804-2989>

⁽⁵⁾Doutorado em Enfermagem, Professor adjunto na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, luismmsousa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista da enfermagem de reabilitação, pretende-se uma abordagem holística da pessoa, identificando cada problema e permitindo, assim, o estabelecimento de um plano de intervenção de reabilitação individualizado e dirigido, com objetivos bem delineados. Este estudo de caso permite contextualizar a problemática da intolerância à atividade secundária à DPOC e os cuidados de enfermagem de reabilitação inerentes, com base em pesquisa bibliográfica e científica, que permitem delinear as intervenções para amenização ou controlo desse problema.

As doenças respiratórias constituem, desde 2015, a 3ª causa de morte em Portugal, logo após o cancro. Em 2016, por dia, morreram 37 pessoas por doença respiratória, assistindo-se, de 2007 a 2016, a um aumento de 26% dos internamentos hospitalares por essa causa, verificando-se ainda um aumento do recurso à ventilação mecânica em 131%. Assim, as doenças respiratórias têm um impacto económico e social substancial e crescente, sobretudo se nos reportarmos à cronicidade da doença e suas consequências (ONDR, 2018).

Da lista de doenças crónicas respiratórias, emerge a DPOC como um problema maior de saúde pública, cuja prevalência, em Portugal está estimada em 14,2% da população com mais de 40 anos de idade, afetando predominantemente pessoas do sexo masculino (ONDR, 2018; OE, 2018).

A DPOC é definida pela GOLD, (2019), como uma patologia prevenível e tratável, caracterizada pela persistência de sintomas respiratórios como dispneia, tosse e expectoração, associados a uma limitação do fluxo de ar e, corroborando com OE (2018), Gomes (2016) e com Cardoso (2015), resulta de uma resposta inflamatória crónica das vias aéreas à inalação de gases e partículas nocivas relacionada com o tabagismo, poluição atmosférica ou exposições ocupacionais a poeiras e químicos. A inflamação induz alterações fisiopatológicas com obstrução das pequenas vias aéreas e destruição do

parênquima pulmonar, surgindo a limitação do fluxo respiratório e a diminuição da retração pulmonar, com consequente diminuição da capacidade das vias aéreas em permanecer abertas durante o processo expiratório diminuindo a eficácia das trocas gasosas na membrana alvéolo capilar. Em resposta à inflamação pode ainda surgir tosse e expectoração (Correia, 2013; Ferreira 2014; OE, 2018).

Na DPOC, além da limitação do fluxo aéreo, da alteração das trocas gasosas e da hipersecreção brônquica, precursoras da sensação de dispneia, surge um conjunto de alterações sistémicas, que condicionam a independência e a funcionalidade da pessoa com consequente intolerância à atividade e diminuição da qualidade de vida (Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2018).

Assim, torna-se imperativo controlar e minimizar os efeitos e comorbilidades da doença. Desde 2012 que a DGS considera como um dos programas prioritários o Programa Nacional para as doenças respiratórias, assumindo em 2017 a necessidade de elaborar orientações técnicas para a implementação da reabilitação respiratória nos cuidados de saúde primários (DGS, 2017; DGS 2015). Também o ONDR (2018) se dedica ao estudo das doenças respiratórias em Portugal. O impacto negativo da DPOC na sociedade tem vindo a exigir que esta doença seja alvo de estudo por várias entidades, nomeadamente a Global Burden of Disease, a European Lung White Book, a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) e a Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD).

O estudo desta doença respiratória permite, hoje em dia um maior conhecimento e capacidade de a diagnosticar, tratar e/ou controlar. Existem critérios, definidos pela DGS (2013a), que permitem o diagnóstico de DPOC, nomeadamente a presença de sintomas respiratórios crónicos e progressivos (tosse, expectoração, dispneia, intolerância à atividade e pieira); a exposição a fatores de

risco (tabaco, poeiras e gases inalados); e a obstrução ao fluxo aéreo, demonstrado por alterações espirométricas (diminuição dos fluxos expiratórios com capacidade vital mantida e incapacidade de gerar fluxos rápidos originando uma relação FEV1/FVC inferior a 70% após broncodilatação). A severidade da obstrução detetada por espirometria, associada à história clínica, permitiu à GOLD classificar a DPOC em quatro categorias e, perante estas orientar a abordagem terapêutica à doença (GOLD, 2019; OE, 2018).

A pessoa afeta desta patologia crónica passa por eventos agudos denominados por exacerbação da doença, sendo caracterizados pelo agravamento da sintomatologia (Ferreira, 2014; OE, 2018), o que favorece a progressão da doença e um declínio do estado global de saúde da pessoa.

De acordo com a DGS, o tratamento da doença tem por objetivos: aliviar os sintomas, prevenir a progressão da doença, melhorar a capacidade de exercício, prevenir e tratar complicações e exacerbações, e reduzir a mortalidade (DGS, 2017). No tratamento da DPOC, existem medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas tais como a cessação tabágica e/ou eliminação de outros fatores de risco, a reabilitação respiratória, a oxigenoterapia de longa duração, a ventiloterapia e em situações específicas o tratamento cirúrgico e cuidados paliativos (Correia, 2013; GOLD, 2019; OE, 2018).

No âmbito do tratamento não farmacológico, a reabilitação assume, hoje em dia, um papel relevante na melhoria do controlo dos sintomas e da doença respiratória. A reabilitação respiratória tem demonstrado a sua eficácia (evidência A), pois além da redução dos sintomas respiratórios, aumento da tolerância ao exercício e melhoria dos sintomas psicossociais, estes programas promovem na pessoa a autogestão da sua doença respiratória, melhorando a sua qualidade de vida. (Ferreira, 2014; OE, 2018).

A abordagem holística e multidisciplinar

de qualquer uma dessas áreas do programa de reabilitação compreende a intervenção do EEER, que ao deter competências específicas reconhecidas pela OE (2019), à luz do respetivo regulamento 392/2019, lhe permitem uma tomada de decisão com base na avaliação da situação, planeamento e intervenção documentada em linguagem CIPE.

A avaliação da pessoa com patologia respiratória permite a identificação dos diagnósticos de enfermagem a qual deve incluir a história clínica, o exame físico, os exames de diagnóstico e testes de avaliação da funcionalidade (Ferreira e Santos, 2017; OE, 2018).

Assim, torna-se imperativo analisar e caracterizar os sinais e sintomas (dispneia, tosse, expectoração, dor torácica), explorando de que forma e em que esfera, estes afetam a vida da pessoa. A dispneia é o sintoma mais evidente da DPOC (Cordeiro e Menoita, 2012) e é definida como um desconforto e esforço crescente no processo de entrada e saída de ar dos pulmões, associado a hipoxemia e descrita pelas pessoas como uma sensação de falta de ar, dificuldade em respirar, peso no peito e respiração ofegante (GOLD, 2019; ICN, 2011 citado por Gomes, 2016; OE, 2018;), dificultando a realização das AVD's traduzida em intolerância à atividade.

A intolerância à atividade é definida na CIPE (2003) como um tipo de resistência com as características específicas: “falta de capacidade para manter a energia, energia física e psicológica insuficiente para tolerar ou completar as atividades diárias necessárias ou desejadas, cansaço fácil, movimentos corporais extenuantes” (p.52).

Ainda que os exames e testes de funcionalidade pulmonar sejam complementares no estabelecimento de um diagnóstico e na obtenção de dados objetivos, não permitem estabelecer uma relação causal entre a capacidade respiratória e a tolerância ao esforço. Neste caso, a caracterização da sintomatologia, nomeadamente na

estratificação de dispneia percebida pela pessoa, torna-se crucial na determinação do seu impacto na realização das atividades.

Têm sido unidos esforços no desenvolvimento e validação de instrumentos destinados à avaliação da pessoa com DPOC, contudo revelam limitada abrangência dos itens utilizados para a avaliação da dispneia ou intolerância à atividade. A prova de esforço permite identificar as causas de intolerância à atividade, mas a sua complexidade limita o seu uso na prática do EEER. (Ferreira e Santos, 2017; Moreira, 2012). Os instrumentos com reconhecida aplicabilidade prática, que permitem a avaliação da dispneia são a Escala de Borg modificada e o Questionário de dispneia (MRCDQ), este último recomendado pela GOLD (2011) e pela DGS (2009). A reprodutibilidade e validade da Escala de Borg modificada é descrita na literatura (Damázio e Presto, 2009; OE, 2016).

Contudo, como a dispneia é limitadora da realização das atividades do cotidiano da pessoa, induzindo à diminuição da atividade física, ao isolamento social e até mesmo à depressão, alguns autores defendem a utilização de escalas complementares à avaliação da dispneia (Ferreira e Santos, 2017).

Assim, na avaliação da funcionalidade da pessoa, surge a MIF (Medida de Independência Funcional) que permite a quantificação da participação da pessoa adulta e/ou idosa nos autocuidados, controlo dos esfínteres, mobilidade, locomoção e funções mentais superiores (comunicação e cognição social) (Sousa et al., 2011).

Por outro lado, atendendo a que a pessoa com dispneia reduz com frequência a realização das suas atividades de forma autónoma surgem os efeitos associados à imobilidade, repercutindo-se em diminuição da força muscular e da mobilidade articular, pelo que se torna importante a avaliação da força muscular, pela MRCm (Medical Research Council modificada) (Sousa e Carvalho, 2017).

Ao seguir a espiral de acontecimentos, deteta-se com frequência que pessoas com patologia respiratória apresentarem um elevado risco de desenvolver quadros de ansiedade e depressão, que interferem no processo de reabilitação, pelo que se torna pertinente a sua caracterização aplicação da escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS) (Ferreira e Santos, 2017).

Portanto, a intolerância à atividade origina consequências nas várias dimensões da pessoa e ainda que os conceitos de dispneia e intolerância à atividade sejam distintos, apresentam uma relação recíproca de causa-efeito. Pois, a intolerância à atividade é ocasionada pela inatividade gerada pelo aparecimento da dispneia, levando a pessoa a reduzir a sua atividade física, promovendo um ciclo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício. (Cordeiro e Menoita, 2012).

Ainda assim, as alterações pulmonares e sistémicas da DPOC condicionam a energia disponível para a atividade, limitando-a e manifestando-se pela dispneia associada à atividade física. Surge então a incapacidade para gerir a energia e assim a intolerância à atividade (Moreira, 2012).

Também Correia (2013) afirma que a intolerância à atividade traduz um ciclo vicioso que decorre do descondicionamento físico dos músculos periféricos, resultante da inflamação sistémica que ocorre na DPOC e da diminuição da atividade física, consequente da dispneia.

Assim, de forma a colmatar a disfunção muscular associada aos efeitos sistémicos da DPOC é recomendada a realização de programas de treino de exercício, melhorando tanto a tolerância ao esforço como os sintomas de dispneia e fadiga, ressaltando que a pessoa deve conhecer técnicas de conservação de energia, de forma a apresentar menos dispneia na realização das suas atividades (Cordeiro e Menoita, 2012; OE, 2018;). O exercício físico é a melhor intervenção para controlar a disfunção muscular ao nível dos membros superiores e inferiores (Maltais et al, 2014,

citado por Ferreira, 2014; OE, 2018).

Neste sentido os programas de reabilitação respiratória devem compreender exercício físico, tornando-se indissociáveis a nível de ganhos em saúde, pois a pessoa afeta de patologia respiratória manifesta alterações sistêmicas, nomeadamente o descondicionamento físico decorrente da sintomatologia respiratória. Neste caso, torna-se crucial que as técnicas de RR sejam associadas aos exercícios de fortalecimento muscular localizado e sistémico (Gomes e Ferreira, 2017; OE, 2018).

A DGS (2009), não recomenda, por rotina, o treino dos músculos respiratórios, mas salienta que o treino ao esforço da força muscular dos membros superiores e inferiores é a chave de sucesso do programa de reabilitação respiratória. Na literatura são recomendados diferentes tipos de exercício a contemplar num programa de reabilitação da pessoa com DPOC, dos quais se destacam o treino de força ou resistência e o treino aeróbico ou de endurance (Nici et al, 2006; OE, 2018).

O treino aeróbico caracteriza-se pela realização de exercícios com envolvimento de grandes grupos musculares, dos membros superiores e inferiores, realizados com moderada a alta intensidade. O treino aeróbico tem benefício no aumento da tolerância ao esforço, na diminuição da dispneia e na eficiência do trabalho muscular, estando altamente recomendado no condicionamento muscular de pessoas com DPOC, por não apresentar efeitos adversos. Por outro lado, o treino de força pressupõe a realização de exercícios mais localizados, usando pequenos grupos musculares, cujo movimento é realizado contra uma força oposta gerada por equipamentos, pesos ou halteres, com benefício na força muscular e no desempenho motor. O treino de força inclui 2 a 4 séries de 6 a 12 repetições e para que haja ganho de força muscular pressupõe-se um progressivo aumento de carga a cada sessão de reabilitação realizada (Cordeiro e Menoita, 2012; Presto e Damázio, 2009). Acredita-se que a

combinação do treino aeróbico com o treino da força muscular seja a melhor estratégia para melhorar a disfunção da musculatura periférica (Correia, 2013).

Contudo, a realização do exercício pela pessoa com patologia respiratória crónica, pode tornar-se complicada pela dispneia, pela diminuição da força muscular e fadiga, sendo recomendada a oxigenoterapia durante o exercício, induzindo na pessoa hipoxémica ou mesmo normoxémica, um aumento da tolerância ao mesmo, diminuindo o estímulo ventilatório, a hiperinsuflação dinâmica e a dispneia (Presto e Damázio, 2009). Nos últimos anos, também têm sido estudados os efeitos da VNI durante a realização do exercício. Correia (2013) realizou uma revisão sistemática com meta-análise, cujo objetivo seria perceber os efeitos da VNI durante o exercício em pessoas com DPOC, chegando à conclusão que existiam benefícios gasimétricos, de Sat O₂, dispneia, distância percorrida e qualidade de vida adicional na associação da VNI durante o exercício, comparativamente à realização somente do exercício.

Em suma, a intolerância à atividade afeta a forma como a pessoa vivencia a sua doença, a satisfação dos autocuidados, a sua vida familiar, social e profissional, constituindo, portanto, um foco sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este estudo, norteado pelo processo de enfermagem e pelo Padrão documental da especialidade de enfermagem de reabilitação (2015), retrata a avaliação e implementação de um programa de reeducação funcional respiratória e motora, constituído por intervenções do âmbito de enfermagem de reabilitação, a uma pessoa com intolerância à atividade. O planeamento e aplicação do programa basearam-se em critérios diagnósticos, obtidos pela avaliação acurada da situação da pessoa, através da utilização dos instrumentos mais adequados. Tal avaliação permite ainda a perceção dos ganhos obtidos com o programa.

Face ao exposto, o objetivo geral deste

estudo é identificar o papel dos exercícios de fortalecimento muscular na pessoa com intolerância à atividade secundária à DPOC. Os objetivos específicos passam por avaliar a função respiratória da pessoa com DPOC; identificar as principais alterações e suas implicações na vida da pessoa, nomeadamente ao nível das atividades de vida diárias; levantar os diagnósticos de enfermagem de reabilitação; e avaliar o impacto da implementação do programa de reabilitação na pessoa com intolerância à atividade.

MATERIAL E MÉTODOS

Na realização do presente estudo, para dar resposta à questão de partida, recorreu-se à metodologia de estudo de caso. Define-se estudo de caso como um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo que sendo submetido a uma exploração detalhada permite um relatório organizado das variáveis, visando facilitar a análise dos dados e a tomada de decisão, fundamentando e justificando as ações de enfermagem (Galdeano et al, 2003).

Este estudo descreve o caso de uma pessoa com intolerância à atividade e tem carácter longitudinal, pois evidencia a implementação do programa de reeducação funcional respiratória e motora e os respetivos ganhos obtidos.

Foi realizado entre janeiro e fevereiro de 2017, a uma pessoa, do sexo masculino com 62 anos, internada numa unidade de Pneumologia de um Centro Hospitalar da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, até à data da sua alta.

Importa referir que foram respeitadas as diretrizes da ética para a investigação em enfermagem, alicerçadas nos princípios da Beneficência, não Maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade. A pessoa foi informada sobre riscos, benefícios e objetivos pretendidos, cumprindo assim o consentimento informado e o esclarecimento devido para a prossecução do estudo (Nunes, 2013).

O presente estudo contempla a colheita

de dados, a avaliação inicial, o planeamento da intervenção, a devida intervenção do EEER fundamentada teoricamente, bem como a avaliação e discussão dessa mesma intervenção, respeitando as etapas do desenvolvimento de um estudo de caso.

A colheita de dados foi realizada recorrendo a várias fontes de informação disponíveis: processo clínico, observação, exame físico e entrevista com a pessoa ao longo do período em que ocorreu o programa de reabilitação. Para a avaliação da condição clínica da pessoa foram utilizados alguns dos instrumentos recomendados pela DGS na Circular informativa nº 40/2009 e pela OE (2016), nomeadamente: o MRCDQ e a escala de Borg na avaliação da dispneia e a escala de ansiedade e depressão (HADS). Foram ainda utilizados: a MIF para avaliar a capacidade funcional e MRCm para avaliar a força muscular.

De acordo com a avaliação clínica foram identificados os diagnósticos e as intervenções no âmbito dos cuidados de EEER, sendo elaborado um programa de reeducação funcional respiratória e motora à luz das recomendações da OE (2018) e de Cordeiro e Menoita (2012).

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

A avaliação da pessoa com patologia respiratória deve ser objetiva e direcionar o profissional para uma intervenção nas alterações funcionais identificadas. Importa obter uma história clínica completa, incluindo história pregressa, história familiar e socioeconómica, história clínica atual e avaliação clínica sistematizada (Ferreira e Santos, 2017). Os achados clínicos obtidos têm por base a colheita de dados e a avaliação inicial da pessoa.

O caso diz respeito a indivíduo com 62 anos, sexo masculino, caucasiano, de nacionalidade portuguesa. Divorciado, vive sozinho num 1º andar de prédio com elevador e tem 2 filhas com as quais tem relação próxima. Desempregado há cerca de 1 ano, trabalhou com máquinas gráficas

e transportava aparelhos para realização de Exames Complementares Diagnóstico.

Recorre ao serviço de urgência do Centro Hospitalar por dispneia a pequenos esforços, de agravamento progressivo com um mês de evolução, tosse com expectoração purulenta, ortopneia e edemas periféricos. Fica internado com o diagnóstico de Insuficiência Respiratória Global associada a exacerbação de DPOC.

Tem como antecedentes pessoais fibrilhação auricular, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade mórbida; foi fumador dos 15 anos até aos 47 anos de idade (1 a 2 maços dia), tendo reiniciado há 3 meses cerca de 1 maço dia (carga tabágica estimada: 60 UMA). Desconhece alergias e tinha como medicação habitual Sintrom, Lisinopril + hidroclorotiazida e Sinvastatina.

Previamente ao internamento era autónomo na realização das atividades de vida diária. No momento do internamento apresenta limitação na realização das AVD por apresentar intolerância à atividade ocasionada pela dispneia.

O programa de reabilitação teve início às 48h e decorreu ao longo de 6 sessões até ao dia 9 de fevereiro.

Na avaliação subjetiva da função respiratória, apresenta tosse produtiva e eficaz com emissão de expectoração mucosa em quantidade reduzida. A percepção de dispneia, (pela escala de Borg modificada) é de 1/10 em repouso e 5/10 ao esforço. Pelo preenchimento do questionário MRCDQ avalia a sua dispneia em 4. Não refere toracalgia.

À avaliação objetiva da função respiratória, verifica-se, através de inspeção, que apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, sem evidência de hipocratismo digital e tórax sem alterações; apresenta uma respiração rítmica, predominantemente torácica, de amplitude normal, com frequência respiratória de 22 ciclos por minuto.

Pela auscultação pulmonar é possível detetar um murmúrio vesicular diminuído ao

nível do terço superior esquerdo e presença de sibilos dispersos.

De forma a complementar a avaliação da função respiratória foram consultados Exames complementares de diagnóstico realizados: Telerradiografia de tórax, Gasimetrias, Ecocardiograma, Tomografia Axial Computorizada ao tórax e Provas de Função Respiratória.

Diagnósticos de Enfermagem

De acordo com a avaliação são identificados os seguintes diagnósticos, sobre os quais incidiu o programa de reeducação funcional respiratória e motora. Os diagnósticos foram elaborados em linguagem da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), à luz do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de enfermagem de Reabilitação (PDCEEER) (2015), centraram-se no foco “Intolerância à atividade” e nas dimensões do “conhecimento” e da “aprendizagem de capacidades”. Os diagnósticos são: Intolerância à atividade; Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de conservação de energia; Potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de conservação de energia.

De acordo com estes diagnósticos de enfermagem, foram propostas as intervenções do domínio de competências de enfermagem de reabilitação, implementadas ao longo do programa,.

Tabela 1 – Planejamento de cuidados de enfermagem de reabilitação

Diagnóstico	Intervenções
<i>Intolerância à atividade</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar intolerância à atividade [Escala de Borg e MRCDQ]. • Negociar atividade física. • Planejar atividade física [realizar atividades e exercícios que exijam maior esforço após um período de repouso]. • Assistir na técnica de posicionamento [posição de descanso e relaxamento]. • Assistir técnica respiratória [controle e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdominodiafragmática, reeducação costal global com recurso a bastão]. • Assistir nas técnicas de exercitação muscular e articular [2 a 4 séries de 6 a 12 repetições -exercícios de fortalecimento muscular com e sem resistência nos MS (flexão/extensão, abdução/adução) e MI (flexão/extensão), exercícios de cadeia cinética aberta aos pés da cama, pedaleira, ponte, treino de marcha e escadas]. • Planejar repouso. • Supervisionar a resposta ao exercício.
<i>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de conservação de energia não demonstrado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre técnicas de conservação de energia. • Ensinar sobre técnica de conservação de energia [Expiração com lábios semicerrados; associadas ao treino de AVD's: autocuidado higiene (tomar banho sentado, usar roupão para se secar), cozinhar (dispor ingredientes e utensílios na bancada da cozinha), ir às compras (usar carrinho, fazer lista compras) e andar e subir escadas (abrandar ritmo, inspirar em repouso e expirar para fazer esforço)].
<i>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de conservação de energia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para usar técnicas de conservação de energia. • Instruir sobre técnica de conservação de energia. • Treinar técnica de conservação de energia [1 a 2 vezes por dia].

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Programa de reeducação funcional respiratória e motora

Perante o foco da “intolerância à atividade” foi elaborado um programa de reabilitação à luz das recomendações de OE (2018) Cordeiro e Menoita (2012). Perante essas recomendações e de acordo com a avaliação da pessoa, foram incluídos no programa de reabilitação respiratória, exercícios de reeducação funcional respiratória, exercícios de fortalecimento muscular e promotores do aumento da tolerância à atividade. Os

exercícios foram realizados sob as condições de oxigenoterapia e/ou VNI, de acordo com as evidências reveladas por Correia (2013).

Tabela 2 – Exercícios de reeducação funcional respiratória e motora.

Data	30/01	31/01	05/02	6/02	7/02	08/02
Relaxamento e aquecimento						
Exercícios	O2 a 2l/m ON	O2 a 2l/m ON	Com VNI	-----	-----	VNI
Controle e dissociação dos tempos respiratórios	2 series de 5x	1 serie de 10x	1 serie de 10x	1 serie de 10x	1 serie de 5x	1 serie de 5x
Flexão lateral do tronco	1 serie de 5x	1 serie de 5x		1 serie de 5x	1 série de 7x	1 série de 7x
Reeducação costal global com bastão	2 series de 5x	1 serie de 10x	1 serie de 10x	1 serie de 10x		
Exercícios de Fortalecimento						
	VNI	VNI	VNI	-----	-----	VNI
Membros superiores						
Flexão/ extensão dos ombros	1 serie de 10x (1Kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)
Flexão/extensão do cotovelo	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)
Abdução/adução	1 serie de 10x (1Kg)	1 serie de 10x (1Kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)	1 serie de 10x (1kg)
Membros inferiores						
Sentado						
Flexão/extensão do joelho	1 série de 10x	1 serie de 10x (2Kg)	1 serie de 10x (2Kg)	1 serie de 10x (2Kg)	1 serie de 10x (2Kg)	
Aos pés da cama						
Flexão/extensão da anca e joelho		1 série de 7x (2Kg)	1 série de 10x (2Kg)	1 serie de 10x (2Kg)		1 série de 10x (2Kg)
Abdução/adução		1 série de 7x (2Kg)	1 série de 10x (2Kg)			1 série de 10x (2Kg)
Pedaleira	15 minutos	15 minutos c/ resistência	15 minutos c/ resistência	15 minutos c/ resistência		15 minutos c/ resistência
Ponte						
Ponte					1 série de 5x	1 série de 10x
Com bola suíça nos pés					1 série de 5x	
Treino de marcha e Escadas						
	O2 a 2l/m		O2 a 1,5l/m	O2 a 1,5l/m		-----
Marcha	5x48m		6x48m	10x48m		2x48m
Subir/descer escadas					2x8 lances de escadas	2x8 lances de escadas

A intervenção do EEER decorreu ao longo de 6 sessões de reabilitação e cada sessão durou entre 30 a 40 min. Para a realização dos exercícios foram utilizadas diferentes estratégias e dispositivos, mantendo o Sr J. motivado e focado ao longo de todo o programa.

RESULTADOS

As escalas MIF, MRCm e HADS foram aplicadas no início e no final do programa, à exceção da HADS que não foi aplicada no final do programa por alta clínica inesperada. Antes e após cada sessão de reabilitação foram monitorizados e registadas a Tensão Arterial, Saturação Periférica de Oxigénio, Frequência Cardíaca, Frequência respiratória e a dispneia através da escala de Borg. O MRCDQ foi aplicado em todas as sessões, num único momento.

Avaliação dos resultados obtidos

Com a utilização dos instrumentos de medida e monitorização de parâmetros vitais ao longo do programa de reabilitação foram obtidos os seguintes resultados:

Com a análise dos resultados que constam da tabela 3, verifica-se que houve ganhos em saúde, tendo em conta as alterações positivas dos scores das escalas aplicadas.

No início do programa e após consentimento informado, foram apresentadas as várias instrumentos de medida ao doente tendo o próprio efetuado o seu preenchimento de forma autónoma, exceto no caso da MIF, que foi preenchida pelo EEER.

Assim, perante a primeira avaliação deteta-se que há uma intolerância à atividade, mensurada pela aplicação da escala de Borg modificada e do MRCDQ. Em repouso o próprio classificou a sua sensação de dispneia em 1 (muito leve), mas ao esforço a sensação de dispneia aumentou para 5 (intensa). No final do programa o doente avaliou a sua sensação de dispneia em 0 (nenhuma). Ao preencher o MRCDQ, quantifica a sua sensação de falta de ar em 4 correspondente à necessidade de “Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos”. Ao terminar o programa, que coincidiu com o momento da alta, a sensação de falta de ar

Tabela 3 - Avaliação dos ganhos obtidos

	30/01		31/01		05/02		6/02		7/02		08/02	
Score Borg modificada	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Score Borg modificada	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sinais Vitais	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
TA (mmHg)	135/84	111/80	109/74	130/78	89/62	104/58	93/66	101/62	100/73	105/70	96/68	94/67
FC (b/m)	83	69	96	85	80	84	76	72	74	80	77	68
FR (c/m)	20	22	18	17	18	18	24	20	18	17	18	18
Sat O2 (%)	93	96	93	94	97	97	94	94	91	97	95	98
MRCDQ	4		4		3		Não avaliado		1		1	
MIF	118										126	
MRCm	5 (Força Normal)										5 (Força Normal)	
HADS	A:5 (normal) D:11 (moderado)										Não avaliado	

Legenda: I- Início; F – Fim; A – Ansiedade; D – Depressão

referida foi de grau 1 (“sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso”).

Ainda assim, a dispneia referida condicionou a realização das AVD's, nomeadamente ao nível dos autocuidados mais especificamente da locomoção e, identificada pela MIF, que veio a refletir-se na melhoria da sua independência funcional no final do programa. Os ganhos obtidos em termos de independência funcional refletem um aumento da tolerância à atividade. A implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação e o cumprimento do programa de exercícios e técnicas de reeducação funcional respiratória e motora traduziram-se numa melhoria da condição física, na independência na realização das suas atividades e na melhoria da intolerância a atividade.

Assim, relativamente ao diagnóstico de “intolerância à atividade”, observou-se uma evolução positiva ao longo do programa, detetando-se que no final do mesmo, à evidência do aumento da tolerância ao esforço.

Evolução essa também observada no âmbito das dimensões do “Conhecimento” e da “Capacitação” no uso das técnicas de conservação de energia.

No início do programa, verificou-se um défice de conhecimentos a vários níveis da gestão do regime terapêutico, nomeadamente do âmbito do controle da respiração, dispneia e consequentemente sobre técnicas facilitadoras da execução das suas atividades com menor gasto de energia. Com a implementação do programa de RR houve melhoria de conhecimentos e capacidade para o uso de técnicas de conservação de energia.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelam a importância e os benefícios da intervenção de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com intolerância à atividade. A avaliação acurada da situação, a identificação clara do diagnóstico e planeamento das respetivas intervenções, a sua implementação e consequente avaliação

constituem o processo complexo de tomada de decisão clínica que suportou a prestação de cuidados, conferindo rigor e sistematização a este estudo.

Verifica-se que ao longo do programa de reabilitação, a pessoa foi tendo progressivamente maior capacidade na realização dos exercícios, que se foram tornando mais exigentes do ponto de vista do esforço aplicado, quer pelo aumento do número de séries, quer pelo aumento da resistência aplicada nos exercícios (Cordeiro e Menoita, 2012). Ainda que, perante a escala MRCm, a pessoa apresente no início do programa, força normal nos membros superiores e inferiores, a intervenção do EEER deverá ser proativa e prevenir os efeitos associados à imobilidade condicionados pela condição clínica de dispneia, pois existem estudos sobre a DPOC que demonstram que a inatividade é um forte preditor de morte prematura (Casaburi, 2011 citado por Moreira, 2012).

Com a realização de exercícios musculares e articulares ativos e ativos resistidos a nível dos membros superiores e inferiores, verifica-se gradualmente um aumento da resistência aplicada, sem aumento de percepção da dispneia pela pessoa. Assiste-se a um aumento da tolerância ao exercício verificada pela evolução da monitorização dos sinais vitais e da SatO₂, que também estabiliza em valores normais ao longo do programa. A diminuição gradual da percepção de dispneia monitorizado pela escala de Borg modificada e pelo MRCDQ também nos permite caracterizar essa tolerância. Poderia esperar-se uma diminuição da SatO₂ e um aumento da dispneia entre o início e o fim da sessão, tendo em conta a intolerância ao esforço, contudo verifica-se o comportamento inverso, devido, primeiro à oxigenoterapia e/ou à VNI; segundo ao controlo e dissociação dos tempos respiratórios que foi coordenado com a realização dos exercícios; e terceiro à melhoria da condição física da pessoa (Correia, 2013, Presto e Damázio, 2009).

A intervenção na intolerância à atividade não parece tão visível em termos de resultados,

pois de acordo com Ferreira (2014), Cordeiro e Menoita (2012), e DGS (2009), a intervenção de reabilitação incide no condicionamento físico pelo fortalecimento dos membros superiores e inferiores, aumentando assim a tolerância à atividade. Neste sentido, a utilização da MIF permite-nos concluir que após o programa hRR á ganhos de funcionalidade por melhoria na realização das AVD sem sinais de cansaço, uma vez que o aumento no score se traduz numa independência funcional no final do programa.

Portanto, constatou-se aumento da capacidade para a realização das atividades e exercícios musculares e articulares com diminuição graúda percepção de dispneia, que por sua vez nos permite concluir um aumento da tolerância ao esforço. Assim, pode inferir-se que os exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores apresentaram benefícios a nível da tolerância ao esforço.

Teria sido importante obter o resultado da HADS após o programa, no sentido de perceber se houve ganhos com o programa, uma vez que, no início do mesmo a pessoa apresenta depressão moderada.

Torna-se crucial uma avaliação criteriosa da pessoa, com base em escalas e instrumentos bem elaborados, para a identificação e intervenção adequada em cada situação especificamente. Só a identificação adequada do diagnóstico permite uma intervenção ajustada às necessidades da pessoa e a mensuração de resultados. A análise crítica de resultados e a reflexão sobre a intervenção permite o levantamento de dúvidas e questões que induzem a procura de novos conhecimentos e aprendizagens, promovendo o desenvolvimento formativo e profissional, bem como o desenvolvimento da enfermagem. Contudo, é na área da avaliação que se encontra a maior limitação deste estudo, pelo facto de não se conseguir mensurar de forma objetiva a intolerância à atividade.

Sem dúvida que a relação estabelecida

com a pessoa, aliada ao respeito pela sua individualidade e vontade contribuem para a adesão e sucesso do programa de reabilitação. Na pessoa com intolerância à atividade, a falta de motivação é uma constante, dificultando o arranque de qualquer programa, exigindo do EEER perícia no contorno dessa limitação. Aqui, a mais valia passa pela capacidade de negociação, enaltecendo os benefícios da reabilitação, descritos por Ferreira (2014) ao citar Nici et al (2006).

Compreender o impacto da situação na pessoa e sua vida social, profissional e familiar é de extrema importância para os profissionais de saúde, nomeadamente para os EEER que concebem e implementam intervenções com vista à otimização e/ou reeducação das funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (OE, 2019). É ao nível da reeducação motora e respiratória que o estudo de caso apresentado se evidencia, demonstrando a indissociação dessas duas vertentes, dando visibilidade ao papel do enfermeiro de reabilitação na abordagem à pessoa com intolerância à atividade. A exposição do caso poderá enriquecer o conhecimento, demonstrar e fortalecer a prática de enfermagem de reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os benefícios dos programas de reabilitação são indiscutíveis e a realização deste estudo de caso veio mais uma vez confirmar esses benefícios, destacando a importância de uma abordagem holística e multidisciplinar, onde o EEER tem um papel de destaque. A abordagem do EEER à pessoa com limitação da atividade é fundamental na melhoria da qualidade de vida.

A doença respiratória em geral e a DPOC em particular geram na pessoa consequências nefastas no seu bem-estar físico e psicológico, dados os sintomas incapacitantes que a esta doença estão associados. A intolerância à atividade que surge mais tarde ou mais cedo no decurso natural da doença torna-se devastador

na vida da pessoa. Na sua gênese está a espiral da dispneia e o descondicionamento físico causado pelos efeitos sistêmicos da doença. Neste sentido são vários os estudos e recomendações para associar a reabilitação motora à reabilitação respiratória, por meio de exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores.

Contudo, no que se refere à avaliação, as escalas de avaliação da dispneia parecem-me pouco concretas quando aquilo que pretendemos avaliar é a intolerância à atividade. A pesquisa efetuada não foi satisfatória face aos instrumentos ou escalas de avaliação da área da intolerância à atividade. Percebe-se que para chegar à avaliação da intolerância têm que ser usadas escalas que tocam em pontas soltas da intolerância à atividade. Perante esta limitação, a sugestão apresentada é direcionar instrumentos de avaliação reprodutíveis, válidos e responsivos para a intolerância à atividade, permitindo a conceção de cuidados de enfermagem de reabilitação adequados e de qualidade.

BIBLIOGRAFIA

Amorim, L. (2012). Promotion of Self Care in People with COPD: The case of Noninvasive Ventilation. *Journal of Aging & Innovation*. 1(1), 69-79

Cardoso, J. (2015). Definição e Fisiopatologia. Em Drummond, M. (Eds), 100 perguntas Chave na DPOC. pp. 5-12. Permanyer, Portugal.

CIPE/ICNP, (2003). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão 2. Lisboa. Edição: Associação Portuguesa dos Enfermeiros, outubro 2003

Cordeiro, M. e Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória - Conceitos, princípios e técnicas. 1ª ed. Lusociência. Loures.

Correia, S. (2013). Ventilação não invasiva durante o exercício em pacientes com DPOC: revisão sistemática com metanálise. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. 69 pp.

DGS. (2009). Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica. Circular Informativa nº 40a/DSPCD.

DGS. (2013a). Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Norma nº 028/2011.

DGS. (2013b). Programa nacional para as doenças respiratórias. 2ª edição. Lisboa.

DGS. (2015). Portugal - Doenças respiratórias em números. Acedido em 11 de Janeiro de 2017, em: http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Respiratorias.pdf

DGS. (2017). Programa nacional para as doenças respiratórias 2017. Acedido em 28 de Maio de 2019, em: <https://www.google.com/search?q=programa+nacional+doen%C3%A7as+respirat%C3%B3rias+2017&oq=programa+nacional+doen%C3%A7as+respirat%C3%B3rias+2017&aqs=chrome..69i57j0.14251-j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Ferreira, D. (2014). Alterações fisiológicas e funcionais na pessoa com DPOC, em fase de agudização, após implementação de exercícios ativos resistidos dos membros superiores. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança. 86pp.

Ferreira, D. e Santos, A. (2017). Avaliação da pessoa com patologia respiratória. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida , pp. 167 - 180. Lusodidacta, Lisboa.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. Acedido em 13 de fevereiro de 2017, em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

GOLD. (2011). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

GOLD. (2013). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

GOLD. (2014). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Acedido em 15 de janeiro 2017, em: <http://www.goldcopd.org>

GOLD. (2019). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Acedido em 20 de Março 2019, em: <http://www.goldcopd.org>.

Gomes, M. (2016). A implementação de programas de reabilitação respiratória em pessoas com DPOC: uma revisão sistemática da literatura. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 113pp.

Gomes, B. e Ferreira, D. (2017). Reeducação da função respiratória. em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida , pp. 253 - 270. Lusodidacta, Lisboa.

Moreira, M. (2012). O impacto da intolerância à atividade no quotidiano dos clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 136pp.

Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., et al. (2006). American thoracic society/ European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. American journal of respiratory and critical care medicine, 173(12), 1390-1413.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos académicos em enfermagem. Setúbal. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal.

OE. (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. Porto. Edição: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, janeiro 2015

OE. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Acedido em 1 de junho de 2019, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/>

OE. (2018). Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória. Lisboa. Edição: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a: 28/5/2019. Disponível em: file:///C:/Users/Acer/Desktop/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

OE. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Regulamento n° 392/2019, D.R. 2ª série. 85(2019-05-03) (13565).

ONDR. (2018). 13º Relatório – Panorama das doenças respiratórias em Portugal. Retrato da saúde 2018. Estado da saúde em Portugal. Acedido em 29 de junho de 2019, em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

Presto, B. e Damázio, L. (2009). Fisioterapia Respiratória. Edição Futura, Rio de Janeiro.

Sousa, E. et al. (2011). Escalas de avaliação em reabilitação integral. Reabilidades V – reabilitação cognitiva. APER, Porto

Sousa, L. e Carvalho, M. (2017). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida , pp. 405 - 420. Lusodidacta, Lisboa.

Torres, S. (2012). Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós cirurgia no centro hospitalar do porto. Artigo de investigação médica. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Porto. Acedido em 10 de fevereiro de 2017, em: https://www.google.pt/?gfe_rd=c&r&ei=FamhWIunMYLY8gfMxYLGDA&gws_rd=ssl#q=ela+escala+de+ansiedade+e+depress%C3%A3o+hospitalar.

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS: CUIDAR DE QUEM CUIDA

Sérgio Dias⁽¹⁾; Carminda Morais⁽²⁾



Resumo

Contexto: A satisfação profissional (SP) assume relevância na qualidade, segurança dos cuidados prestados e no bem-estar dos colaboradores. **Objetivos:** Avaliar SP nos enfermeiros especialistas; identificar determinantes socioprofissionais da SP. **Métodos:** Estudo observacional, quantitativo, descritivo e transversal. Utilizou-se a Escala de Satisfação dos Enfermeiros no Trabalho (ESET). Universo de 595 enfermeiros do Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM), amostra de 73 enfermeiros especialistas. **Resultados:** Maioritariamente do sexo feminino (86,3%, n=63). Média de idades $42,85 \pm 8,09$ anos, manifestando-se insatisfeitos ($2,91 \pm 0,562$). As dimensões com maior satisfação foram 'SVP' e 'SCO' (respetivamente $3,41 \pm 0,753$ e $3,28 \pm 0,589$). As dimensões com menor satisfação foram 'SVR' e 'SD' (respetivamente $1,65 \pm 0,657$ e $2,64 \pm 1,200$). As médias de satisfação mais elevadas foram registadas em enfermeiros a exercer especialidade ($t=2,014$; $p=0,048$), com 14 ou mais anos de serviço ($t=-2,735$; $p=0,008$), vencimento superior a 1210€ ($t=-2,851$; $p=0,006$) e que optavam por manter-se na enfermagem ($t=4,111$; $p<0,001$). Os enfermeiros com carga horária semanal até 35 horas e que trabalhavam em horário fixo manifestaram-se mais satisfeitos na 'SVR' (respetivamente $U=130,000$, $p=0,019$ e $U=285,000$, $p=0,011$). **Conclusões:** A baixa SP e suas determinantes prespetivam desafios e necessidade de práticas inovadoras da gestão organizacional de saúde, nomeadamente, otimização do capital humano e cultura de ambiente laboral promotora da saúde mental. **Palavras-Chave:** Satisfação no Emprego; Especialização; Profissionais de Enfermagem; Saúde Mental.

Abstract

PROFESSIONAL SATISFACTION OF SPECIALIST NURSES: TAKE CARE OF WHO CARES

Background: The professional satisfaction (SP) assumes relevance in the quality and safety of the care provided and in well-being of the employees. **Aim:** To evaluate SP in specialist nurses; to identify the professional determinants of the SP. **Methods:** Observational, quantitative, descriptive and cross-sectional study. The Nurses at Work Satisfaction Scale (ESET) was used. A universe of 595 nurses from the Hospital Center of Alto Minho (CHAM), a sample of 73 specialist nurses. **Results:** The majority of females (86.3%, n = 63). Mean age was 42.85 ± 8.09 years, and they were dissatisfied (2.91 ± 0.562). The most satisfactory dimensions were 'SVP' and 'SCO' (respectively 3.41 ± 0.753 and 3.28 ± 0.589). The dimensions with lower satisfaction were 'SVR' and 'SD' (respectively 1.65 ± 0.657 and 2.64 ± 1.200). The highest means of satisfaction were registered in nurses practicing specialty ($t = 2.014$, $p = 0.048$), with 14 or more years of service ($t = -2.735$, $p = 0.008$), maturing in excess of 1210 € ($t = 2.851$, $p = 0.006$) and who chose to remain in nursing ($t = 4.111$; $p < 0.001$). Nurses with a weekly work load of up to 35 hours who worked on a fixed schedule were more satisfied in the SVR (respectively $U = 130,000$, $p = 0.019$ and $U = 285,000$, $p = 0.011$). **Conclusions:** Low SP and its determinants present challenges and need for innovative practices in health organizational management, namely, optimization of human capital and work environment culture that promotes mental health. **Keywords:** Job Satisfaction; Specialization; Nursing professionals; Mental Health.

Resumen

SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS: CUIDAR DE QUIEN CUIDA CONTEXTO:

La satisfacción profesional (SP) asume relevancia en la calidad, seguridad de los cuidados prestados y bienestar de los colaboradores. **Objetivos:** Evaluar SP en los enfermeros especialistas; identificar determinantes profesionales de la SP. **Metodología:** Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizó la Escala de Satisfacción de los Enfermeros en el Trabajo (ESET). Universo de 595 enfermeros del Centro Hospitalario del Alto Minho (CHAM), muestra de 73 enfermeros especialistas. **Resultados:** Mayoritariamente del sexo femenino (86,3%, n = 63). Media de edades $42,85 \pm 8,09$ años, y se manifestaron insatisfechos ($2,91 \pm 0,562$). Las dimensiones con mayor satisfacción fueron 'Satisfacción con la Valorización Profesional' ('SVP') y 'Satisfacción con los Colegas' ('SCO') (respetivamente $3,41 \pm 0,753$ y $3,28 \pm 0,589$). Las dimensiones con menor satisfacción fueron 'Satisfacción con Valorización y Remuneración' ('SVR') y 'Satisfacción con la Dotación' ('SD') (respetivamente $1,65 \pm 0,657$ y $2,64 \pm 1,200$). Las medias de satisfacción más elevadas se registraron en enfermeros a ejercer especialidad ($t = 2,014$, $p = 0,048$), con 14 o más años de servicio ($t = -2,735$, $p = 0,008$), vencimiento superior a 1210 € ($t = -2,851$, $p = 0,006$) y que optaban por mantenerse en la enfermería ($t = 4,111$; $p < 0,001$). Los enfermeros con carga horaria semanal hasta 35 horas y que trabajaban en horario fijo se manifestaron más satisfechos en la 'SVR' (respetivamente $U = 130,000$, $p = 0,019$ y $U = 285,000$, $p = 0,011$). **Conclusión:** La baja SP y sus determinantes presionan desafíos y necesidad de prácticas innovadoras de la gestión organizacional de salud, en particular, optimización del capital humano y cultura de ambiente laboral promotora de la salud mental. **Palabras Clave:** Satisfacción en el empleo; Conocimientos Especializados; Profesionales de Enfermería; Salud Mental.

Submetido em junho 2019. Aceite em julho 2019.

(1) Mestrando em Gestão das Organizações-Ramo Gestão de Unidades de Saúde, Escola Superior de Saúde e Tecnologia do Porto; Enfermeiro Especialista de Reabilitação, Centro Hospitalar do Alto Minho, Estrada de Santa Luzia 4904-858 Viana do Castelo, Portugal. E-mail: sergio.dias@ulsam.min-saude.pt

(2) Doutoramento em Ciências da Educação, Mestrado em Saúde Pública; Professora Coordenadora; Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Rua Moisés Alves de Pinho Viana do Castelo 4900 Viana do Castelo, Portugal; Investigadora no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; colaboradora na Health Sciences Research Unit (UCISA-E); Email: carmindamorais@ess.ipv.pt
com. https://orcid.org/0000-0001-7804-2989

INTRODUÇÃO

O trabalho é considerado um elemento central na existência em sociedade, onde o homem se produz como sujeito. Deve o trabalho atuar para além de um mero meio de sobrevivência, não representando apenas uma situação de produção de rendimento, constituindo-se como fonte de inserção, de interação e satisfação, importantes e necessárias para atribuição de significado à vida em sociedade (Farina, 2016). As condições e estilos de vida, bem como as relações que envolvem os indivíduos estão, atualmente, fortemente relacionados com o seu estado de saúde física e mental.

A SP pode ser entendida como um conceito relacionado a um estado afetivo ou emocional ou a uma atitude face ao trabalho e às experiências num determinado contexto laboral (Martinho, 2015). O estudo da SP tem revelado um crescente interesse por parte dos investigadores, de algum modo, motivados pelas consequências que daí podem advir para a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores nas suas organizações, repercutindo-se nos níveis de produtividade e na segurança dos cuidados prestados (Bernardino, 2018). A SP é preditora de saúde mental e um profissional de saúde só com boa saúde mental está no pleno das suas competências (Cabral, Duarte, Silva, Gonçalves & Silva, 2016).

A avaliação da satisfação dos profissionais é, cada vez mais, um imperativo para qualquer organização de saúde, sendo um elemento fundamental para avaliar a qualidade das instituições, o desempenho dos seus profissionais e a satisfação dos utentes. Estudar a SP assume ainda maior importância quando se reporta a profissões no âmbito das relações humanas. Na área da saúde temos assistido a rápidas e profundas mudanças, agravadas pelo recente contexto económico, que atingiram todos os profissionais de saúde. A par de dar resposta às crescentes e exigentes necessidades em matéria de qualidade e direitos dos cidadãos, existem outros imperativos como a racionalização

dos recursos, a competitividade, a segurança dos cuidados de saúde, a satisfação dos trabalhadores e a satisfação dos utentes que é necessário equacionar (Marques, Pimenta & Nascimento, 2018).

Uma população cada vez mais envelhecida, com doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, bem como a evolução tecnológica e alterações organizacionais, traduzem-se numa crescente complexidade das áreas clínicas. O investimento em capital humano, através da especialização dos seus prestadores, torna-se uma necessidade premente (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

Os enfermeiros especialistas possuem uma formação especializada em áreas da prática clínica, devidamente reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). As competências adquiridas e altamente diferenciadas, traduzem-se no desempenho destes profissionais, constituindo uma mais-valia para os serviços de saúde e seus utentes, que se reflete em ganhos de eficiência e efetividade em saúde e numa prestação de cuidados de saúde de qualidade (Lopes et al., 2018).

Alguns são os aspetos que têm vindo a gerar descontentamento por parte dos enfermeiros especialistas. A carreira especial de enfermagem, que vigorou até fevereiro de 2019, legislada pelo Decreto-Lei nº 248/2009, de 22 de Setembro, nunca veio efetivamente a ser posta em prática, pondo em causa a progressão na carreira de muitos profissionais e descorando por completo as especialidades em enfermagem. Os enfermeiros especialistas, que investiram, tanto em valor monetário como em tempo pessoal, na sua formação académica e profissional, a fim de adquirirem mais competências, alguns veem-se hoje a exercer esses cuidados especializados sem que sejam remunerados de acordo com a função. Outros há, que mantêm-se na prestação de cuidados gerais, pois não lhes são criadas condições para o exercício das competências adquiridas, na sua área de especialidade (Marques et al., 2018).

Num momento conturbado em que os

enfermeiros especialistas procuram o seu reconhecimento perante a sociedade e o poder político, urge a necessidade de mensurar a SP, bem como, as suas principais determinantes profissionais.

Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir para que sejam alcançados maiores níveis de SP dos enfermeiros especialistas com repercussão na qualidade, segurança dos cuidados prestados e na promoção da saúde mental destes profissionais.

METODOLOGIA

As questões centrais neste estudo foram: Quais os níveis de SP dos enfermeiros especialistas no CHAM; Que determinantes profissionais (exercer especialidade; tempo de exercício profissional; vencimento, tipo de horário; e optar pela mesma profissão) influenciam a SP dos enfermeiros especialistas do CHAM?

A realização deste estudo, teve como principais objetivos avaliar a SP dos enfermeiros especialistas e identificar as determinantes profissionais que influenciam a SP.

Para dar resposta às questões e objetivos previamente formulados desenhou-se um estudo do tipo observacional, de abordagem quantitativa, transversal e descritivo-correlacional.

A população estudada foi constituída por enfermeiros especialistas a exercer funções na prestação de cuidados no CHAM, de um universo de 595 enfermeiros foi constituída uma amostra de conveniência com 73 enfermeiros especialistas.

A recolha de dados decorreu no espaço temporal de janeiro a fevereiro, de 2018, no CHAM. O instrumento selecionado para a recolha de dados foi um questionário, constituído por duas partes. Uma parte de caracterização sociodemográfica e profissional e uma segunda parte constituída pela ESET de João, Alves, Silva e Ferreira (2017), com alfa de Cronbach de 0,96. Trata-se de uma escala tipo Likert com cinco opções de

resposta (de 1 a 5): «absolutamente nada»; «um pouco»; «moderadamente»; «muito» e «extremamente». Considerou-se o ponto de corte o valor 3, verifica-se assim a SP para valores iguais ou superiores a 3. A ESET é composta por 37 itens, distribuídos por seis dimensões: Satisfação com as Chefias (SCH), itens 5,6,10,14,17,19,21,24,28,29,33 e 35; Satisfação com a Organização e Recursos (SOR), itens 12,13,18,22,23,25,26 e 30; Satisfação com a Valorização Profissional (SVP) itens 15,16,34,36 e 37; Satisfação com os Colegas de Trabalho (SCO) itens 1,2,4,9 e 20; Satisfação com a Valorização e Remuneração (SVR), itens 3,8,27,31 e 32; e Satisfação com as dotações (SD), itens 7 e 11.

Na análise estatística, recorreu-se inicialmente à estatística descritiva para as componentes e para a pontuação total. Na estatística inferencial, para objetivar as determinantes da SP, em comparação de médias recorreu-se ao teste paramétrico t de Student para amostras independentes, sempre que os pressupostos estavam reunidos. Quando não estavam reunidos os pressupostos para utilização de testes paramétricos utilizou-se o teste não paramétrico de U-Mann-Whitney para comparação de medianas de 2 grupos. Na correlação entre a ESET e suas dimensões recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (rs).

Para análise dos dados provenientes da aplicação do inquérito por questionário foi criada uma matriz no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0, para Windows. Considerou-se para este estudo o nível de significância de 5%. Foram respeitados todos os procedimentos éticos inerentes a estudos desta natureza, nomeadamente, a autorização da instituição hospitalar e parecer favorável da Comissão de Ética, obtenção do consentimento informado dos participantes e garantia de anonimato.

RESULTADOS

Participaram neste estudo 73 enfermeiros especialistas (n=73) dos quais 30,1% (n=22) de Reabilitação, 27,4% (n=20) Médico-cirúrgica, 17,8% (n=13) Saúde Materna e Obstétrica, 9,6% (n=7) Saúde Infantil e Pediátrica, 8,2% (n=6) Comunitária/Saúde Pública e 6,8% (n=5) de Saúde Mental e Psiquiátrica. A maioria é do sexo feminino (86,3%, n=63). Apresentam uma idade que varia entre os 30 e os 61 anos com média ($\bar{X} \pm$ desvio padrão (DP) de $42,85 \pm 8,09$ anos e uma mediana de 42 anos. Constatou-se que a percentagem de enfermeiros casados/união de facto (61,6%, n= 45) é superior à percentagem de enfermeiros solteiros/viúvos (38,4%, n=28). Quanto à formação académica a maioria dos enfermeiros possuem uma pós-licenciatura na área da sua especialidade (83,6%, n=61) e apenas 16,4% (n=12) possuem mestrado. Exercem funções no âmbito da sua especialidade 57,2% (n=42). Os enfermeiros a exercer especialidade (n=42) exercem-na há $\bar{X} \pm$ DP de $10,19 \pm 7,13$ anos. Quanto ao tempo de exercício profissional verificou-se que a maioria destes profissionais (69,9%, n=51) trabalham há 14 ou mais anos e apenas 8,2% (n=6) trabalham há menos de 10 anos. No que à remuneração mensal diz respeito verificou-se que mais de metade dos enfermeiros (56,2%, n=41) auferem um vencimento inferior a 1210€. Quase metade dos enfermeiros que exerciam funções no âmbito da sua especialidade (47,6%, n=20) recebia menos de 1210€.

A maioria (89,0%, n=65) tem uma carga horária semanal até 35h. Relativamente ao tipo de horário verifica-se que 76,7% (n=56) tem horário rotativo por turnos (HRT). Relativamente ao vínculo laboral verificou-se que a maioria (95,9%, n=70) era efetiva. Cerca de 1/3 dos enfermeiros (31,5%, n=23) não optariam hoje pela profissão de enfermagem.

No que diz respeito à SP e analisando as seis dimensões da ESET, verificou-se que as reveladoras de maior satisfação no local de trabalho foram a ‘SVP’ e ‘SCO’

(respetivamente $\bar{X} \pm$ DP, $3,41 \pm 0,753$ e $3,28 \pm 0,589$). Por outro lado, as dimensões nas quais os enfermeiros especialistas revelaram estar menos satisfeitos foram na ‘SVR’ e ‘SD’ (respetivamente $\bar{X} \pm$ DP, $1,65 \pm 0,657$ e $2,64 \pm 1,200$).

Quando se analisa a SP dos enfermeiros especialistas em função da especialidade, os enfermeiros especialista em Saúde Infantil e Pediátrica foram os que manifestaram maior média de satisfação ($\bar{X} \pm$ DP), $3,31 \pm 0,382$. Já em sentido contrário os enfermeiros especialistas em Reabilitação foram os que se manifestaram menos satisfeitos com ($\bar{X} \pm$ DP), $2,63 \pm 0,647$. A média global da SP foi de ($\bar{X} \pm$ DP) $2,91 \pm 0,562$, logo os enfermeiros especialistas manifestaram-se insatisfeitos.

Analisou-se a consistência interna da ESET aplicada a este estudo, obteve-se um valor de alfa de Cronbach de 0,950, considerando-se “muito boa” (Almeida, 2017). Seguidamente analisou-se o grau de associação entre a SP e as suas dimensões recorrendo ao teste não-paramétrico de Spearman. Verificou-se que de uma forma geral existe uma associação muito significativa ($p < 0,001$). As dimensões que apresentaram um maior grau de associação com a SP foram por ordem decrescente: “Satisfação com Chefias” ($r_s = 0,911$); “Satisfação com Organização e Recursos” ($r_s = 0,830$); e “Satisfação com Valorização Profissional” ($r_s = 0,703$).

Na análise da SP dos enfermeiros especialistas em função de exercerem funções na área da sua especialidade, verificou-se que os enfermeiros que exercem funções no âmbito da sua especialidade se encontram mais satisfeitos na globalidade ($t = 2,014$; $p = 0,048$) e na ‘SVP’ ($t = 2,606$; $p = 0,011$), como se pode verificar na Tabela 1.

Tabela 1 - Satisfação dos enfermeiros em função de exercer sua especialidade, teste estatístico e p-value

Dimensões	ESET	SG	SCH	SOR	SVR	SD	SVP	SCO	Sim		Não		Teste t-Student	p-value
									M	DP	M	DP		
									CHAM	3,03	0,509	2,76	0,604	2,014
CHAM	3,16	0,796	2,84	0,779	1,728	0,088								
CHAM	3,13	0,554	3,00	0,804	0,799	0,427								
CHAM	1,73	0,740	1,54	0,519	1,160	0,250								
CHAM	2,73	1,190	2,52	1,221	0,737	0,463								
CHAM	3,60	0,642	3,15	0,823	2,606	0,011								
CHAM	3,39	0,515	3,14	0,656	1,860	0,067								

Legenda: CHAM Sim n= 42, Não n=31;

Ao analisar o tempo de exercício profissional, verificou-se que os enfermeiros especialistas com 14 ou mais anos de exercício profissional se manifestaram mais satisfeitos na globalidade ($t=-2,735$; $p=0,008$), e nas seguintes dimensões: ‘SCH’ ($t= -2,589$; $p=0,012$); ‘SOR’ ($t= -2,021$; $p=0,047$); e ‘SVP’ ($U= 387,500$; $p=0,036$).

Ao analisar a SP em função do vencimento, verificou-se que os enfermeiros que auferiam um vencimento superior a 1210€ manifestaram uma maior satisfação na globalidade ($t= -2,851$; $p=0,006$), e nas seguintes dimensões: ‘SCH’ ($t= -2,505$; $p=0,015$); ‘SOR’ ($t= 2,181$; $p=0,033$); e ‘SVR’ ($t= -2,460$; $p=0,018$). Analisando a influência da carga horária nos enfermeiros especialistas, verificou-se que os que trabalhavam até 35 horas semanais estavam mais satisfeitos na dimensão ‘SVR’ ($U=130,000$, $p=0,019$). De igual modo verificou-se que os enfermeiros especialistas que usufruem de horário fixo revelaram-se mais satisfeitos na dimensão ‘SVR’ ($U=285,000$, $p=0,011$).

Quando analisamos a influência de hoje optar pela mesma profissão na SP, verificou-se que os enfermeiros especialistas que hoje optavam pela mesma profissão manifestaram-se mais satisfeitos na globalidade ($t= 4,111$; $p<0,001$) e em todas as suas dimensões exceto a ‘SD’: ‘SCH’ ($t= 3,764$; $p=0,001$); ‘SOR’ ($t= 3,863$; $p<0,001$); ‘SVR’ ($U=343,000$,

$p=0,005$); ‘SCO’ ($t= 3,332$; $p=0,001$); e ‘SVP’ ($U= 295,500$; $p=0,001$). Na Tabela 2 pode-se analisar as diferenças estatisticamente significativas verificadas na influência desta variável na SP.

Discussão

A percentagem de enfermeiros especialistas nas diferentes áreas foi ligeiramente superior à registada pela OE (2017) com exceção da Saúde Mental e Psiquiátrica, assim temos, amostra vs OE: Reabilitação 30,1%, $n=22$ vs 21,5%; Médico-cirúrgica 27,4%, $n=20$ vs 20,9%; Saúde Mental e Psiquiatria 6,8%, $n=5$ vs 11,2%.

A maioria foi do sexo feminino (86,3%, $n=63$). Esta realidade profissional encontra-se em consonância com os dados estatísticos da OE (2017) de 31 de dezembro de 2017, em que dos 71802 enfermeiros ativos 58939 (82,09%) eram do sexo feminino.

Apresentam uma idade que varia entre os 30 e os 61 anos com média ($X \bar{\square}$) \pm desvio padrão (DP) de $42,85 \pm 8,09$ anos e uma mediana de 42 anos. Nos últimos anos, a média de idades dos enfermeiros em diversos estudos, tem vindo a aumentar, podendo ser o reflexo da redução das contratações de enfermeiros verificada nos últimos anos, fruto de contextos económicos conturbados. Constitui-se um capital de trabalho de enfermagem algo envelhecido que a médio prazo pode gerar dificuldade na sua

Tabela 2: Satisfação dos enfermeiros especialistas em função de optarem pela mesma profissão, teste estatístico e p-value.

Dimensões ESET			Sim		Não		Estatística teste	p-value
			M/OM ¹	DP	M/OM ¹	DP		
	SG	CHAM	3,10	0,440	2,52	0,604	4,111 ^a	< 0,001
	SCH	CHAM	3,27	0,619	2,49	0,897	3,764 ^a	0,001
	SOR	CHAM	3,27	0,568	2,67	0,703	3,863 ^a	< 0,001
	SVR	CHAM	41,64 ¹	-	26,91 ¹	-	343,000 ^b	0,005
	SD	CHAM	2,59	1,082	2,74	1,445	-0,441 ^a	0,662
	SVP	CHAM	42,59 ¹	-	24,85 ¹	-	295,500 ^b	0,001
	SCO	CHAM	3,43	0,513	2,97	0,629	3,332 ^a	0,001

Legenda: ¹ (OM) Ordem Média; CHAM Sim n=50, Não n=23; ^a Teste *t-Student*; ^b Teste *Mann-Whitney*.

substituição aquando da reforma.

Dos enfermeiros especialistas 42,5% (n=31) estão na prestação de cuidados gerais. Existe uma percentagem muito significativa de profissionais que sendo especialistas não exercem funções no âmbito da sua especialidade. Reflete um subaproveitamento do potencial destes enfermeiros que são uma mais-valia para a qualidade dos cuidados e segurança dos utentes. O sentimento de falta de autorrealização pode conduzir a perturbações da saúde mental. Deve haver uma especial atenção na alocação destes profissionais, mais qualificados, em prol de todas as vantagens que podem advir para utentes e organização.

A maioria dos enfermeiros especialistas (69,9%, n=51) trabalham há 14 ou mais anos. Considera-se enfermeiros com competências e experiências construídas, sendo um capital humano que deve ser reconhecido e valorizado pelo CHAM.

Quase metade dos enfermeiros que exerciam funções no âmbito da sua especialidade (47,6%, n=20) recebiam menos de 1210€. São profissionais com competências adquiridas e altamente diferenciadas, que têm tradução no desempenho, contudo as entidades empregadoras não os enquadram na estrutural formal da organização, facto que se repercute

negativamente a vários níveis, nomeadamente o remuneratório, com repercussões a nível da saúde mental destes profissionais (Lopes et al., 2018). Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2019), os enfermeiros portugueses que trabalham nos hospitais públicos são os que têm os salários médios mais baixos da OCDE.

A grande maioria dos enfermeiros especialistas (76,7%, n=56) tem um horário por turnos rotativo (HTR). Tal facto pode gerar algum descontentamento porque alguns destes profissionais investiram na especialidade com a perspectiva de alguma vez a exercer num horário mais fixo, a não concretização desta expectativa pode gerar nos profissionais o sentimento de frustração. O horário fixo é preditor de menor stress laboral, logo promotor de saúde mental no trabalho (Gonçalves, Galvão, Escanciano, Pinheiro & Gomes, 2018).

Cerca de 1/3 (31,5%, n=23) dos enfermeiros da amostra, hoje não optaria pela profissão de enfermagem. Muitos destes profissionais vêm hoje defraudadas expectativas que tinham, desde logo, uma carreira que valoriza-se os seus saberes e competências e experiência profissional e melhores condições de trabalho.

Muitos enfermeiros estão a abandonar a profissão devido às condições precárias de trabalho ausência de carreira e baixos salários, (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As dimensões reveladoras de maior SP foram a ‘SVP’, que se traduz pelo reconhecimento dos utentes e familiares, bem como, pelos pares de trabalho e a ‘SCO’, que representa o satisfatório relacionamento entre pares das equipas em prol da qualidade do ambiente de trabalho. O apoio social no trabalho promove a saúde mental dos trabalhadores (Cabral et al., 2016). Também no estudo Marques et al., (2018) o relacionamento com a equipa constituiu-se um fator de satisfação. O bom relacionamento com a equipa pode ajudar a minimizar os fatores de insatisfação.

As dimensões reveladoras de menor satisfação foram a ‘SVR’ e a ‘SD’. A primeira traduz o salário considerado injusto e a falta de progressão na carreira/promoções. A baixa ‘SD’ revela um aspeto preocupante, na medida que, a baixa satisfação nesta dimensão pode significar dotações de enfermagem que põe em causa a segurança dos utentes e dos próprios profissionais. Ter o número adequado de enfermeiros, ou seja, o comprimento das dotações seguras é fundamental para os doentes e profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Baixas dotações são geradoras de stress que para além de influenciarem diretamente de forma negativa a SP, pode ser nocivo para a saúde física e psíquica, colocando em risco a harmonia pessoal, social e familiar, bem como, a qualidade do trabalho desenvolvido (Silva, 2017). Em Portugal há falta de enfermeiros, sendo dos países da OCDE que apresenta rácios enfermeiros por 100000 habitantes mais baixos (26,22) e longe da média da OCDE (45,98), (OCDE, 2019).

Os enfermeiros de Reabilitação foram os que manifestaram a média de SP mais baixa com ($\bar{X} \pm DP$), $2,63 \pm 0,647$. Quando se procurou evidências verificou-se que mais de metade dos enfermeiros de Reabilitação (54,5% n=12), trabalhavam em serviços de medicina que possuem na globalidade piores

ambientes de prática, onde a adequação de recursos humanos e materiais são consideradas das dimensões mais críticas, (Jesus, Roque, & Amaral, 2015). Também mais de metade destes enfermeiros (54,5%, n=12) não desempenha funções no âmbito da sua especialidade. Dos enfermeiros de Reabilitação que exercem funções no âmbito da sua especialidade 70% (n=7), auferiam um vencimento inferior a 1210€. Como refere Santos (2016) a remuneração não adequada à função desempenhada, o não reconhecimento organizacional do valor do trabalho, a falta de visibilidade do trabalho dos enfermeiros de reabilitação e o facto de se encontrarem muitas vezes na prestação de cuidados gerais, podem fundamentar esta menor satisfação, sendo aspectos promotores de riscos psicopatológicos.

Globalmente os enfermeiros especialistas manifestaram-se insatisfeitos com ($\bar{X} \pm DP$) $2,91 \pm 0,562$, também no estudo de Marques et al., (2018) se verificou que os enfermeiros de Reabilitação encontravam-se ligeiramente insatisfeitos. O estudo de (Bernardino, 2018) evidenciou também que os enfermeiros estão insatisfeitos com o trabalho, sendo um facto que se tem vindo a agravar ao longo do tempo.

A ESET revelou-se um bom instrumento com muito boa consistência interna, alfa de Cronbach de 0,95.

A dimensão que revelou maior correlação com a SP foi “SCH” ($r_s=0,911$, $p<0,001$). Salienta-se aqui a influência que o tipo de liderança e comportamentos adotados pelas chefias têm na SP dos seus colaboradores. Esta relação pode em parte justificar a insatisfação revelada pelos enfermeiros especialistas uma vez que a satisfação com as chefias revelada é muito ténue com ($\bar{X} \pm DP$) $3,02 \pm 0,799$. Quanto maior a SP e mais as chefias valorizarem o desempenho profissional dos trabalhadores menor será a presença de riscos psicossociais, como o mobbing (Pinto e Nunes, 2018).

Quando se analisou a SP em função de exercer a especialidade, verificou-se que os enfermeiros que exercem a especialidade se

manifestaram mais satisfeitos na globalidade ($t= 2,014$; $p=0,048$) e na dimensão ‘SVP’ ($t= 2,606$; $p=0,011$). O facto de se estar a concretizar uma expectativa e de serem reconhecidos e valorizados pelos seus pares, utentes e suas famílias, são fatores indutores da SP.

Analisando a SP em função da experiência profissional, verificou-se que os enfermeiros com 14 ou mais anos de serviço se manifestaram mais satisfeitos na globalidade ($t=-2,735$; $p=0,008$) e nas seguintes dimensões: ‘SCH’ ($t= -2,589$; $p=0,012$); ‘SOR’ ($t= -2,021$; $p=0,047$); e ‘SVP’ ($U= 387,500$; $p=0,036$). Duas razões podem contribuir para esta maior satisfação. Em primeiro, a possibilidade de no passado estes profissionais poderem ter tido alguma progressão na carreira que se reflete hoje nos vencimentos. Em segundo lugar, a experiência adquirida e a capacidade de resiliência desenvolvida permitem a estes profissionais encararem a prestação de cuidados, em contextos muito complexos, de uma forma mais eficiente. Também no estudo de Silva (2017) os profissionais de saúde, dos quais 68% enfermeiros, que tinham mais anos de serviço manifestaram-se mais satisfeitos.

Os enfermeiros especialistas que auferiam mais de 1210€ manifestaram maior SP, na globalidade ($t= -2,851$; $p=0,006$) e nas seguintes dimensões: ‘SCH’ ($t= -2,505$; $p=0,015$); ‘SOR’ ($t= 2,181$; $p=0,033$); e ‘SVR’ ($t= -2,460$; $p=0,018$). O melhor salário pode-se considerar, de alguma maneira, a recompensa pelo tempo e dinheiro investido na formação especializada. Os resultados da bibliografia são unânimes em afirmar que a maioria dos enfermeiros se sentem insatisfeitos com o vencimento comparativamente ao trabalho que desempenham, com as atribuições, funções, competências e qualificações no desempenho profissional que consideram incompatível com o esforço despendido na resposta às necessidades dos utentes, (Correia, 2016).

Os enfermeiros que trabalham até 35 horas semanais revelaram maior satisfação na ‘SVR’ ($U=130,000$, $p=0,019$). Os que

trabalham mais de 35 h semanais (11%, $n=8$) têm um vencimento inferior a 1210€ e acresce o facto de que para além de ganhar o mesmo que alguns colegas que trabalham até 35 horas semanais, têm de despende o tempo. Talvez aqui se compreenda a maior satisfação dos enfermeiros que trabalhavam até 35 horas semanais.

Os enfermeiros a realizar HF manifestaram maior satisfação na ‘SVR’ ($U=285,000$, $p=0,011$). Também no estudo de Martinho (2015) os enfermeiros com HF se manifestaram mais satisfeitos. Salienta-se os malefícios do horário por turnos na saúde e a forma muitas vezes incorreta como as chefias fazem a gestão dos horários.

Os enfermeiros especialistas que hoje optavam pela mesma profissão manifestaram-se mais satisfeitos na globalidade ($t= 4,111$; $p<0,001$) e em todas as suas dimensões menos a ‘SD’: ‘SCH’ ($t= 3,764$; $p=0,001$); ‘SOR’ ($t= 3,863$; $p<0,001$); ‘SVR’ ($U=343,000$, $p=0,005$); ‘SCO’ ($t= 3,332$; $p=0,001$); e ‘SVP’ ($U= 295,500$; $p=0,001$). A SP é preditora da retenção dos profissionais na instituição e profissão. Emerge um crescente interesse por parte das organizações em reter e valorizar o capital humano, enquanto o garante do sucesso e cumprimento dos objetivos delineados (Dias, 2012). É fundamental que as organizações desenvolvam estratégias e formas de reconhecimento e valorização, para preservar este capital humano na instituição, sob pena de cerca de 1/3 destes profissionais numa oportunidade de mercado abandonarem a instituição/profissão com todos os custos inerentes.

CONCLUSÃO

Num momento em que os enfermeiros especialistas procuram o seu reconhecimento perante a sociedade e os políticos, urge dar conhecimento deste estudo que embora localizado pode, muito bem, ser uma imagem do panorama nacional. Cada vez mais a SP é um imperativo que traduz a qualidade institucional.

As dimensões nas quais os enfermeiros especialistas estavam mais satisfeitos foram ‘SVP’ e ‘SCO’. A ‘SCO’ traduz-se num suporte social, que ajuda a minimizar os determinantes negativos da SP, sendo importante promovê-lo e valorizá-lo em prol de um ambiente de trabalho mais salubre, preventivo dos riscos psicossociais. A ‘SVP’ reflete o reconhecimento da mais-valia da sua praxis na promoção da saúde.

Os resultados permitiram concluir que embora globalmente insatisfeitos, os enfermeiros especialistas que revelaram maior satisfação foram: os que exerciam funções no âmbito da sua especialidade ($t=2,014$; $p=0,048$); com 14 ou mais anos de exercício profissional ($t=-2,735$; $p=0,008$); com um vencimento superior a 1210€ ($t=-2,851$; $p=0,006$); que trabalhavam até 35 horas semanais ‘SVR’ ($U=130,000$, $p=0,019$); que trabalhavam com HF ‘SVR’ ($U=285,000$, $p=0,011$); e que hoje optavam pela mesma profissão ($t=4,111$; $p<0,001$).

O estudo permitiu uma maior consciencialização da importância da investigação da saúde nos cuidadores formais, uma vez que quando estes profissionais não se sentem satisfeitos no seu meio laboral, não estão reunidas as competências necessárias para que a prestação de cuidados seja de alta eficácia.

Algumas limitações podem caracterizar este estudo, nomeadamente, a utilização de uma amostra localizada que limita a generalização dos resultados. A utilização de uma escala para avaliação da SP ainda recente, limita a comparação pela baixa produção científica ainda verificada. Sugere-se a realização de estudos neste âmbito com uma amostra mais abrangente e alargar o estudo das determinantes.

IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

No setor da saúde, a diminuição da produtividade e da qualidade dos serviços poderá influenciar o nível de saúde das populações, deste modo, torna-se ainda mais premente a mensuração da SP dos trabalhadores da saúde e de modo particular dos enfermeiros especialistas.

As competências adquiridas e altamente diferenciadas têm tradução no desempenho destes profissionais que são reconhecidas por pares e utentes. São uma mais-valia que as organizações devem por ao serviço dos utentes pelos ganhos comprovados em eficiência e eficácia, evitando assim o subaproveitamento, verificado atualmente, no contexto organizacional (Lopes et al., 2018).

A relação próxima entre a SP e ‘SCH’ revela a importância de se ter cada vez mais líderes capazes de motivar a sua equipa e que pautem os seus comportamentos pela presença de equidade, competência, que reconheçam e recompensem o bom desempenho e que permitam alguma participação do colaborador nas tomadas de decisão. Torna-se fundamental a formação contínua das chefias pelo conceito dinâmico que a gestão assume e pela importância da prevenção dos riscos psicossociais.

Os enfermeiros gestores devem valorizar mais os enfermeiros especialistas, dando especial atenção à alocação e motivação destes profissionais, criando condições para que a sua produtividade seja resultado da utilização de todo o seu potencial. É necessário combater as baixas dotações e a sobrecarga de trabalho, que colocam em causa a segurança, qualidade dos cuidados e a saúde física e mental dos enfermeiros. Melhorando as condições de trabalho com adequação dos recursos, oportunidade de participação nas tomadas de decisão, reconhecimento profissional e melhor comunicação entre colaboradores e sua hierarquia, contribui-se para uma praxis pautada pela segurança, qualidade dos cuidados, maior SP dos colaboradores e revela

um papel proactivo na promoção da saúde mental destes profissionais.

Assim, torna-se importante atender às necessidades e particularidades dos cuidadores formais, de modo particular dos enfermeiros especialistas, de forma a intervir e favorecer o desenvolvimento de estratégias que contornem as exigências do trabalho e permitam minimizar riscos psicopatológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, S. (2017). Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde: Um guia com SPSS. Loures: Lusodidacta.

Bernardino, E. (2018). Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfação-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>

Cabral, L., Duarte, J. S., Silva, D., Gonçalves, A. M. e Silva, E. (2016). A situação de crise em Portugal e a saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial*, 3, 57-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0118>

Correia, M. M. (2016). Satisfação profissional dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18161/1/manuela%20veloso%2028%20%281%29.pdf>

Dias, S. (2012). A influência dos traços de personalidade no burnout nos enfermeiros. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=30107

Farina, A. S. (2016). A aposentação e suas repercussões: a construção e desconstrução do trabalho na vida quotidiana. In M. J. Chambel, *Psicologia da Saúde Ocupacional* (pp. 215-229). Lisboa: Pactor.

Gonçalves, A.R., Galvão, A., Escanciano, S., Pinheiro, M., e Gomes, M.J. (2018). Stress e engagement na profissão de enfermagem: Análise de dois contextos internacionais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde*

Mental, Especial 6, 59-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0214>

Jesus, E., Roque, S., & Amaral, A. (2015, November). Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 13, 26-44. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem

João, A. L., Alves, C. P., Silva, C., & Ferreira, N. D. (2017). Validation of a Nurse Job Satisfaction Scale for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 117-130. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=0f67b514-a744-46d6-81e0-0fd4fa3acb5e%40sessionmgr120&hid=111>

Lei nº48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº195/1990. Série I. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p_p_auth=zt2dAYbd

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf

Marques, R., Pimenta, R., & Nascimento, A. (2018, June). Satisfação profissional: Um estudo com enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 56-61. Disponível em: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>

Martinho, J. M. L. G. (2015). Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3229/1/JoseManuelLobatoGandaraMartinhoDM.pdf>

OCDE. (2019). OECD economic surveys

Portugal. Disponível em: <http://www.oecd.org/economy/surveys/Portugal-2019-economic-survey-overview.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). OEDATA em 31-12-2017 membros ativos. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6595/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). ICN ao lado da Ordem e dos enfermeiros portugueses. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/icn-ao-lado-da-ordem-e-dos-enfermeiros-portugueses/>

Pinto, A. S. S., Nunes, A. J. S. (2018). Preditores do Mobbing nos enfermeiros em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial*, 6, 77-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0217>

Santos, S. (2016). A Satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo). Disponível em: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1460/1/Sofia_Santos.pdf

Silva, M. D. (2017). Engagement e satisfação no trabalho dos enfermeiros do pré-hospitalar. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21100>

Silva, M. P. (2017). Burnout, engagement, tecnostress e satisfação laboral em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/104846/2/197101.pdf>

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Susana Moreira(1); Carlos Nunes(2); Luisa Martins(3); Jorge Vale-Lima(4); Susana Cunha(5); Domingos Malta(6)



Resumo

Contexto: A satisfação profissional constitui um desafio para as instituições de saúde e um tema de interesse na governação clínica.
Objetivo: Identificar os fatores que afetam a satisfação profissional dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).
Metodologia: Pesquisa em vários motores de busca, através da combinação dos descritores “nurses”, “job satisfaction” e “primaryhealthcare” nos idiomas de inglês e português, incluindo estudos realizados entre 2012-2017. Seguiram-se os princípios propostos pelo Joanna Briggs Institute com posterior análise crítica de seis investigadores.
Apresentação dos Resultados: O estudo baseou-se em cinco estudos científicos que referenciam fatores que poderão influenciar a satisfação profissional dos enfermeiros que exercem funções nos Cuidados de Saúde Primários.
Conclusão: Diversos fatores influenciam positiva ou negativamente a satisfação profissional dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. É essencial o desenvolvimento de estratégias de gestão em enfermagem que permitam a satisfação destes profissionais no seu contexto de trabalho, permitindo que prestem cuidados de saúde com mais qualidade. Sugere-se que a investigação nacional se foque nesta área.
Palavras-chave: enfermeiros; satisfação profissional; Cuidados de Saúde Primários

Abstract

NURSES' PROFESSIONAL SATISFACTION IN PRIMARY HEALTH CARE
Context: Professional satisfaction is increasingly a challenge for health institutions and a topic of interest in clinical governance.
Objective: To identify which factors affect nurses' professional satisfaction in primary health care.
Methodology: Search on various search engines by combining the descriptors “nurses”, “job satisfaction” and “primary health care” in the English and Portuguese languages, including studies conducted between 2012-2017. It followed the principles proposed by the Joanna Briggs Institute with subsequent critical analysis by six researchers.
Presentation of Results: The study was based on five scientific studies that refer to factors that may influence the professional satisfaction of nurses who perform Primary Care in a positive or negative way.
Conclusion: Several factors influence positively or negatively the professional satisfaction of CSP nurses. It is essential to develop nursing management strategies that allow the satisfaction of these health professionals in their work environment, allowing them to provide health care with better quality to the users and population. It is suggested that national research focus on this specific area.
Key words: nurses; job satisfaction; primary health care

Resumen

SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS ENFERMEROS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
Contexto: La satisfacción profesional constituye un desafío para las instituciones de salud y un tema de interés en la gobernanza clínica.
Objetivo: Identificar los factores que afectan la satisfacción profesional de los enfermeros en la Atención Primaria de Salud (CSP).
Metodología: Búsqueda en varios motores de búsqueda, a través de la combinación de los descriptores “nurses”, “job satisfaction” y “primaryhealthcare” en los idiomas de inglés y portugués, incluyendo estudios realizados entre 2012-2017. Se siguieron los principios propuestos por el Joanna Briggs Institute con posterior análisis crítico de seis investigadores.
Presentación de los Resultados: El estudio se basó en cinco estudios científicos que referencian factores que pueden influenciar la satisfacción profesional de los enfermeros que ejercen funciones en la Atención Primaria de Salud.
Conclusión: Diversos factores influyen positivamente o negativamente en la satisfacción profesional de los enfermeros de atención primaria de salud. Es esencial el desarrollo de estrategias de gestión en enfermería que permitan la satisfacción de estos profesionales en su contexto de trabajo, permitiendo que prestan atención de salud con más calidad. Se sugiere que la investigación nacional se centra en el tema.
Palabras clave: enfermeras; satisfacción profesional; Cuidado de la Salud Primarios

Submetido em julho 2019. Aceite em agosto 2019.

(1) Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, ARS Norte; Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, PG Enfermagem Gerontogeriatrica, PG Administração e Gestão de Unidades de Saúde e PG Gestão de Recursos Humanos. enfanaisabelmoreira@gmail.com.

(2) Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, ARS Norte; Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, PG Enfermagem Gerontogeriatrica, PG Administração e Gestão de Unidades de Saúde e PG Gestão de Recursos Humanos. cmdm1@gmail.com

(3) Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, ARS Norte - UCC Ânora; Mestrado em Cuidados Paliativos, Pós-graduação em Administração e Gestão de Unidades de Saúde e Pós-graduação em Gestão de Recursos Humanos. luisalop1@sapo.pt

(4) Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ARS Norte, USF Nova Salus; Mestrado em Enfermagem, PG Enfermagem Avançada, PG Administração e Gestão de Unidades de Saúde e PG Gestão de Recursos Humanos.

(5) Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, ARS Norte; PG Administração e Gestão de Unidades de Saúde e PG Gestão de Recursos Humanos.

(6) Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, CHVNG/E, EPE; Mestrado em Gestão com Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde; Diploma de Estudos Avançados em Política, Gestão e administração da Saúde. domingosmalta@gmail.com

INTRODUÇÃO

A satisfação profissional constitui, cada vez mais, um desafio para as instituições de saúde e um tema de interesse ao nível da governação clínica.

O Relatório Primavera 2017 produzido pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, no capítulo da análise política e governação da saúde refere que “Não há SNS renovado e melhorias nos cuidados sem a colaboração dos seus recursos humanos que se querem motivados, com competências adequadas e em número suficiente.” (Ferreira, Silva, Mendes, Gaspar e Perelman, 2017, p.32). Salienta também que “(...) não se respeitando as hierarquias técnicas e a valorização de competências aumenta progressivamente o descontentamento e desilusão com o sistema. Estes são fatores de desmotivação e mesmo de acréscimo de dificuldades na gestão dos recursos disponíveis nomeadamente no que respeita a assegurar p. ex. os serviços por turnos e/ou visitação domiciliária” (Ferreira et al. p.32). De acordo com esta informa o, o tema desenvolvido na revisão sistemática da literatura foi “A satisfa o profissional dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários”.

Ao longo dos anos existem várias defini es de satisfa o profissional, decorrentes de inúmeros estudos. Satisfa o profissional pode ser um estado emocional considerado positivo resultante da aprecia o do profissional do seu contexto laboral. Robbins (2010), cit in Alves (2016) considera a satisfa o profissional como o resultado de diversas variáveis, como por exemplo a atitude do indivíduo, as rela es no trabalho e a gestão do mesmo. Já Mishra (2013), cit in Alves (2016) encara a satisfa o profissional como um aspeto mais amplo que afeta a experiência individual e a própria qualidade de vida do trabalhador. Em Portugal, a avalia o do nível de satisfa o dos profissionais de saúde está prevista na Lei de Bases da Saúde e constitui um indicador de avalia o do Serviço Nacional de Saúde, aliada   garantia de estímulo dos profissionais

pela política de recursos humanos (Decreto Lei n  48/90 de 24 de agosto DR 1  Série, 1990).

Os enfermeiros devem adotar padrões de liderança e estratégias de motiva o para que os serviços de saúde sejam mais competentes e contribuam para a satisfa o profissional (Williams, 2014 cit in Alves, 2016).

Desta forma,   imperioso que os responsáveis pela gestão tenham como sua prioridade a avalia o da satisfa o profissional dos enfermeiros, nomeadamente nos cuidados de saúde primários e a posterior interven o corretiva, caso seja necessário. Depois de décadas que valorizavam e centravam os cuidados assistenciais a nível hospitalar, surgiu a reforma nacional dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que no atual contexto do SNS (Sistema Nacional de Saúde) “são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham. O International Council of Nurses está a celebrar a liderança da enfermagem e a defender um maior envolvimento da enfermagem nos CSP, a estratégia-chave para atingir o acesso universal e melhor saúde para a popula o mundial.” (ICN, 2008, p. 1). Os CSP assumem especial destaque nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que são constituídos por diversas unidades funcionais distribuídas geograficamente possibilitando assim equidade na acessibilidade às popula es.

Preende-se com esta revisão, que se identifiquem fatores que influenciam a satisfa o profissional dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários e que se reproduza num suporte teórico e orientador dos gestores de unidades de saúde e/ou gestores de recursos humanos. S  assim poderá haver a ado o de estratégias para a motiva o dos enfermeiros e por conseguinte, a constante melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde   popula o, ao nível da promo o da saúde e preven o da

doença.

MÉTODO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

Inicialmente foi realizada uma pesquisa nos repositórios das bibliotecas do Instituto Jean Piaget de Vila Nova de Gaia e da Universidade Católica Portuguesa – Pólo do Porto com o objetivo de se identificarem os descritores adequados ao tipo de pesquisa que se pretendia. Após a definição dos descritores, foi possível selecionar um horizonte temporal para definir e limitar o tempo de pesquisa. Foram realizadas pesquisas em duas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Enfermagem) e PubMed. Para sistematizar a pesquisa foi utilizada a estratégia PI(C)OD em que os participantes serão os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, a Intervenção os fatores que afetam a satisfação profissional e os outcomes a satisfação profissional (Santos, Pimenta & Nobre, 2007). Assim, construímos a seguinte questão de investigação: Quais(D) os fatores (I) que afetam a satisfação profissional(O) dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários(P)? O resultado da pesquisa nestas bases de dados com a aplicação dos respetivos filtros permitiu os seguintes resultados:

Depois da seleção dos 63 artigos iniciais, foi necessário refinar e filtrar a informação pertinente definindo-se critérios de inclusão e exclusão dos diferentes artigos (tabela 2). Outra das preocupações dos revisores que foi tida em conta, foi a qualidade na seleção dos artigos pelo que foi utilizado o método de Joanna Briggs Institute. Também os artigos repetidos nas bases de dados foram excluídos pelo que, no total, foram selecionados apenas cinco dos 274 artigos inicialmente pesquisados.

Tabela 1

Processo de seleção dos estudos

Etapas	N
1 Pesquisa com os descritores nas duas bases de dados	274
2 Pesquisa por disponibilidade do artigo completo	163
3 Pesquisa de artigos dos últimos 5 anos	74
4 Pesquisa de artigos exclusivamente Humanos	63

Tabela 2

Crítérios de Inclusão e Exclusão dos estudos

Crítérios de Seleção	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros Exercício nos Cuidados de Saúde Primários	Outros profissionais Exercício em contextos diferentes dos Cuidados de Saúde Primários
Intervenções/ fenómenos de interesse	Estudos que descrevam os fatores que afetam a satisfação profissional	Outros fatores não relacionados com a satisfação profissional
<i>Outcomes</i>	Estudos que abordem a Satisfação profissional dos enfermeiros	Estudos que não abordem as variáveis de inclusão
Desenho	Estudos primários e correlacionais.	Restantes tipos de estudo.

Dos estudos identificados na pesquisa inicial, com recurso à metodologia referida no capítulo anterior, apenas cinco foram selecionados para o desenvolvimento deste artigo, cujo processo de seleção foi descrito anteriormente.

Seguidamente apresenta-se a síntese descritiva dos aspetos mais relevantes de cada um dos cinco estudos selecionados sob a forma de tabela de forma resumida (ver tabela 3 nas páginas seguintes).

Tabela 3

Análise dos artigos selecionados para a Revisão Sistemática da Literatura

Artigo/Autores/ Ano	Tipo de estudo Instrumento de colheita de dados Participantes e Amostra	Objetivo geral	Principais conclusões
1. Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. Halcomb, Elizabeth; Ashley, Christine. J ClinNurs; 2017Feb.	Estudo exploratório-descritivo transversal Instrumento de colheita de dados utilizado foi divulgado via informática (incluindo redes sociais – Twitter, LinkedIn e Facebook e e-mail) durante quatro semanas (2015). Instrumento de colheita de dados foi SurveyMonkey constituído por questões abertas que foram trabalhadas SPSS versão 21 (IBM 2012) e duas fechadas revistas por NVivo (2012). Número total de participantes: 1413 com um total de 1166 respostas válidas.	Identificar os aspectos de trabalho que os Enfermeiros que exercem funções no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários Australianos avaliam como sendo mais ou menos satisfatórios e as causas do turnover (renovação de pessoal a exercer funções nos Cuidados Saúde Primários).	O estudo permitiu identificar quais os aspectos que se relacionam com a satisfação profissional dos enfermeiros de forma positiva ou negativa. • Positivos - Práticas profissionais em que se verifique: Interação/proximidade com o utente (ajudar o utente); trabalho em equipa; autonomia; equilíbrio entre vida profissional e pessoal; sentimento de pertença colegial, variabilidade de atividades. • Negativos – Práticas profissionais em que se verifique: baixa remuneração salarial para o trabalho desenvolvido e qualificações existentes; inexistência de tempo para a necessidade de cuidados dos utentes; sem espaço físico adequado para a prestação de cuidados, sem reconhecimento e respeito pela profissão, falha nos modelos de financiamento e políticas de saúde e limitação do papel de enfermagem. 1. <u>Perceções de cultura no local de trabalho</u> A maioria dos inquiridos indicou que não tinham certeza se a sua cultura no local de trabalho foi positiva ou negativa. Enfermeiros mais jovens avaliaram o seu local de trabalho como tendo uma cultura mais positiva, enquanto enfermeiros com mais idade perceberam o local de trabalho como tendo uma cultura mais negativa 2. <u>Satisfação no trabalho</u> A maioria dos inquiridos indicou que não era nem satisfeito nem insatisfeito. Principais áreas de satisfação no trabalho: (a) Satisfação pessoal (b) Satisfação profissional (c) Satisfação com as perspetivas de remuneração e de futuro
2. Nurses' perceptions of workplace culture in primary health care in Finland. Hahtela, N; Paavilainen, E; McCormack, B; Helminen, M; Slater, P; Suominen, T. IntNurs Rev; 2015 Dec.	Estudo descritivo transversal. Os dados foram obtidos por aplicação de questionário em vinte e duas implementado em nove organizações primárias de saúde na Finlândia. Uma amostra de conveniência de 220 participantes existentes em trinta unidades dos Cuidados de Saúde Primários.	Descrever as perceções dos enfermeiros sobre a cultura do local de trabalho, especialmente em relação aos níveis de stress, satisfação no trabalho e ambiente de prática nos Cuidados de Saúde Primários.	A maioria dos inquiridos indicou que não tinham certeza se a sua cultura no local de trabalho foi positiva ou negativa. Enfermeiros mais jovens avaliaram o seu local de trabalho como tendo uma cultura mais positiva, enquanto enfermeiros com mais idade perceberam o local de trabalho como tendo uma cultura mais negativa 2. <u>Satisfação no trabalho</u> A maioria dos inquiridos indicou que não era nem satisfeito nem insatisfeito. Principais áreas de satisfação no trabalho: (a) Satisfação pessoal (b) Satisfação profissional (c) Satisfação com as perspetivas de remuneração e de futuro

<p>3. The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. Lorenz, Vera Regina; Guirardello, Edinêis de Brito. RevLatAm Enfermagem; 2014 Nov-Dec.</p>	<p>Estudo transversal e correlacional. Utilizados instrumentos de colheita de dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NursingWork Índex Revised; • Inventário de burnout de Maslach; • Ficha de caracterização do enfermeiro. <p>Amostra de 198 participantes.</p>	<p>Avaliar percepções dos enfermeiros sobre autonomia, controle sobre o ambiente, relação profissional entre enfermeiro e médico e suporte organizacional. Correlacioná-las com burnout, satisfação no trabalho, qualidade do cuidado e intenção de deixar o trabalho.</p>	<p>Artigo demonstra a existência de sete correlações significativas entre as subescalas do NWI-R e as variáveis. Quanto pior é a percepção do controle sobre o ambiente da prática profissional e do suporte organizacional pior a percepção da qualidade do cuidado e pior a satisfação no trabalho.</p>
<p>4. Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. Poghosyan, Lusine; Aiken, Linda H. J Ambul Care Manage; 2015Apr-Jun.</p>	<p>Estudo transversal com aplicação de questionário com trinta e cinco itens e quatro categorias de resposta. Amostra por conveniência de 592 enfermeiros de dois estados do Nordeste dos Estados Unidos da América.</p>	<p>Gerar insights sobre questões importantes para entender melhor as funções de enfermagem e características organizacionais importantes para a prática de enfermagem nas configurações de Cuidados de Saúde Primários e se existem intenções de sair deste local de trabalho.</p>	<p>Dos relatórios apresentados realça-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quase 26% expressaram algum nível de insatisfação com o seu trabalho e 13,8% estavam muito insatisfeitos. • Cerca de 15% planeavam deixar o seu trabalho no próximo ano. • Apenas 5,6% relataram probabilidade de perder o emprego ou ser demitidos nos próximos 12 meses. • Escassez de recursos humanos • Falta de compreensão • Definição de função limitada dentro da configuração de emprego • Falta de acesso adequado a informação e apoio organizacional • Falta de lista de pacientes atribuída • Falta de independência na prestação de cuidados, o que desfia a qualidade e continuidade dos cuidados • Falta de estrutura organizacional para avaliar o desempenho • Falta de feedback sobre os cuidados prestados.

<p>5. Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers. Pron, Ann Linguiti. J Am Assoc Nurse Pract., 2013 Apr.</p>	<p>Estudo descritivo e quantitativo. Utilização do Instrumento de Recolha de Dados (MisenerNursePractitioner Job SatisfactionScale, traduzido em português Escala de Satisfação no Trabalho de Profissionais de Enfermagem) Enfermeiros com o mínimo de 6 meses de experiência em Cuidados de Saúde Primários nos centros de saúde administrados por enfermeiros (Nurse-managedhealthcenters - NMHC) na América. Amostra de conveniência: Convidados 198 enfermeiros com participação de 50% (participantes de 16 estados e 46 centros de saúde).</p>	<p>Este estudo de pesquisa examinou as características dos enfermeiros que trabalham em Cuidados de Saúde Primários e mede a satisfação no trabalho e o nível percebido de autonomia. Não há estudos sobre satisfação no trabalho ou autonomia para estes que tinha sido relatado anteriormente nestes locais (NHMC).</p>	<p>Os enfermeiros que trabalham nos Cuidados de Saúde Primários têm satisfação no trabalho, percebem seu papel como autônomo e estão satisfeitos com a autonomia que têm.</p>
---	---	---	---

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A satisfação profissional dos Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários tem sido pouco estudada pelo que se considera pertinente a reflexão sobre os principais resultados dos estudos por nós selecionados.

Na Finlândia, a cultura organizacional e o investimento no ambiente de trabalho nos Cuidados de Saúde Primários são descritos como essenciais para o recrutamento dos enfermeiros e a manutenção destes no seu posto de trabalho (Hahtela et al. 2015).

Existem aspetos que influenciam de forma positiva ou negativa a satisfação profissional dos enfermeiros australianos. Destacam-se como fatores positivos a existência de interação/proximidade com o utente; trabalho em equipa; autonomia; equilíbrio entre vida profissional e pessoal bem como o sentimento de pertença colegial. Por outro lado, a influência de forma negativa verifica-se quando existe baixa remuneração salarial para o trabalho desenvolvido e qualificações de que são detentores; inexistência de tempo para a necessidade de cuidados dos utentes; espaço físico inadequado para a prestação de cuidados, ausência de reconhecimento e respeito pela profissão, falha nos modelos de financiamento e políticas de saúde e limitação do papel de enfermagem (Halcomb e Ashley, 2017).

No Brasil, mais uma vez se destaca a importância do ambiente organizacional na perceção da satisfação profissional do enfermeiro. No estudo brasileiro analisado, os enfermeiros avaliaram que o ambiente é parcialmente favorável à prática de Enfermagem sempre que se verifique a existência de: autonomia, relações profissionais cordiais entre médico e enfermeiro e suporte organizacional. Contrariamente, o ambiente torna-se parcialmente desfavorável sempre que exista a perceção de pouco controlo organizacional. As perceções destes profissionais acerca do ambiente organizacional correlacionam-

se com o burnout, satisfação no trabalho, qualidade do cuidado e intenção de deixar o trabalho atual. É possível inferir que reduzindo a perceção de controlo sobre o ambiente da prática profissional reduz-se a satisfação no trabalho (Lorenz e Guirardello, 2014).

No artigo científico redigido por Poghosyan e AiKen (2015), os enfermeiros relataram défices no contexto organizacional, implementação problemática de recursos e relações desfavoráveis com a administração. O mesmo estudo também identificou outros fatores que levam à insatisfação expressa pelos enfermeiros nomeadamente a escassez de recursos humanos, a falta de lista de utentes atribuída e a falta de independência na prestação de cuidados. Em termos organizacionais, outros fatores foram relatados: a perceção de falta de compreensão, a falta de acesso adequado a informação e apoio organizacional, a falta de estrutura organizacional para avaliar o desempenho, a ausência de feedback sobre os cuidados prestados e a definição de função limitada dentro da configuração de emprego.

Outro artigo científico realizado nos Estados Unidos, correlaciona a satisfação profissional dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários com a autonomia. Quanto mais os enfermeiros estão satisfeitos com a autonomia mais satisfação têm do trabalho (Pron, 2013).

Todos os estudos, podem contribuir de forma útil para uma verdadeira reflexão sobre o ambiente laboral e os restantes fatores associados à satisfação profissional dos enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde Primários permitindo a estruturação ou reestruturação de processos de trabalho tendo em vista a realização dos profissionais. Assim, de forma resumida, pretende-se organizar toda a informação relacionando os fatores que poderão influenciar a satisfação profissional dos enfermeiros de forma positiva ou negativa em forma de tabela (ver tabela 4 na página seguinte).

Tabela 4

Fatores que influenciam positivamente e negativamente a satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP

Pólo positivo (satisfação profissional)	Pólo negativo (insatisfação profissional)
<ul style="list-style-type: none"> - Cultura organizacional e o investimento no ambiente de trabalho - Suporte organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco controlo organizacional - Défices no contexto organizacional - Implementação problemática de recursos - Relações desfavoráveis com a administração - Falta de acesso adequado a informação e apoio organizacional - Falta de estrutura organizacional para avaliar o desempenho - Ausência de <i>feedback</i> sobre os cuidados prestados - Definição de função limitada dentro da configuração de emprego
<ul style="list-style-type: none"> - Existência de interação/proximidade com o utente 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistência de tempo para a necessidade de cuidados dos utentes - Escassez de recursos humanos - Espaço físico inadequado para a prestação de cuidados - Falta de lista de utentes atribuída
<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em equipa - Relações profissionais cordiais entre médico e enfermeiro - Autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de reconhecimento e respeito pela profissão - Falta de independência na prestação de cuidados - Limitação do papel de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de pertença colegial 	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção de falta de compreensão - Baixa remuneração salarial para o trabalho desenvolvido e qualificações existentes - Falha nos modelos de financiamento e políticas de saúde
<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio entre vida profissional e pessoal 	

LIMITAÇÕES DOS ESTUDOS

Todos os estudos selecionados apresentam algumas limitações pelo que se irão destacar as de maior relevo, nomeadamente a seleção do processo de amostragem, a representatividade de algumas amostras, bem como a forma de aplicação dos questionários, que por si só

podem constituir algum tipo de viés capaz de alterar a perceção que os estudos apontam. Para uma correta perceção das diferentes limitações, estas serão apresentadas sob a forma de tabela de acordo com cada estudo analisado.

Tabela 5

Descrição das principais limitações identificadas para cada um dos estudos analisados

Artigo/Autores/Ano	Principais Limitações do Estudo identificadas
1. Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. Halcomb, Elizabeth; Ashley, Christine. J ClinNurs; 2017Feb.	Não é possível calcular a representatividade da amostra; não existe identificação do total de enfermeiros em exercício de funções em Cuidados de Saúde Primários.
2. Nurses' perceptions of workplace culture in primary health care in Finland. Hahtela, N; Paavilainen, E; McCormack, B; Helminen, M; Slater, P; Suominen, T. IntNurs Rev; 2015 Dec.	Amostra de conveniência e de tamanho reduzido (não representativa); estudo usou um desenho transversal que dificulta extrapolar as relações causais.
3. The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. Lorenz, Vera Regina; Guirardello, Edinêis de Brito. RevLatAm Enfermagem; 2014 Nov-Dec.	Amostra corresponde a 69,0% da população, restrito a um município de Estado de São Paulo – viés de seleção e impossibilidade de generalização
4. Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes. Poghosyan, Lusine; Aiken, Linda H. J Ambul Care Manage; 2015Apr-Jun.	Apenas foram contemplados dois estados no processo de amostragem pelo que não poderá ser passível de generalização. Também não é possível saber a representatividade da amostra atendendo a que não existe identificação do total de enfermeiros em exercício de funções em Cuidados de Saúde Primários.
5. Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers. Pron, Ann Linguiti. J Am Assoc Nurse Pract; 2013 Apr.	A amostra não foi selecionada aleatoriamente. Não é possível calcular a representatividade da amostra; os profissionais que não dominam as tecnologias de informação. Questionários foram enviados por e-mail.

Apesar das limitações referidas, foi possível verificar a existência de concordância nos diferentes fatores identificados como favoráveis ou desfavoráveis à existência de satisfação profissional. A maioria dos estudos analisados sugere um aprofundamento da investigação realizada com especial destaque para o processo de seleção das amostras dando ênfase à importância da sua representatividade para extrapolação de dados.

RECOMENDAÇÕES DOS ESTUDOS

Sugere-se que os fatores que se relacionam com a satisfação profissional sejam considerados pelos empregadores visando manter e maximizar as competências destes profissionais.

Existem recomendações na área das políticas de saúde face à expansão dos CSP, para que se invista na estabilidade profissional e se evite a rotatividade de pessoal de forma a que se consiga efetuar a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Halcomb e Ashley, 2017).

É necessário que os enfermeiros gestores e os líderes de saúde abordem a gestão da carga de trabalho e tenham em consideração as variáveis que afetam a cultura do local de trabalho. É necessário adequar o número de enfermeiros às necessidades de cuidados de saúde (Hahtela et al. 2015), assim como as competências necessárias (Pron, 2013).

É necessário reformar estruturas organizacionais para fornecer melhores ambientes de trabalho (Poghosyan e Aiken, 2015), privilegiando a criação de condições que favoreçam ambientes para o exercício da prática segura, com repercussão positiva para o profissional e melhoria da qualidade de cuidados de saúde (Lorenz e Guirardello, 2014). Por tudo isto, somos de opinião que a investigação deverá ser alargada e aprofundada a nível nacional no âmbito da satisfação profissional dos enfermeiros cujo palco de atuação sejam os Cuidados de Saúde Primários.

CONCLUSÃO

No âmbito dos CSP, a satisfação profissional dos enfermeiros é uma temática pouco estudada, embora relevante para a governação clínica, conforme referido inicialmente. De acordo com os resultados obtidos pela análise dos cinco estudos de investigação selecionados, identificamos diversos fatores que influenciam positiva e negativamente a satisfação profissional dos enfermeiros dos CSP. Assim, este artigo constitui uma mais-valia para o conhecimento existente sendo ao mesmo tempo, uma fonte de informação relevante para a gestão.

Os estudos realçam que a cultura e suporte organizacional e o investimento no ambiente de trabalho devem ser tidos em conta para a satisfação profissional dos enfermeiros em contexto dos CSP. A existência de interação/proximidade com o utente, o trabalho em equipa e as relações profissionais cordiais entre médico e enfermeiro são fatores que influenciam de forma positiva a satisfação em contexto laboral. Os enfermeiros também referem a sua autonomia profissional como fonte de satisfação profissional, assim como o sentimento de pertença colegial. O equilíbrio entre a vida profissional e pessoal é, da mesma forma, essencial para o seu bem-estar.

Por outro lado, os estudos referem fatores que levam à insatisfação profissional tais como: o pouco controlo e défice organizacional, a implementação problemática de recursos, as relações desfavoráveis com a administração, a falta de acesso adequado a informação e de avaliação do desempenho, assim como a ausência de feedback sobre os cuidados prestados e a definição de função limitada dentro da configuração de emprego. Outros aspetos referidos englobam a inexistência de tempo suficiente para responder à necessidade de cuidados aos utentes, a escassez de recursos humanos, o espaço físico inadequado para a prestação de cuidados e a falta de lista de utentes atribuída. A ausência de reconhecimento e respeito pela profissão, a falta de independência na prestação de

cuidados e a limitação do papel de enfermagem são também referenciados como negativos no contexto laboral, assim como a percepção de falta de compreensão, a baixa remuneração salarial para o trabalho desenvolvido e qualificações existentes e a falha nos modelos de financiamento e políticas de saúde.

Esta revisão sistemática da literatura apresenta algumas limitações. De todos os estudos selecionados apresentamos as principais limitações tais como a seleção do processo de amostragem, a representatividade de algumas amostras e a forma de aplicação dos questionários que não influenciaram negativamente a qualidade dos mesmos, sendo possível verificar a existência de concórdia nos diferentes fatores de satisfação profissional identificados. Estas limitações comprometem apenas a representatividade dos estudos, sendo necessário refletir sobre os mesmos e defender a prática destes procedimentos. Podemos inferir com os contributos referentes à análise dos estudos que é essencial o desenvolvimento de estratégias de gestão em enfermagem que permitam a satisfação destes profissionais de saúde no seu contexto de trabalho. Sem dúvida que enfermeiros satisfeitos com o seu trabalho, prestam cuidados de saúde com mais qualidade aos utentes e comunidade, com as devidas consequências positivas para a sociedade em geral. Consideramos pertinente efetuar a avaliação continua da satisfação profissional dos enfermeiros em contexto dos CSP inclusive noutros contextos de trabalho de uma forma regular e através de uma matriz ao nível nacional permitindo comparar os resultados obtidos e aferir os fatores de maior relevância que futuramente possam ser alvo de estudo e enfatizados os fatores que promovem a satisfação profissional e os que induzem a insatisfação profissional com a consequente implementação de medidas corretivas ajustadas.

Referências Bibliográficas

Alves, M. (2016). Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de Enfermagem. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Recuperado de https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type%5B%5D=8&academic_programs%5B%5D=3

Decreto Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº 195/90 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

Ferreira, P. L., Silva, J. A., Mendes, F., Gaspar, R., & Perelman, J. (2017). Relatório Primavera 2017. Viver em tempos incertos. Sustentabilidade e equidade na saúde. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado de http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf

Hahtela, N., Paavilainen, E., McCormack, B., Helminen, M., Slater, P. & Suominen, T. (2015). Nurses' perceptions of workplace culture in primary health care in Finland. *International Nursing Review*, 62, 470-478.

Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Halcomb, E. & Ashley, C. (2017). Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. *Journal of Clinical Nursing*. Fev 26 (3-4), 535-545. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

International Council of Nurses (2008). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários. Recuperado em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf

Lorenz, V. R. & Guirardello, E. B. (2014). The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*. 22 (6), 926-933.

Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Poghosyan, L. & Aiken, J. (2015). Maximizing nurse practitioners' contributions

to primary care through organizational changes. *J. Ambul Care Manage*, 38(2), 109-117. Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Pron, A. L. (2013). Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 00, 1-9.

Recuperado em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

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

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 domínios 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: Comentará 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 10€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 10€.

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.