

Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

9

nº 9 - 2ª série - novembro 2014



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUMÁRIO / SUMMARY

Nº9 SÉRIE II - NOVEMBRO 2014

EDITORIAL

ARMÊNIO GUARDADO CRUZ

7

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE A MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

STUDY OF ADAPTATION AND VALIDATION OF KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE TO WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

ESTUDIO DE LA ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE A MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

SORAIA FILIPA NICOLA MARTINS RODRIGUES

9

O SORRISO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

SMILE AS COMMUNICATION STRATEGY IN NURSING: CONTRIBUTIONS TO A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

SONRISA COMO ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA: CONTRIBUCIÓN A UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

ANA LÚCIA FERREIRA LOURO; PATRÍCIA PONTÍFICE DE SOUSA

18

DOTAÇÃO SEGURA EM ENFERMAGEM: CARACTERÍSTICAS E VARIÁVEIS DO CONCEITO

SAFE STAFFING IN NURSING: CHARACTERISTICS AND VARIABLES OF THE CONCEPT

DOTACIÓN SEGURA EN ENFERMERÍA: CARACTERÍSTICAS Y VARIABLES DEL CONCEPTO

MARIA JOÃO BAPTISTA DOS SANTOS DE FREITAS; PEDRO MIGUEL DINIS PARREIRA; JOÃO PAULO MARÔCO

26

ESTUDO DA PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS

STUDY OF PREVALENCE AND RISK FACTORS OF WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL INJURIES IN NURSES

ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LAS ENFERMERAS

JOANA JERÓNIMO; ARMÊNIO CRUZ

35

ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE *BURNOUT*

RN4CAST STUDY IN PORTUGAL: NURSES' PERCEPTION OF BURNOUT

ESTUDIO RN4CAST EN PORTUGAL: LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE BURNOUT

ÉLVIO HENRIQUES DE JESUS; ALEXANDRA MARQUES PINTO; INÉS SANTOS ESTEVINHO FRONTEIRA; AIDA MARIA DE OLIVEIRA CRUZ MENDES

47

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO ESTIGMA

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF SCALES FOR ASSESSING THE STIGMA

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LAS ESCALAS PARA EVALUAR EL ESTIGMA

LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO; AMORIM GABRIEL SANTOS ROSA; JOÃO LUÍS ALVES APOSTOLO

61

RISCO DE QUEDA DOS IDOSOS, DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

FALL RISK, FROM A FAMILY HEALTH UNIT.

RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS, DE UNA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR

ANDREIA FERNANDES; MARIA NILZA GUIMARÃES NOGUEIRA; PAULO TELES

68

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À PRÁTICA DA ELETROCIRURGIA

THE ROLE OF NURSING IN PREVENTING COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH ELECTROSURGERY

EL PAPEL DEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DE LA ELETROCIRURGIA

FILIPA ISABEL SERRA AFONSO; MARTA SUSANA LOPES ESTÊVÃO CARVALHO; LUÍS MIGUEL NUNES DE OLIVEIRA

76

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM E SEGURANÇA DOS DOENTES

NURSING LEADERSHIP AND PATIENT SAFETY

LIDERAZGO DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AMÉLIA FILOMENA OLIVEIRA MENDES CASTILHO; PEDRO MIGUEL DINIS PARREIRA; MARIA MANUELA FERREIRA PEREIRA DA SILVA MARTINS

81



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Propriedade e Administração/Ownership

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

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

Internet - www.sinaisvitais.pt/rie.php

E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL

A divulgação da produção de conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de qualquer ciência. A comunicação dos seus resultados pode ser feita por diversas vias, nomeadamente através de conferências em congressos, seminários, aulas, mas a publicação de artigos científicos são a principal forma de comunicação nesta área. Artigos publicados em revistas científicas sérias e indexadas em uma ou mais das principais bases de dados tornam o conhecimento produzido acessíveis à comunidade científica de forma estável: a informação fica registada, inalterada e acessível e partilhada com outros investigadores a nível global e ao longo de gerações.

Por isso, a procura de edições periódicas que publiquem os seus artigos deve ser contínua, pois disso depende a divulgação dos resultados das investigações realizadas e, muitas vezes, a evolução e desenvolvimento do investigador.

A globalização que se tem verificado nas últimas décadas, acompanhada pela opção das editoras em publicações em versão digital (cada vez mais comum), em detrimento da versão em papel, o acesso aberto, a utilização de plataformas online no processo de submissão e gestão de artigos, entre outras mudanças, alterou significativamente os paradigmas anteriores, com reflexos evidentes em todo o processo editorial.

Reconhece-se que as publicações digitais, principalmente através do “acesso aberto”, têm contribuído para uma maior disseminação e aumento do número médio de citações que um artigo recebe. No entanto, o “acesso aberto” às revistas científicas e aos seus artigos, por parte dos investigadores, cria alguns problemas de controlo de custos inerentes à própria gestão editorial, pois possibilita aos investigadores acederem aos artigos, muitas vezes, sem custos de inscrição ou de quotização.

Por isso, muitas das editoras científicas, sejam de cariz privado, editoras de cariz associativo (sociedades, etc) ou de instituições públicas (universidades, etc.), estão a optar por cobrar taxas de submissão e/ou de publicação de artigo ao(s) seu(s) autor(es) para fazer face às despesas inerentes a toda a máquina envolvido na produção da publicação não periódica.

Actualmente, este procedimento começa a ser prática comum na maioria das revistas internacionais, e também em algumas nacionais.

Neste contexto global, a RIE também tem dificuldades em manter a “máquina” editorial em funcionamento e permitir o “acesso aberto” de forma a aumentar a disseminação dos artigos publicados e o aumento do número de citações dos mesmos, sentindo necessidade de se adaptar a esta conjuntura.

Assim, a RIE vê-se também na contingência de alterar o seu sistema de financiamento, e em breve irá informar através dos diversos meios de comunicação, das novas normas de submissão e publicação.

Arménio Guardado Cruz

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE A MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Soraia Filipa Nicola Martins Rodrigues⁽¹⁾



Resumo

O trabalho consistiu num estudo metodológico, descritivo e transversal que teve como objectivos fazer a adaptação linguística e cultural, e validar a escala “King’s Health Questionnaire” (KHQ) e avaliar o impacto que a incontinência urinária de esforço (IUE) assume na amostra. O KHQ e o questionário “Short-Form Health Survey” (SF-36), foram simultaneamente administrados a 141 mulheres com IUE diagnosticadas através do estudo urodinâmico. Foram testadas as propriedades psicométricas do KHQ, como a fidelidade (consistência interna e teste-reteste) e a validade de construto e de critério.

A consistência interna (α de Cronbach) variou entre 0,64 e 0,89. A análise dos dados das correlações entre os domínios variou entre forte e muito forte e significativa, entre 0,87 a 0,99. Na validade de construto obtivemos uma correlação moderada a muito alta (0,53 a 0,94), relativamente à validade de critério, o coeficiente de correlação de Pearson entre o KHQ e o SF-36 foi muito fraca a moderada mas significativa (-0,24 a -0,67). A versão para o português (europeu) do KHQ adaptada linguisticamente e culturalmente para aplicação em mulheres com queixas de IUE apresentou resultados que demonstram estarmos perante uma escala fiável e válida para avaliar a QdV no contexto específico da IUE.

Palavras-chave: Incontinência Urinária de Esforço; Qualidade de Vida; Validade do KHQ

Abstract

STUDY OF ADAPTATION AND VALIDATION OF KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE TO WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE. This work was methodological study, descriptive and cross that had as objective to make an adjustment, linguistic and cultural, and validate the scale “King’s Health Questionnaire” (KHQ) and evaluate the impact of stress urinary incontinence (SUI) took the sample.

The KHQ and the “Short-Form Health Survey” (SF-36) were simultaneously administered to 141 women with SUI diagnosed by urodynamic study. The psychometric properties of the KHQ were tested, such as reliability (internal consistency and test-retest) and construct validity and criterion.

The internal consistency (Cronbach’s α) ranged between 0,64 and 0,89. The analysis of correlations between the domains ranged from strong and very strong and significant, between 0,87 to 0,99. Construct validity correlations obtained a moderate to very high (0,53 to 0,94), with regard to criterion validity, the Pearson correlation coefficient between KHQ and SF-36 was very weak to moderate but significant (-0,24 to -0,67).

The version for Portuguese (European) KHQ linguistically and culturally adapted for use in women complaining of SUI presented results that demonstrate we are dealing with a reliable and valid scale to access QoL in the specific context of SUI.

Keywords: Urinary Incontinence, Quality of Life, KHQ Validity

Resumen

ESTUDIO DE LA ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE A MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

El trabajo consistió en un estudio metodológico, descriptivo y transversal que tuvo como objetivos hacer la adaptación lingüística y cultural y validar la escala “King’s Health Questionnaire” (KHQ) y evaluar el impacto que la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) tiene en la muestra.

EL KHQ y el cuestionario “Short-Form Health Survey” (SF 36), fueron simultáneamente hechos a 141 mujeres con IUE diagnosticadas a través del estudio urodinámico. Fueran testadas las propiedades psicométricas del KHQ, como la fidelidad (consistencia interna y teste-reteste) y la validez de construto y de criterio.

La consistencia interna (α de Cronbach) vario entre 0.64 y 0.89. La análisis de los datos de las correlaciones entre los dominios vario entre fuerte y muy fuerte y significativa, entre 0.87 y 0.99. En la validez de construto obtuvimos una correlación moderada a muy alta (0,53 a 0,94), en relaciona la validez de criterio. El coeficiente de correlación de Pearson entre el KFO y el SF-36 fue muy débil a moderada pero significativa (-0,24 a -0.67).

La versión para portugués (europeo) del KHQ adoptada lingüística y culturalmente para su aplicación a mujeres con molestias de IUE presento resultados que muestran estar ante una escala fiable y válida para avaluar a QdV en el contexto específico de IUE.

Palabras clave: incontinencia urinaria de esfuerzo; cualidad de vida; validez del KHQ

Rececionado em julho 2014. Aceite em setembro 2014

⁽¹⁾Licenciada em Enfermagem – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário. Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Enfermeira nível I a exercer funções no Serviço de Urologia no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. E-mail: soraia.nicola@gmail.com

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma perda involuntária de urina. Olhando para todas as condições urológicas, aquelas que se relacionam com a perda de urina são geralmente as mais negligenciadas. Devido à esperança média de vida ser maior nas mulheres, estas são frequentemente acometidas por condições patológicas não fatais e crônicas, sendo por isso expectável que a taxa de incidência da IU aumente concomitantemente com a idade¹. Esta disfunção urinária constitui um desconcertante problema de saúde, com repercussão social e económica, causando problemas de saúde adicionais e piorando a qualidade de vida da pessoa.

A incontinência urinária de esforço (IUE), definida como a perda involuntária de urina decorrente de esforços sobre a região abdominal, é o tipo de IU que ocorre com maior frequência, especialmente nas mulheres². A anatomia da mulher, as alterações hormonais, os traumas relacionados com as gestações e partos favorecem o deslocamento e enfraquecimento dos músculos do períneo, explicando a maior vulnerabilidade das mulheres à IUE.

A OMS tornou aceitável a noção de que a saúde pode ser uma percepção independente de doença, e que conceitos como qualidade de vida (QdV) e bem-estar têm cada vez mais importância na investigação e na prática dos cuidados de saúde³.

Os profissionais de saúde têm vindo a demonstrar empenho no desenvolvimento de métodos de avaliação de resultados de saúde nas diferentes fases da sua interação com o doente, pois quando este procura ajuda não o faz somente devido à sua doença, mas também porque a sua QdV está alterada quer pelos sintomas da mesma, quer pela ansiedade que esta gerou⁴.

Os questionários de QdV podem ser divididos em genéricos e específicos⁵. Os instrumentos procuram avaliar de forma global os aspectos importantes relacionados com a QdV (físico, social, psicológico e espiritual) dos quais se destacam, por exemplo, o Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Os instrumentos específicos são capazes de avaliar de forma individual e específica alguns aspectos da QdV⁶. Os aspectos próprios da gravidade e impacto dos

sintomas urinários na vida das mulheres podem ser avaliados através de diversos questionários específicos como o *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)*, o *Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QoL)*, o *Stress Incontinence Questionnaire (SIQ)* e o *King's Health Questionnaire (KHQ)*^{7,8}. Os questionários *I-QoL* e *SIQ* medem o impacto dos sintomas urinários de forma abrangente e generalizada, avalia-se a QdV direccionando-se apenas para a IU, evitando comorbilidades⁸. O *KHQ* avalia tanto a presença de sintomas, como o seu impacto relativo na vida quotidiana, pressupondo resultados mais abrangentes^{7,8}.

A avaliação realizada pelos enfermeiros deverá estar voltada para orientar a conduta de reestruturação da continência ou facilitar o convívio com a IUE em todos os contextos⁹.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo tem como finalidade melhorar o conhecimento dos enfermeiros, e de outros profissionais de saúde, acerca da QdV nas mulheres com IUE através da utilização de um instrumento específico e fiável, com vista a melhorar os cuidados de enfermagem.

Deste modo foram delineados os seguintes objetivos: proceder à adaptação linguística e cultural do *KHQ*; validar o *KHQ* para a IUE nas mulheres portuguesas e avaliar o impacto que a IUE assume na QdV das mulheres portuguesas.

A abordagem do estudo desenvolvido é metodológica, pois a investigação dos métodos de obtenção, organização, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa¹⁰.

A metodologia utilizada relativamente ao tipo de análise de dados é quantitativa porque pretende examinar conceitos precisos, como a IUE e a QdV, e as suas relações mútuas com vista a uma eventual generalização dos resultados¹¹. Os dados foram recolhidos através do *KHQ* cujas perguntas que o compõem são fechadas permitindo uma análise estatística dos resultados.

A informação sobre a amostra foi recolhida num único momento, pelo que o estudo é considerado

transversal, normalmente utilizados para caracterizar o estado de saúde de uma população¹².

Este estudo apresenta variáveis dependentes e variáveis independentes, a variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito sobre a variável dependente, enquanto a variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente e produz um resultado¹¹. Podemos assim identificar nesta investigação, como variável dependente a QdV. Como variáveis independentes, que podem influenciar a variável dependente, temos as características sócio-demográficas e as variáveis clínicas. De modo a permitir a recolha de dados foi elaborado um formulário constituído por três partes:

1. **Questionário sócio-demográfico e clínico** com o objectivo de caracterizar as participantes em estudo. O questionário sócio-demográfico contempla variáveis relativas ao perfil biológico, como o género e a data de nascimento, contemplando também variáveis sócio-económicas, como o estado civil, a escolaridade e a atividade profissional. Por último, contempla as variáveis clínicas como o tempo de queixa da disfunção urinária, o uso de absorventes, o número de absorventes utilizados por dia e as co-morbilidades.

2. **King's Health Questionnaire**, cujos autores são médicos ingleses que produziram e validaram o questionário no Reino Unido, com a finalidade de avaliar o impacto que a IU assume na QdV de acordo com a perspectiva das pessoas afetadas pela doença¹³. A consistência interna da escala original, na sua versão inglesa, variou entre 0,72 (*Limitações Físicas*) a 0,89 (*Relações Pessoais*)¹³. Na versão traduzida e validada para o português (brasileiro) o coeficiente de α de Cronbach variou entre 0,49 (*Sono e Disposição*) a 0,92 (*Emoções*)¹⁴. A versão adaptada linguística e culturalmente para o português (Europeu) foram aplicadas na amostra em estudo com o intuito de a validar e avaliar o impacto da IUE nas mulheres participantes no estudo. Consiste numa escala de auto-preenchimento, tipo formulário, que pode ser administrada pelo investigador pessoal ou telefonicamente. O *KHQ* manteve a estrutura original, sendo composto por 21 questões, divididas em oito domínios a saber: *Percepção Geral de Saúde* (um item), *Impacto da*

Incontinência Urinária (um item), *Limitações de Atividades Diárias* (dois itens), *Limitações Físicas* (dois itens), avalia as limitações causadas pela IU a nível físico, *Limitações Sociais* (dois itens), *Relacionamento Pessoal* (três itens), *Emoções* (três itens) e *Sono/Disposição* (dois itens). A última sub-escala do questionário é independente das restantes sub-escalas apresentadas, e tem por objetivo avaliar a gravidade dos sintomas urinários apresentados pela amostra: *Medidas de Gravidade* (cinco itens).

Estas escalas, tipo Likert, são graduadas em quatro opções de respostas, que variam entre 1 e 4 (“1-nada, 2-um pouco, 3-moderadamente, 4-muito” ou “1-nunca, 2-às vezes, 3-frequentemente, 4-sempre”), exceção feita ao domínio *Percepção Geral de Saúde* com cinco opções de respostas, cuja pontuação varia entre 1 e 5 (“1-muito bom, 2-bom, 3-regular, 4-mau, 5-muito mau”) e ao domínio *Relações Pessoais*, com uma pontuação que varia entre 0 e 4 (“0-não aplicável, 1-nada, 2-um pouco, 3-moderadamente, 4-muito”). O *KHQ* é pontuado em cada uma das suas respostas, sendo os valores somados e avaliados por domínio, não havendo portanto pontuação geral. As pontuações variam entre 0 e 100, e quanto maior a pontuação obtida, pior é a QdV relacionada com aquele domínio.

3. **Short-Form Health Survey-36** é um questionário genérico de avaliação da QdV em saúde, dado que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada um^{15, 16, 17}.

É um questionário multidimensional, formado por 36 itens, abrangendo oito estados de saúde, detectando os estados positivos de saúde, bem como os negativos¹⁶. O seu conteúdo divide-se em dois componentes: saúde física e saúde mental¹⁶. O componente físico é composto pelos seguintes domínios: função física (dez itens), desempenho físico (quatro itens), dor física (dois itens), saúde geral (cinco itens); já o componente mental abrange os domínios vitalidade (quatro itens), função social (dois itens), desempenho emocional (três itens), saúde mental (cinco itens). Existe, ainda, uma questão de avaliação comparativa entre as condições atuais de saúde e as de há um ano atrás.

As opções de resposta são também apresentadas em escala tipo Likert, e pode-se obter uma pontuação final de cada domínio que varia de 0 a 100, sendo que, inversamente à pontuação do *KHQ*, quanto maior a pontuação, melhor é o estado da saúde avaliado. É uma escala considerada fiável e válida por Ferreira^{16,17}.

O objectivo da utilização deste questionário é verificar a validade concorrente do *KHQ*.

Após a obtenção da autorização do estudo por parte do Dr. Kelleher para a utilização do *KHQ*, procedeu-se à sua adaptação linguística e cultural para o português (europeu), seguindo-se a metodologia de Ribeiro¹⁸. A versão original do *KHQ* já se encontra traduzida e validada para a língua portuguesa (brasileiro) pelo Dr. Tamanini, pelo que foi feita uma adaptação linguística e cultural desta escala. Inicialmente, foram contactados peritos, que fizeram a adaptação linguística e cultural da escala, pois é necessário uma familiarização com as exigências linguísticas e culturais inerentes às particularidades da população a que dizem respeito¹¹. Cada um dos convidados fez uma adaptação, após uma reunião com os três peritos chegou-se a um consenso, e à versão 1 do *KHQ*.

Nesta versão 1 do *KHQ* foi mantida a estrutura da escala original, tendo sido alterado o texto, semântica e gramaticalmente, de modo a que se adaptasse melhor ao padrão cultural português (europeu). Os textos da versão portuguesa (Brasil) e da versão 1 do *KHQ*, foram comparados, tendo sido a versão 1, sujeita à crítica de peritos até que a adaptação foi considerada plenamente satisfatória, originando a versão 1.1 do *KHQ*¹¹.

A versão 1.1 foi, de seguida, pré-testada (estudo piloto) numa amostra, de 100 mulheres com IUE, não incluída na principal, mas com características similares, de forma a testar o seu conteúdo, permitindo verificar a clareza e pertinência das questões¹¹.

As participantes, após o preenchimento dos questionários, foram indagadas acerca da compreensão e pertinência das questões e facilidade de preenchimento. Todas as mulheres referiram boa compreensão e aceitação das questões colocadas, assim considerámos mais segura a não alteração ou eliminação de nenhum item nesta fase, pelo que foi considerada apta para ser aplicada à amostra

populacional em estudo.

Os investigadores, devido às dificuldades levantadas ao trabalhar com a população, trabalham com amostras, tornando a investigação mais económica e eficiente¹⁰. A amostragem utilizada neste estudo foi não probabilística, mais concretamente de conveniência, pois os indivíduos seleccionados são os de mais fácil acesso¹⁰.

Assim, recorreu-se à população acessível, pacientes que frequentam consultas de Urologia, num hospital do grande Porto, que já tinham efetuado o estudo urodinâmico, confirmando uma incapacidade mais ou menos severa de conter urina. Deste modo, a amostra escolhida representa e assemelha-se o mais fielmente possível às características que, expectavelmente, todas as mulheres com IUE apresentam.

Os dados foram recolhidos durante um período de quatro meses, de Fevereiro a Maio de 2011, e a amostra foi constituída por todas as mulheres que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos e que acederam participar no estudo.

A amostra utilizada foi constituída por 141 participantes, o intuito foi incluir indivíduos suficientes que permitissem prover resultados significativos no fim do estudo, dado que o tamanho da amostra tem influência no processo de validação do *KHQ* e respectivos resultados da pesquisa. Foram abordadas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, que frequentavam a consulta de urologia, e realizaram o exame urodinâmico como comprovação da IUE, num hospital do grande Porto. Mulheres em período gestacional ou lactantes foram excluídas do estudo para que nenhum outro factor pudesse interferir com a avaliação da QdV. Todas as pacientes com confirmação do diagnóstico de IUE e que respeitavam os critérios de inclusão na amostra, foram contactadas telefonicamente e consultadas acerca do interesse em participar neste estudo. Foram informadas acerca dos objetivos do estudo, da confidencialidade dos dados e ausência de repercussões caso não aceitassem participar na recolha de dados. Os questionários foram preenchidos pela investigadora de acordo com as respostas dadas por telefone. As chamadas tiveram uma duração média de 20 minutos.

A análise estatística dos dados obtidos foi reali-

zada utilizando o software SPSS®, versão 17.0. Para selecionar o tipo de testes estatísticos a aplicar, efetuamos a exploração da distribuição da amostra, nomeadamente testando a normalidade da sua distribuição através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, os testes efectuados não revelaram significância estatística ($p < 0,05$) indicando que existe normalização na distribuição dos resultados^{19,20}.

A validação do *KHQ* foi realizada por meio da avaliação da fidelidade e da validade. Como medidas de fidelidade foram usadas a consistência interna, a estabilidade temporal (teste-reteste) e a fidelidade inter-itens.

A validade de conteúdo foi efectuada com o auxílio de peritos, que examinam a validade de conteúdo de um questionário, ao verificarem se cada questão se reporta ao domínio em estudo¹¹. A validade de construto garante que o teste mede o construto que pretende medir, foi utilizada a validade convergente através da utilização do SF-36, que avalia o mesmo conceito, a QdV. A validade de critério foi avaliada através da validade convergente-discriminante do item, sendo que esta validade é normalmente exibida como um bom indicador de que o item mede o mesmo construto da escala a que pertence e não outro.

A análise descritiva permitiu descrever as características da nossa amostra relativamente aos resultados obtidos para o *KHQ* e para o SF-36. Foram utilizados o teste (t) para testar a diferença entre médias entre médias de dois grupos independentes, o teste ANOVA com o apoio do teste Post Hoc de Scheffé para procedimentos de comparação múltipla em variáveis, tendo como finalidade testar a diferença entre médias de 3 ou mais grupos independentes e a correlação de Pearson (r) para testar o relacionamento entre variáveis contínuas¹⁰.

RESULTADOS

Os resultados do estudo são baseados nas respostas de 141 mulheres com o diagnóstico de IUE aos dois questionários de avaliação da QdV anteriormente referidos.

A média de idades foi 53,2 ($DP=0,92$) anos, variando entre uma idade mínima de 21 anos e máxima de 70 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria das participantes é casada, 108 (86,6%), enquanto os restantes grupos apresentam prevalências menores, sendo 15 as mulheres da amostra divorciadas ou separadas (10,6%), 13 as que se encontram viúvas (9,2%) e apenas 5 permanecem solteiras (3,5%). A média de anos que as participantes frequentaram o ensino escolar foi de 5,55 ($DP=0,26$), existindo mulheres sem qualquer tipo de escolaridade, até participantes com 18 anos de escolaridade. As profissões foram agrupadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões²¹, nesta descrição criamos mais dois grupos – reformados e desempregados, por representarem uma parte da nossa amostra. Pudemos verificar que a nossa amostra é constituída, sobretudo, por trabalhadores não qualificados (36,2%), por reformados (30,5%) e por desempregados (18,4%).

O número de anos que as participantes estiveram com sintomatologia associada à IUE oscilou entre 1 a 40 anos, sendo a média de 8,79 anos, com um desvio padrão de 0,8.

Das 141 mulheres da amostra, 130 (92,2%) usavam algum tipo de penso absorvente, quando questionadas acerca do número de absorventes que utilizavam por dia, 36,9% referiu utilizar, em média, pelo menos 2.

Relativamente às doenças associadas à IUE, 47 mulheres (33,3%) referiram não ter co-morbilidades. As restantes 94 (66,7%) apresentavam algum tipo de co-morbilidade, 14,2% tem HTA, 2,8% tem DM e 19,9% referiu ter outra doença associada à IUE. As doenças mais referidas foram as do foro metabólico (17,7%) e as do foro psiquiátrico (9,9%).

A consistência interna dos domínios constituintes da escala variou entre os 0,64 (*Limitações Físicas e Medidas de Gravidade*) a 0,89 (*Emoções*). No quadro nº1 são apresentados os resultados obtidos para as diferentes sub-escalas do *KHQ*, tendo em conta os valores de referência do estudo inicial¹³, do estudo de validação da escala para o português no Brasil¹⁴ e os valores obtidos na amostra em estudo.

Quadro nº 1 - Análise da fidelidade das sub-escalas do *KHQ* do autor, do estudo brasileiro e da amostra em estudo

Factores/ Sub-Escalas	Nº de itens	Alpha de Cronbach (autor) N=293	Alpha de Cronbach (validação brasileira) N=156	Alpha de Cronbach (amostra) N=141
Limitações Atividades Diárias	2	0,79	0,82	0,86
Limitações Físicas	2	0,73	0,76	0,64
Limitações Sociais	2	0,76	0,69	0,76
Relações Pessoais	3	0,89	0,87	0,83
Emoções	3	0,88	0,92	0,89
Sono/Disposição	2	0,78	0,49	0,75
Medidas Gravidade	5	0,78	0,79	0,64

Através do quadro nº1 podemos verificar valores de α de Cronbach aceitáveis em quase todas as sub-escalas, aproximando-se do valor mínimo geralmente utilizado como referência, 0,7 em trabalhos clínicos¹⁰. O coeficiente pode situar-se entre 0,50 e 0,94 tornando aceitáveis os valores das sub-escalas *Limitações Físicas* ($\alpha=0,64$) e *Medidas de Gravidade* ($\alpha=0,64$)²². Podemos, portanto, considerar que a escala em estudo apresenta na sua globalidade uma fidelidade aceitável.

No sentido de conhecermos a estabilidade no tempo ou constância de resultados do instrumento em análise, procedemos à sua aplicação em dois momentos diferentes¹¹. A segunda administração foi aplicada a uma sub-amostra de 30 participantes, das 141 iniciais, tendo sido aplicada entre o sétimo e décimo-quarto dia após a primeira aplicação.

Após a aplicação do *KHQ* (teste) e a aplicação do reteste foi realizada a correlação de *Pearson* entre os resultados obtidos nos dois momentos. Ao analisarmos os resultados das correlações podemos verificar que todos os domínios apresentam uma correlação forte e significativa. Deste modo, podemos concluir que existiu estabilidade no tempo entre as duas aplicações, havendo constância de resultados, atestando a reprodutibilidade do *KHQ* na amostra em estudo.

A validade de construto concerne a capacidade que um instrumento possui para medir o conceito ou a estrutura teórica do questionário¹¹. Uma boa

convergência/discriminação indica que os valores da correlação de *Pearson* com a sub-escala a que pertence devem ser superiores aos valores de correlação com as sub-escalas a que não pertencem. Em condições ideais os valores de correlação do item com a sub-escala a que pertence devem situar-se acima de 0,40, e abaixo de 0,30 com aquelas a que não pertence. Através deste método de análise, podemos concluir que os itens se encontram, na sua globalidade, organizados pelos respectivos domínios de acordo com a escala original.

Procedemos à análise da validade concorrente através da correlação de coeficiente de *Pearson* entre o questionário em estudo e o questionário genérico da QdV, o SF-36, tal como os autores do *KHQ* e da versão traduzida e adaptada para o português (brasileiro)^{13,14}. As correlações entre os dois questionários são negativas, ainda que avaliem o mesmo conceito, isto verifica-se porque a cotação atribuída aos questionários traduz resultados inversos, ou seja, quanto maior a cotação auferida nos domínios do *KHQ* pior a QdV, enquanto no questionário SF-36, quanto maior a pontuação melhor a QdV. O *KHQ* mostrou, tal como esperado, correlacionar-se significativamente com todas as componentes do questionário SF-36, mas, tal como os autores do questionário original e do traduzido e validado para o Brasil, os resultados das correlações foram mais significativos quando os domínios dos dois questionários estão relacionados, pois avaliam conteúdos similares. Podemos concluir, que mediante os resultados obtidos nesta análise, o *KHQ* avalia o mesmo conceito que o questionário SF-36, ou seja, a qualidade de vida. Consideramos, portanto, existir validade concorrente, ou seja, validade de critério para o *KHQ* aplicado à nossa amostra.

A análise descritiva dos dados é essencial para descrever as características da nossa amostra, mediante os resultados obtidos pelos questionários aplicados, o *KHQ* e o SF-36. A nossa amostra de mulheres, apresenta piores resultados no que concerne a QdV, quando sentem, com maior intensidade, o impacto da incontinência na percepção que têm da sua própria saúde, afetando o seu quotidiano diário, aumentando as limitações físicas impostas pela IUE. As componentes sociais e emo-

cionais da QdV foram, pelo contrário, as menos afetadas pelo impacto da IUE na vida das mulheres participantes nesta investigação.

Para além do estudo descritivo, optou-se por avaliar possíveis diferenças e/ou associações, entre a variável dependente (QdV), nas suas diversas dimensões, em função das variáveis sócio-demográficas e clínicas. A relação da QdV com as questões clínicas, como o tempo com sintomatologia de IUE, a utilização de pensos/absorventes e a quantidade utilizada, bem como as doenças associadas à IUE também foram relacionadas.

Pudemos concluir que a idade influencia negativamente a *Perceção Geral de Saúde* e as *Limitações Físicas* das mulheres. A componente *Relações Pessoais* também é afetada negativamente pela idade. Com a idade, também aumentam as alterações no *Sono/Disposição* e nas *Limitações Sociais*, embora com menos intensidade, sendo a QdV nestas componentes menos afetada do que as restantes.

Para a análise da QdV na mulher com IUE em função do estado civil utilizamos o teste *F* da ANOVA para comparação de médias entre os diferentes grupos. Verificamos que as participantes deste estudo revelaram diferenças, no que concerne a percepção que têm da QdV, em função do estado civil. Relativamente às *Limitações Físicas*, na nossa amostra de mulheres com IUE, o grupo das casadas considera ter melhor QdV do que o grupo das viúvas. Na componente *Relações Pessoais*, verificamos que o grupo das mulheres casadas consideram que a sua QdV é melhor do que a de mulheres pertencentes a outros grupos (solteiras, divorciadas/separadas e viúvas).

Relativamente a análise da correlação da QdV na mulher com IUE em função da escolaridade, verificamos que as variáveis que apresentam uma correlação estatisticamente significativa, encontram-se inversamente correlacionadas. Podemos perceber que as mulheres com mais anos de escolaridade têm as componentes da QdV, *Perceção Geral de Saúde*, *Limitações Físicas* e *Relações Pessoais* menos afetadas pela IUE.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em função da atividade profissional e a componente *Perceção Geral de Saúde*

($F=2,82$; $p<0,01$). Já as componentes *Impacto da Incontinência* ($F=2,37$; $p<0,05$) e *Limitações Físicas* ($F=2,47$; $p<0,05$) apresentam diferenças estatisticamente pouco significativas.

No que concerne a variável tempo com sintomas, há uma correlação baixa mas significativa e negativa com a sub-escala *Limitações Físicas* ($r=-0,34$; $p<0,01$). Ou seja, quanto maior o período de tempo com que as pessoas padecem de sintomatologia de IUE, menor vai ser o impacto das *Limitações Físicas* nas suas vidas.

Relativamente ao uso ou não de pensos para se manterem secas, este facto parece estar relacionado com as *Medidas de Gravidade* adoptadas pelas mulheres com IUE ($t=4,21$; $p<0,01$), sendo a QdV mais afetada quando as mulheres usam pensos absorventes ($M=67,77$; $DP=16,12$).

O nº de pensos/absorventes, utilizados, em média diariamente, tem correlação com a QdV da mulher com IUE. Através do estudo pudemos concluir, que quanto maior o nº de pensos utilizados, diariamente, pela nossa amostra, mais acentuadas são as *Limitações Físicas*, e conseqüentemente aumentam as *Medidas de Gravidade* adotadas. Estes fatos implicam um decréscimo da QdV no que concerne o *Sono e Disposição* e as *Emoções*. O *Impacto da Incontinência* nestas mulheres, bem como as *Limitações de Atividades Diárias* e as *Limitações Sociais*, também aumentam, levando a uma descida da QdV percebida.

Relativamente às mulheres, com ou sem doenças metabólicas, estas apresentam diferenças significativas no domínio *Emoções* ($t=2,71$; $p<0,01$), sendo que quem padece de doenças do foro metabólico percebe de forma mais negativa as suas emoções, do que quem não sofre destas patologias ($M=67,63$; $DP=31,59$). As componentes da QdV que apresentam diferenças menos significativas são a *Perceção Geral de Saúde* ($t=2,06$; $p<0,05$) e o *Sono e Disposição* ($t=1,95$; $p<0,05$), sendo que quem sofre de doenças metabólicas vê a sua QdV mais afetada nestas componentes do que as restantes mulheres da amostra.

Relativamente à influência na QdV, em pessoas com IUE, das doenças do foro psiquiátrico, como por exemplo, as depressões, estas apresentam diferenças estatisticamente significativas nas compo-

nentes *Limitações Sociais* ($t=3,67$; $p<0,01$), *Sono e Disposição* ($t=3,75$; $p<0,01$) e *Medidas de Gravidade* ($t=4,14$; $p<0,01$), apresentam diferenças estatisticamente muito significativas com perda de QdV das mulheres com doenças psiquiátricas. A *Percepção Geral de Saúde* ($t=2,08$; $p<0,05$), *Limitações de Atividades Diárias* ($t=3,15$; $p<0,05$) e *Limitações Físicas* ($t=2,19$; $p<0,05$), apresentam diferenças estatisticamente menos significativas, sendo as mulheres com este género de patologia as que manifestam decréscimo da sua QdV nestas componentes.

DISCUSSÃO

Concluimos que o *KHQ*, se mostra fiável e válido para avaliar o impacto da IUE na QdV da mulheres. Este instrumento vai permitir aos enfermeiros identificar com maior clareza, a presença e gravidade da IUE, de modo a que possam indicar formas de tratamento, e avaliarem a evolução e resultados dos mesmos.

Genericamente podemos concluir que o impacto da IUE tem maior influência nas atividades diárias e estas são refletidas mediante as limitações físicas e limitações sociais. Quanto mais frequentemente são adoptadas as medidas de gravidade, como por exemplo, a utilização de maior nº de pensos absorventes ou terem de trocar a roupa por se encontrar molhada, maior o impacto nas emoções da nossa amostra.

A severidade de medidas a serem tomadas, como o uso de pensos absorventes, a quantidade de água ingerida, a troca de roupa húmida com urina ou a possibilidade de cheirar a urina, trazem consigo sentimentos de impotência e humilhação mediante a IUE. Estas medidas tornam-se indicadores de saúde, de funcionamento físico, função social e conseqüentemente da saúde mental, ocorrendo uma alteração do papel social independente da vontade destas mulheres que se sentem cada vez mais vulneráveis e deprimidas²³.

O enfermeiro, tem um papel fundamental junto das mulheres com IUE, na adequação de comportamentos, levando à redução de condutas como a restrição prolongada de líquidos e micção pouco

frequente, comportamentos que podem causar complicações e danos à saúde destas mulheres²⁴. As mulheres com IUE, possuem em si próprias os recursos latentes que lhes permitirão viver com o seu comprometimento físico, através de reflexões que levam à actualização dos recursos que têm disponíveis²⁵.

CONCLUSÃO

O *KHQ* reuniu um conjunto de características psicométricas que permitem assegurar com algum grau de certeza a sua validade e fidelidade. A versão estudada apresentou uma boa consistência interna na generalidade das sub-escalas. A estabilidade temporal foi estudada e apesar da limitação da amostra ($n=30$ participantes) os resultados são aceitáveis, apresentando correlação significativa, alta a muito alta, entre as diversas sub-escalas do *KHQ*.

A análise geral dos resultados obtidos, traduz numa baixa percepção de QdV em todos os domínios para mulheres com IUE, sendo a *Percepção Geral de Saúde*, as *Limitações Físicas*, as *Emoções* e *Sono e Disposição* as mais afetadas.

Avançamos com algumas propostas, nomeadamente a realização de um estudo longitudinal, com o envolvimento de mais instituições. Pode-se também tentar perceber o impacto na QdV de alguns dos tratamentos para a IUE, como os exercícios de Kegel, a intervenção cirúrgica ou a aplicação tópica de estrogénios através de um estudo experimental.

Bibliografia

- 1 – LEON-GUERRERO, Anna. – **Social Problems: Community, Policy, and Social Action**. 3rdEdition. London: Pine Forge Press, 2011.
- 2 – ABRAMS, P. [et.al.] - The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardization Sub-Committee of the International Continence Society. **Urology**. 61 (2003) 37-49.
- 3 – LEAL, Carla – **Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida**. Universidade dos Açores, 2008.
- 4 – SANTOS, C. S. V. B.; PAIS-RIBEIRO, J. L. - A Qualidade de Vida do Doente Oncológico: Revisão Bibliográfica. **Referência**. 7 (2001) 5-16.

- 5 – WIEBE, S. [et.al.] - Comparative Responsiveness of Generic and Specific Quality-of-Life Instruments. **Journal of Clinical Epidemiology**. 5:1 (2003) 52-60.
- 6 – GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. - Measuring Health-related Quality of Life. **Annals of Internal Medicine**. 118: 8 (1993) 622-629.
- 7 – FONSECA, E. [et.al.] – Validação do Questionário de Qualidade de Vida (King's Health Questionnaire) em Mulheres Brasileiras com Incontinência Urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 27: 5 (2005) 235-42.
- 8 – KELLEHER, C. – Quality of Life and Urinary Incontinence. **Baillieres Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, 14:2 (2000) 363-79.
- 9 – LOPES, M.; HIGA, R. – Desenvolvimento de Sistema Especialista em Diagnóstico de Enfermagem relacionados à Eliminação Urinária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 58:1 (2005) 27-32.
- 10 – POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B.; – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 11 – FORTIN, Marie-Fabienne. - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures. Lusodidacta. 2009.
- 12 – CUNHA, G. [et.al.] – **Estatística Aplicada às Ciências da Saúde**. Lousã. Lidel: Edições Técnicas Lda. 2007.
- 13 – KELLEHER, C. J. [et.al.] - A new Questionnaire to Assess the Quality of Life of Urinary Incontinent Women. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. 104 (1997) 1374-1379.
- 14 – TAMANINI, J. T. N. – **Tradução, Confiabilidade e Validade do “King's Health Questionnaire” para a Língua Portuguesa em Mulheres com Incontinência Urinária**. (2002) Tese de Mestrado.
- 15 – WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. - The MOS 36: Item Short Form Health Survey (SF-36). **Medical Care**. 30:6 (1992) 473-83.
- 16 – FERREIRA, P. L. - Adaptação Cultural e Linguística: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. **Acta Médica Portuguesa**. 13 (2000a) 55-66.
- 17 – FERREIRA, P. L. - Testes de Validação. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. **Acta Médica Portuguesa**. 13 (2000b) 119-127.
- 18 – RIBEIRO, J.L.P. – Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- 19 – PEREIRA, A. – **Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia**. 7ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- 20 – MARÔCO, João – **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 5ª Edição Lisboa: ReportNumber, 2011.
- 21 – INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL - Classificação Nacional das Profissões - <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>. Disponível em Maio de 2011.
- 22 – SILVA, D.M. – Expectativas Generalizadas de Controlo: Tradução e Adaptação da Escala BEEGC-20. **Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde**. (2010) 19-35.
- 23 – SIMONETTI, R. [et.al.] - Incontinência Urinária em Idosos: Impacto Social e Tratamento. **A Terceira Idade**. 12:23 (2001) 53-69.
- 24 – LOPES, M.; HIGA, R. – Desenvolvimento de Sistema Especialista em Diagnóstico de Enfermagem relacionados à Eliminação Urinária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 58:1 (2005) 27-32.
- 25 – CHALIFOUR, J. – **La Relation d'Aide en Soins Infirmiers: Une Perspective Holistique-Humaniste**. Boucherville: Gaetan Morin Editeur, 1989.

O SORRISO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Ana Lúcia Ferreira Louro⁽¹⁾; Patrícia Pontífice de Sousa⁽²⁾



Resumo

A prática de enfermagem abarca uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente, destacando-se a importância da comunicação como instrumento de enfermagem. Neste contexto, há que ter em conta que todo o ato humano comunica, mesmo sendo através da linguagem não verbal, como é exemplo o sorriso. O sorriso nos cuidados de enfermagem pode ser um meio facilitador de confiança, de encorajamento, proporcionando uma sensação de maior apoio ao doente, transmite-lhe conforto e orientação. Com base no exposto, objetivou-se, com esta revisão sistemática da literatura, dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar? A análise dos três artigos, objeto de estudo, permitiu contactar com práticas de enfermagem caracterizadas como humanas, onde o sorriso se assume como um instrumento terapêutico, como uma manifestação de reconforto e confiança nos cuidados prestados, sendo esta uma opinião partilhada pelos autores, nos artigos analisados.

Palavras-chave: Comunicação; Sorriso; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

SMILE AS COMMUNICATION STRATEGY IN NURSING: CONTRIBUTIONS TO A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW.
Nursing practice encompasses an interpersonal relationship between nurse and patient, highlighting the importance of communication as a tool for nursing. In this context, it should be borne in mind that every human act communicates, even though through nonverbal language, such as smiling. The smile on nursing care can be a facilitator of trust, encouragement, providing a greater sense of patient support, transmits you comfort and guidance. Based on the above, the objective is, with this systematic literature review, answer the following research question: What is the role of the smile on nursing care to the patient adult/elderly in the hospital setting? The analysis of the three articles, the object of study, allowed contact with nursing practices characterized as human, where the smile is assumed as a therapeutic tool, as a manifestation of comfort and confidence in the care provided, which is a view shared by the authors in articles analyzed.

Keywords: Communication; Smile; Nursing

Resumen

SONRISA COMO ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA: CONTRIBUCIÓN A UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.
La práctica de enfermería comprende una relación interpersonal entre enfermera y paciente, destacando la importancia de la comunicación como herramienta para la enfermería. En este contexto, hay que tener en cuenta que todo acto humano se comunica, a pesar de que a través del lenguaje no verbal, como sonreír. La sonrisa en los cuidados de enfermería puede ser un facilitador de confianza, ánimo, proporcionando una mayor sensación de apoyo al paciente, que transmite comodidad y orientación. Con base en lo anterior, el objetivo es, con esta revisión sistemática de la literatura, responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el papel de la sonrisa en los cuidados de enfermería al paciente adulto / ancianos en el hospital? El análisis de los tres artículos, el objeto de estudio, el contacto permitido con las prácticas de enfermería se caracteriza como humanos, donde se supone que la sonrisa como una herramienta terapéutica, como una manifestación de la comodidad y la confianza en la atención recibida, que es una opinión compartida por los autores en artículos analizados.

Palabras clave: Comunicación, Sonrisa, Enfermería

Recebido em julho 2014. Aceite em setembro 2014

⁽¹⁾ Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. E-mail: ana.lucia.louro16@hotmail.com

⁽²⁾ PhD, adjunta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

INTRODUÇÃO

Ao longo do percurso acadêmico e profissional foi sempre enfatizada a ideia que, na profissão de enfermagem, têm de estar conjugadas três vertentes do desempenho, nomeadamente, a científica, a técnica e a relacional, ou em três dimensões do saber, designadamente, o saber-fazer, o saber-ser e o saber-estar. Por outro lado, a utilização corrente da palavra cuidar, mais ou menos correta, faz com que se pense e repense na essência da profissão.

Assim, para a realização deste trabalho de investigação, a atenção centrou-se na esfera relacional, enfatizando-se o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente hospitalizado. Ou seja, na pertinência pessoal e profissional em estudar-se mais vivamente a relação profissional de saúde/doente no contexto da intervenção de enfermagem, tendo em conta a importância do humor terapêutico, do qual faz parte o sorriso, tido como um ‘analgésico’ em muitas situações de sofrimento, sobretudo quando se trata de doentes em ambiente hospitalar. Na relação de ajuda, um dos fatores relacionais importantes é a aliança terapêutica entre profissional de saúde/doente.

A pertinência deste assunto tornou-se tanto mais clara porque se poderá, através da revisão da literatura servir de guia orientador e de instrumento de reflexão crítica da aprendizagem no desempenho das diferentes atividades no presente e no futuro, bem como aperfeiçoar as capacidades de planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros prestam cuidados às pessoas considerando-as um sistema aberto, confrontando-se com diferentes situações para as quais desenvolvem diferentes saberes. A relação de ajuda e a comunicação (verbal e não verbal) são exemplos de saberes que, ao serem adquiridos e aplicados, proporcionarão à pessoa cuidados de enfermagem de excelência (Moniz, 2003).

A investigação foi feita sobre bases de dados eletrónicas, e na sua condução foi utilizada a metodologia PI[C]OD e a técnica de análise e integração de dados por metasumário, seguindo a lógica de Lopes *et al.* (2008).

São abordados alguns conceitos relacionados com

a comunicação verbal e não verbal, bem como sobre o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem. Seguidamente tem lugar toda a metodologia, explicitando-se o método de pesquisa e a formulação da questão de investigação. Segue-se a apresentação dos resultados e posteriormente as principais conclusões.

COMUNICAÇÃO: O JOGO DA INFLUÊNCIA NA RELAÇÃO COM A PESSOA CUIDADA

A comunicação é um processo complexo. Jacques Salomé e Christian Potier, referenciados por Phaneuf (2005), descrevem a comunicação como a tentativa de criar “um laço de reciprocidade” entre duas pessoas. Contudo, não se pode esquecer que as pessoas são muito diferentes, tendo cada uma delas a sua biografia, a sua personalidade, as suas necessidades, as suas tendências e os seus problemas particulares. Estas diferenças tornam-se mais importantes quando se trata de um enfermeiro e de uma pessoa cuidada.

Neste sentido, Phaneuf (2005) refere que a diferença de idades, a distância que é criada por uma educação, muitas vezes, de um nível mais elevado no enfermeiro e o jargão profissional utilizado são variáveis que contribuem para o afastamento desta diáde. Por outro lado, o simples facto de estabelecer uma via de passagem entre elas constitui, por vezes, uma efetiva proeza.

Retomando-se a definição de comunicar, que consiste em exprimir e em permitir ao outro fazê-lo, implica que se tenha a capacidade de perceber, escutar e ouvir o outro, bem como apreender o que se passa no interior de cada ser comunicante (emissor e recetor), identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam no recetor (Phaneuf, 2005).

Como escreve Colette Portelance, referenciada por Phaneuf (2005), comunicar significa estar em correspondência com um outro, permanecendo em relação a si próprio. Neste sentido, surge o conceito de autenticidade da comunicação que depende dessa relação.

Phaneuf (2005) refere que a comunicação, na relação terapêutica, é um processo que abraça dois

polos: o dos profissionais de saúde e o da pessoa cuidada. Esta díade pode influenciar-se reciprocamente. Contudo, há uma premissa a ter em conta, só o polo do profissional de saúde está verdadeiramente sob o seu controlo e nunca se pode presumir o valor ou a influência que se exerce sobre o doente. Ou seja, apenas a reação da pessoa cuidada pode informar sobre o significado que ela atribui à mensagem emitida pelo profissional de saúde e só a sua reação pode informá-lo do que se compreendeu sobre o que se diz ou sente.

A autora supracitada considera, ainda, que a comunicação não é algo simples, na medida em que, neste fenómeno, nada pode ser considerado de maneira isolada: cada ser existe em interação com os outros, num determinado aqui e agora, comportando uma dada cultura. Cada interlocutor está imerso num universo percetual que lhe é próprio. Interpreta o mundo com a sua própria visão e, por seleção e reagrupamento, modula, atribuiu sentido, concebe a informação, à medida que a transmite. Estes pressupostos remetem para a existência de dificuldades de comunicação.

Como tal, e atendendo ao exposto, Phaneuf (2005) situa a comunicação do enfermeiro com a pessoa cuidada nesta definição, uma vez que há a troca de informações entre a díade e, de ambas as partes, há uma reação afetiva à mensagem recebida, que confere sentido às palavras pronunciadas ou implícitas e aos gestos que as acompanham. As informações recolhidas pelo enfermeiro, junto da pessoa cuidada, dizem-lhe diretamente respeito e a emotividade compreendida na situação advém da expressão dos sentimentos e dos sofrimentos sentidos pela pessoa cuidada e, simultaneamente, serve para uma melhor compreensão da situação vivenciada.

Na comunicação existem as palavras que são trocadas, mas também a um nível mais ténue, tudo o que elas readquirem, revelam ou dissimulam. As trocas comunicacionais abarcam dois elementos centrais: o “quê” da mensagem – e uma parte mais afetiva ligada à forma como é transmitida - o “como”. Há, por vezes, diferenças relevantes no significado que comunicam estes dois fatores (Santos et al., 2005).

Ainda que seja menos manifesta, esta parte não

verbal da comunicação não é menos importante, porquanto as emoções de um dos parceiros comunicativos, percebidas pelo consciente ou pelo inconsciente do outro, despoletam as suas próprias emoções. A este propósito, dá-se, como exemplo, as palavras pronunciadas por um enfermeiro distraído ou frio, que podem acarretar uma reação emotiva de frustração ou de exaltação na pessoa cuidada, enquanto as palavras pronunciadas com calor e atenção, acompanhadas de um sorriso provocam-lhe um estado de bem-estar. Com maior frequência, não são as palavras utilizadas que agridem, mas as atitudes com que são pronunciadas, as emoções que as submetem e que fazem reagir (Oriá et al., 2004).

A emotividade subjacente a toda a comunicação, passível de conceber as reações do outro, leva a interrogar sobre este poder que confere à comunicação ao serviço dos enfermeiros. Não se pode esquecer que comunicar consiste em influenciar. A pessoa em estado de doença está peculiarmente vulnerável e o enfermeiro que contacta com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mormente pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras, nos seus gestos e nas suas expressões faciais (Santos et al., 2005).

De acordo com Saraiva (2008), a ajuda do enfermeiro deve basear-se em três pontos-chave: a verdadeira escuta, que permite acolher a palavra do outro, proporcionando ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbalmente, quer não verbalmente; a empatia, que implica ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, sabendo no entanto, manter a distância que permite a relação terapêutica e a congruência, que implica que o enfermeiro deve ser autêntico e ele próprio. Para conseguir concretizar estes pontos-chave, o enfermeiro deve demonstrar presença física e humana, disponibilidade para, desta forma, aceder à totalidade da pessoa (Saraiva, 2008). Uma vez conseguida, a relação de ajuda permite que as pessoas ultrapassem de uma forma melhor os seus problemas, sendo este um dos seus grandes objetivos (Melo, 2008).

PAPEL DO SORRISO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A prática de enfermagem envolve necessariamente uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente. Torna-se clara, portanto, a importância da comunicação como instrumento de enfermagem. Neste sentido, a comunicação é um instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional. É a comunicação que possibilita o relacionamento terapêutico enfermeiro/doente, é através do processo de comunicar que o enfermeiro consegue chegar às pessoas, mudando mentalidades e comportamentos.

Neste sentido, há que ter conta que as competências dos enfermeiros em comunicar verbal ou não verbalmente com o doente estão associadas a várias dimensões do cuidar. O signo não verbal é todo aquele que não a língua falada ou escrita, usado para representar alguma outra coisa que não ele próprio. Tais signos são significativos para a pessoa que os usa e para a pessoa que os recebem. A gama de signos não verbais é muito vasta. Como tal, destaca-se um deles: o sorriso.

A comunicação é um importante aspeto para se estabelecer o cuidado de enfermagem que vislumbra uma assistência de qualidade. Dessa forma, o sorriso contribui para a promoção do cuidado emocional, sendo este uma manifestação do humor terapêutico. Para se prestar o cuidado emocional, é necessário que o enfermeiro seja bom ouvinte, expresse um olhar atencioso e empático, transmitido através do sorriso, como meio de confortar e ajudar a recuperar a autoestima do doente hospitalizado, cujo cuidado emocional é extremamente importante para a melhoria da sua qualidade de vida (Oriá et al., 2004).

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia na sensibilidade, na criatividade e na intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o 'fazer com', a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a

presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado (Souza et al., 2005).

O sorriso, de acordo com Ford (2009), nos cuidados de enfermagem funciona como um meio facilitador de confiança, de encorajamento, proporciona uma sensação de maior apoio ao doente e transmite conforto e orientação. A interação que os doentes estabelecem com o ambiente hospitalar e, especialmente com os enfermeiros, pode auxiliá-los face ao seu estado de saúde, capacitando-os na adaptação às mudanças no quotidiano e a reagir com flexibilidade face ao tratamento.

METODOLOGIA

Pretende-se agora descrever de forma sequencial as diversas etapas que orientam a elaboração deste estudo.

Fortin (2009) considera a metodologia como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, sendo nesta fase do processo que se indica o tipo de investigação realizada, o problema e os objetivos. Desta forma, e tendo por base o referencial teórico previamente elaborado, definem-se os procedimentos metodológicos que se consideraram mais adequados ao desenvolvimento deste estudo.

Com o intuito de se estudar o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, a qual tem três etapas que necessitam de ser consideradas previamente: definir o objetivo da revisão, identificar a literatura e selecionar os estudos passíveis de serem incluídos. Essas fases antecedentes ajudam o investigador a adequar a pergunta norteadora da revisão com base na informação disponível sobre o tema em estudo (Sandelowski et al., 2003).

OBJETIVO DA REVISÃO

Esta revisão sistemática da literatura tem como principal objetivo identificar o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar.

Questão de investigação

- Qual o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem ao doente adulto/idoso em contexto hospitalar?

Método de Pesquisa

Após a formulação da questão de investigação, começou-se a investigar sobre bases de dados eletrónicas, que possibilitassem uma maior expansão da informação. Assim, a procura de artigos para a concretização deste trabalho de investigação foi realizada de forma cuidadosa e sistemática em duas bases de dados: *Medline/Pubmed* e *B-on*, por se tratar de bases de dados abrangentes, que permitem o acesso a artigos científicos, de forma integral e gratuita.

Estabeleceu-se um horizonte temporal de 7 anos

(2005 até 2012), recorrendo às seguintes palavras-chave: “Cuidados de enfermagem”, “Comunicação em enfermagem”, “humanismo nos cuidados de enfermagem”, “Relação de ajuda”, “Papel do sorriso nos cuidados de enfermagem”. Os idiomas preferenciais foram o português (do Brasil e de Portugal), inglês e espanhol.

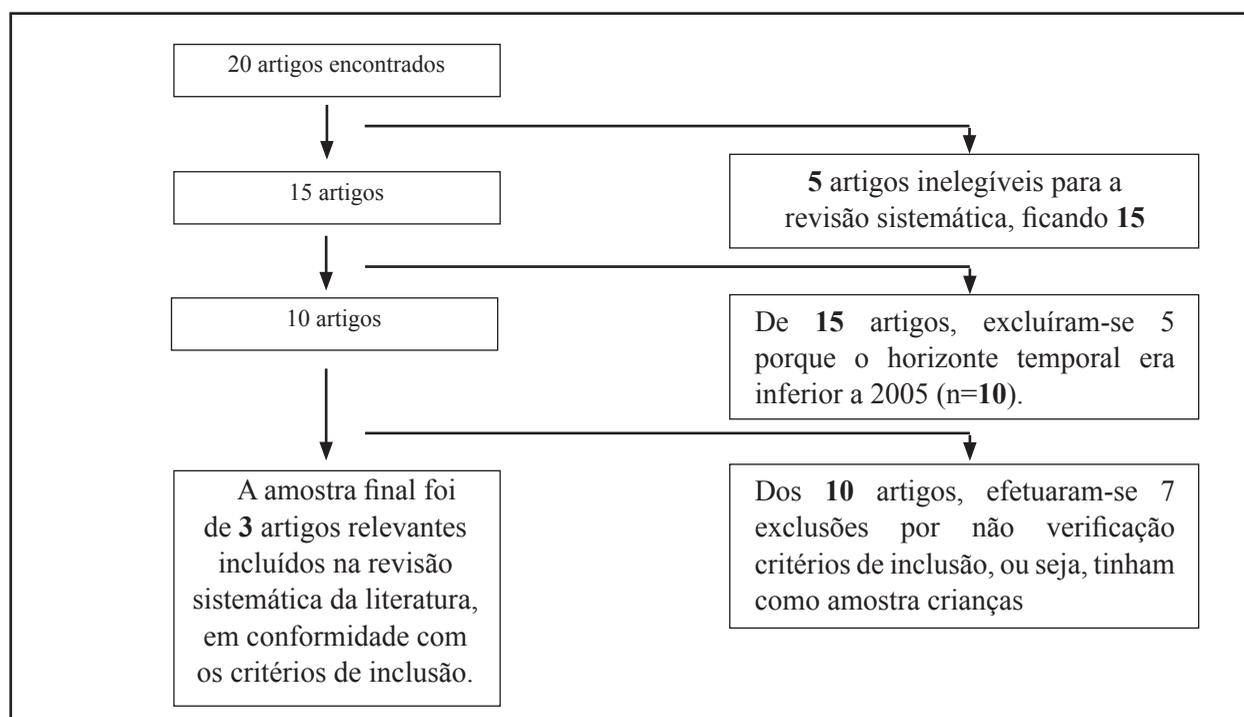
Foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão, para que se pudesse seleccionar os artigos:

- **Critérios de Inclusão:** Horizonte temporal da pesquisa entre 2005 e 2012; Estudos empíricos de natureza quantitativa e qualitativa; doentes adultos hospitalizados;

- **Critérios de exclusão:** Horizonte temporal da pesquisa inferior a 2005; estudos no âmbito da Pediatria e em Saúde Mental; artigos de opinião.

Depois de analisados os artigos na íntegra, e com base na verificação dos critérios propostos, restaram 3 artigos, que foram incluídos na revisão sistemática. A figura que se segue esquematiza o processo de seleção dos estudos para inclusão neste trabalho.

Figura 1 – Representação esquemática das fases sequenciais de seleção dos estudos



Identificada a necessidade da revisão e a literatura pertinente na área, localizados e selecionados os estudos, passou-se à análise dos mesmos, respeitando-se uma série de passos bem definidos, os quais estão preconizados para a elaboração de estudos de revisão sistemática. Seguidamente são apresentados os dados e resultados mais pertinentes, tendo em conta a questão de investigação.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentar os resultados, consiste em fornecer toda a informação pertinente relativamente aos objetivos traçados, que orientam o trabalho. Os resultados apresentados tiveram por base a análise rigorosa e criteriosa dos 3 artigos selecionados. Os resultados foram organizados de forma a atender

Quadro 1 – Síntese das evidências encontradas – PICOD

Identificação do Artigo		BACKES, D.S; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. Ribeirão Preto. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol.15, nº1. (2007).
P	Participantes	17 profissionais da equipa multiprofissional de uma instituição hospitalar da Região Sul, entrevistados em três grupos amostrais.
I	Intervenções	Procurar os significados dos valores e princípios que norteiam a prática dos profissionais da saúde, a fim de alcançar os valores que balizam a humanização.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados (outcome)	Os dados demonstraram que é possível desenvolver novas competências, capazes de provocar uma re-significação dos valores e princípios que balizam a humanização, visando o trabalho como realização pessoal/profissional, aliando a competência técnica e a humana na prática dos profissionais e vivenciando o cuidado humanizado. Os autores concluíram também que houve enfermeiros a responderem que há doentes e familiares a perceber o sorriso e a sensibilidade do profissional de saúde, mormente dos enfermeiros, argumentando que há doentes que afirmam que não são apenas os medicamentos que os curam e os acalmam, a simpatia e o sorriso de quem cuida deles, em contexto hospitalar, também é um fator importante, e uma estratégia para aliviar o seu sofrimento e afastar os seus receios.
D	Desenho do estudo	Estudo de abordagem qualitativa. Foi utilizada a metodologia preconizada pela Teoria Fundamentada nos Dados, que resultou na construção de um modelo teórico, que teve como fio condutor "humanizando o cuidado pela valorização do ser humano".
Identificação do Artigo		FORD, S. Patients view smiling as 'best' indicator of nurse skill. Nursing, Times Net. [Em linha] (2009).
P	Participantes	32 doentes, com idades compreendidas entre os 30 e os 96, tratados numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital dos EUA.
I	Intervenções	Verificar se os doentes vêem o sorriso como 'melhor' indicador de habilidade dos enfermeiros, nos cuidados prestados.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados (outcome)	Os resultados demonstraram que os doentes valorizaram as habilidades interpessoais nos cuidados de enfermagem, em vez de suas habilidades técnicas, atribuindo valor ao sorriso, tido como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Os doentes descreveram os enfermeiros como: amigáveis, reveladores de interesse pela pessoa do outro, com compaixão, bons ouvintes. Referiram que os enfermeiros eram alegres, sorriam com frequência, o que lhes transmitia confiança nos cuidados prestados e lhes permitia a expressão de sentimentos e a colocação de dúvidas. O sorriso assumiu-se como um meio facilitador de comunicação entre os doentes e os enfermeiros, estabelecendo-se, deste modo, uma relação empática.
D	Desenho do estudo	Estudo qualitativo, com recurso a entrevistas e à análise de conteúdo.

Identificação do Artigo		SOUZA, M.L., et al. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. Contexto Enfermagem. Vol. 14 n°2 (2005), p. 266-270.
P	Participantes	Bases bibliográficas
I	Intervenções	Refletir sobre uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem elegendo a dimensão ético-política e alguns aspetos histórico-filosóficos que o caracterizam; Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma conceção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, na sua complexidade, as suas escolhas, inclusive, a escolha da enfermagem como uma profissão.
C	Comparações	Não existem.
O	Resultados (outcome)	O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, na criatividade e na intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o 'fazer com', a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado.
D	Desenho do estudo	Revisão sistemática da literatura.

aos objetivos do estudo, assim como foram comparados e debatidos para que a informação apresentada fosse o mais clara e específica possível.

Os estudos selecionados encontram-se em língua estrangeira (inglês) e língua portuguesa e foram levados a efeito em diferentes países: Estados Unidos da América (EUA), Brasil e Portugal. Todos os artigos são recentes, com publicações entre 2005 e 2009.

Aquando da leitura integral dos artigos selecionados foi identificado o artigo, os participantes, as intervenções, os resultados e o desenho do estudo, como apresentado no quadro que se segue (cf. Quadro 1).

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu contactar com práticas de enfermagem caracterizadas como humanas, onde o sorriso se assume como um instrumento terapêutico, como uma manifestação de reconforto e confiança nos cuidados prestados, sendo esta uma opinião partilhada pelos autores, nos artigos analisados.

Face ao exposto, torna-se pois imprescindível fomentar a confiança e a cooperação mútuas no

processo de interação entre os enfermeiros e os doentes, o que pode ser veiculado através de um simples sorriso, nunca esquecendo que a comunicação não verbal tem muita relevância na relação de ajuda. É através de uma comunicação verbal e não verbal que se estabelece a relação enfermeiro/pessoa, na qual são fornecidas, a esta última, as condições necessárias para satisfazer as suas necessidades individuais, uma vez que se trata de uma relação particularmente significativa que se vai estabelecer entre profissional de saúde e a pessoa cuidada, sendo este um dos pressupostos fundamentais quando se fala em relação de ajuda.

CONCLUSÃO

Antes de se fazer alusão às ideias chave deste trabalho de investigação, começa-se por referir que muitas foram as limitações encontradas para a sua realização, tais como: número muito reduzido de artigos científicos, nacionais ou internacionais, que abordassem o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar, nomeadamente em doentes que não sejam pediátricos. Não se encontraram quaisquer estudos nesta área cujo foco fossem os idosos, o que resultou numa

abordagem do tema de forma mais genérica. Não se encontrara, em vários locais de busca, estudos para além de 2009, sendo os mais recentes no âmbito da Pediatria, onde a abordagem do sorriso, como instrumento terapêutico, é mais vasta.

Atendendo a estas limitações, sugere-se a realização de uma investigação, no futuro, que estudo o papel do sorriso nos cuidados de enfermagem, podendo-se optar por uma metodologia qualitativa, entrevistando enfermeiros e doentes.

Intervir de forma humanizada vai sem dúvida conduzir a uma resposta individualizada dos cuidados prestados pelos enfermeiros, com base num processo holístico, em que “fazer com”, “estar com” e “ser com” deverão ser atitudes dominantes que permitem não só à pessoa cuidada ser constantemente incluída no processo de cuidados, estando no seu centro, como também ao enfermeiro, enquanto cuidador por excelência, transmitir respeito e confiança, demonstrar disponibilidade e estimular o desenvolvimento das capacidades da pessoa.

O sorriso surge, assim, como um processo eficaz na relação de ajuda, na medida em que complementa e dá mais sentido às palavras que são proferidas, tendo em conta que as expressões faciais, os gestos, o sorriso exprimem mensagens que completam as mensagens transmitidas pelas palavras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. Ribeirão Preto. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol.15, nº1. (2007).

FORD, S. Patients view smiling as ‘best’ indicator of nurse skill. Nursing, Times Net. [Em linha] (2009). [Consult. 03 jan. 2013.] Disponível em www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/acute-care/patients-view-smiling-as-best-indicator-of-nurse-skill/5006094.article.

FORTIN, M.F. **O processo de investigação: da concepção à realização**. (Edições técnicas e científicas, Lda.). Loures: Lusociência, 2009.

LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto e Contexto de Enfermagem. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol 17, nº4 (2008), p. 771-778.

MELO, R.C.C.P. A Relação de Ajuda: Contextos e Práticas em Enfermagem. Servir, Vol. 56 nº2 (2008), p. 67-73.

MONIZ, J.M.N. **A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa**. Lisboa: Lusociência, 2003.

ORIÁ, M.O.B.; MORAES, L.M.P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 06, nº2 (2004). [Consult. 5 jan. 2013.] Disponível em www.revistas.ufg.br/index.php/fen.

PHANEUF, M. **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005.

SANDELOWSKI, M. & BARROSO, J. Focus on research methods: toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. Research in Nursing & Health. Vol. 26 nº2, (2003), p. 153-170.

SANTOS, C.C.V. & SHIRATORI, J. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Vol. 58 nº 4, (2005), p. 434-437.

SARAIVA, D.M.R.F. Refletir o Cuidar em Enfermagem. Nursing. Nº230 (2008), p. 14-20.

SOUZA, M.L., et al.. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. Contexto Enfermagem. Vol. 14 nº2 (2005), p. 266-270.

DOTAÇÃO SEGURA EM ENFERMAGEM: CARACTERÍSTICAS E VARIÁVEIS DO CONCEITO

Maria João Baptista dos Santos de Freitas⁽¹⁾; Pedro Miguel Dinis Parreira⁽²⁾; João Paulo Marôco⁽³⁾



Resumo | O conceito de Dotação Segura em Enfermagem surgiu devido à necessidade em adequar os recursos de enfermagem às reais necessidades dos clientes, para se produzirem os melhores resultados nos pacientes, nos enfermeiros e nas organizações. Foi efetuado um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, visando descrever os elementos de essencialidade do conceito de Dotação Segura em Enfermagem e as suas variáveis, com recurso à entrevista semiestruturada. Pesquisa realizada entre julho e setembro de 2012 tendo participado 6 enfermeiros com funções de gestão. A análise temática e categorial evidenciou as características essenciais constitutivas: Disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura na quantidade e com as competências adequadas e as características essenciais consecutivas: Prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, manutenção de ambiente seguro, do conceito de Dotação segura em enfermagem, bem como as variáveis que cada uma dessas características integra.

Palavras-chave: Administração de recursos humanos em saúde; dotação de recursos para cuidados de saúde; recursos humanos de enfermagem; dotação segura enfermagem

Abstract | *SAFE STAFFING IN NURSING: CHARACTERISTICS AND VARIABLES OF THE CONCEPT*
The concept of Safe Staff Nursing emerged due to the need of suiting nursing resources to the real needs of the clients, to produce the best results for the patients, nurses and organizations.
A descriptive and exploratory study was conducted with a qualitative approach, seeking to describe the essential elements in the concept of safe allocation in nursing and its variables, resorting to the semi- structured interview. Research conducted between July and September 2012, with the participation of 6 nurses with management functions.
The thematic and categorical analyses showed the essential constitutive characteristics: Nurses availability at any time in the appropriate quantities with appropriate competences, and the essential consecutive characteristics: Provision of safe nursing with quality, maintenance of a safe environment, the concept of Safe Staff Nursing, as well as variables that integrate each of these characteristics.

Keywords: Health personnel management; health care rationing; nursing staff; safe staff nursing

Resumen | *DOTACIÓN SEGURA EN ENFERMERÍA: CARACTERÍSTICAS Y VARIABLES DEL CONCEPTO*
El concepto de dotación Segura en Enfermería surgió debido a la necesidad de adecuar los recursos de enfermería a las reales necesidades de los clientes, para producirse los mejores resultados en los pacientes, en los enfermeros y en las organizaciones. Se efectuó un estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cualitativo, pretendiendo describir los elementos de esencialidad del concepto de Dotación Segura en Enfermería y sus variables, con recurso a la entrevista semi-estructurada. Pesquisa realizada entre julio y septiembre de 2012 habiendo participado 6 enfermeros con funciones de gestión El análisis temático y categorial evidenció las características esenciales constitutivas: Disponibilidad de enfermeros en cualquier momento en la cantidad y con las competencias adecuadas y las características esenciales consecutivas: Prestación de cuidados de enfermería seguros y de calidad, mantenimiento de ambiente seguro, del concepto de Dotación segura en enfermería, así como las variables que cada una de esas características integra.

Palabras clave: Administración de recursos humanos en salud; dotación de recursos para los cuidados de la salud; recursos humanos de enfermería; dotación segura enfermería

Rececionado em maio 2014. Aceite em agosto 2014

⁽¹⁾ Doutoranda em enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde- Universidade Católica Portuguesa; Enfermeira gestora. Hospital Cuf Descobertas; Lisboa, Portugal; mjsbfreitas@gmail.pt

⁽²⁾ PhD. Gestão, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal; parreira@esenfc.pt

⁽³⁾ PhD Professor Associado, Instituto Superior Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal; jpmarco@ispa.pt

INTRODUÇÃO

No mundo tal como hoje o conhecemos e com o desenvolvimento das tecnologias de informação, a acessibilidade à informação sobre saúde/ doença propiciou o desenvolvimento nos cidadãos de capacidade interventiva e decisória nos processos de transição saúde/ doença.

Para os cidadãos já não é espetável que lhes sejam apenas prestados cuidados de saúde mas sim cuidados com qualidade, que garantam a sua segurança e a satisfação das suas necessidades em cuidados em saúde. Para dar resposta a este direito é necessário dotar as organizações de saúde com o capital humano adequado. No caso da Enfermagem, a dotação segura é essencial para realizar um trabalho com qualidade. Inscreve-se na determinação do número de enfermeiros necessários, com as competências adequadas, para prestarem cuidados a um determinado grupo de clientes com qualidade e segurança. Pretende-se com esta pesquisa compreender a conceção acerca do conceito Dotação Segura em Enfermagem a partir da percepção dos participantes e da revisão da literatura, tendo como principais objetivos descrever as características essenciais deste conceito e as suas variáveis.

REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de Dotação Segura em Enfermagem sendo um conceito geral, aparece devido ao imperativo de adequar os recursos de enfermagem às necessidades dos clientes, promovendo a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade (1). A primeira entidade a propor uma definição para este conceito foi a American Federation of Teachers (apud Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OEP) (2:9-10) que o define como “estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos”. Esta definição foi posteriormente adotada pelo International Council of Nurses (1) e em Portugal pela OEP (2). Apela

para um *mix* inovador, ao definir dotação segura de enfermeiros como a necessidade de estarem sempre disponíveis enfermeiros, não só em número mas também com as competências adequadas, para dar resposta com qualidade às necessidades de cuidados dos pacientes, sendo igualmente promotora da manutenção de um ambiente seguro.

A complexidade deste conceito assenta na observância de um conjunto de características que se auto influenciam e que são indissociáveis para a aplicação da unidade de conhecimento: Dotação Segura em Enfermagem.

Efetuámos uma revisão da literatura nesta área temática. Tivemos por base a Teoria do Conceito de Dahlberg (3) em que o “Conceito” é entendido como “uma unidade de conhecimento” constituída por elementos que se articulam de forma estruturada. Na formação do conceito são enunciadas dois tipos de características ou propriedades do objeto: as essenciais ou necessárias e as acidentais ou possíveis. Assim as características essenciais podem ser características constitutivas ou características consecutivas da essência, sendo que estas dependem ou derivam sempre das constitutivas.

ELEMENTOS DE ESSENCIALIDADE DO CONCEITO DOTAÇÃO SEGURA EM ENFERMAGEM

A população tem vindo a aumentar de forma progressiva, observando-se um incremento na sua dependência de cuidados de enfermagem, pelo que a ***Disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura em quantidade adequada*** é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, sendo vital definir dotações de enfermeiros. Este cálculo constitui a primeira etapa do processo de provimento de pessoal, deve ser entendido como um processo sistemático, que fundamenta o planeamento do quantitativo e qualitativo de enfermeiros e suporta a sua avaliação (4). Existem diversos fatores que dificultam esta tarefa, nomeadamente a flutuação do fluxo de pacientes, a estrutura física dos serviços, o modo de organização dos cuidados, a produtividade do pessoal, entre outros. A evolução das regalias/ perdas

sociais também obriga a uma atualização no processo de cálculo (5). Assinala-se o facto da operacionalização deste processo requerer a aplicação de um método que seja capaz de identificar e sistematizar o efeito que os fatores mencionados exercem sobre a atividade da equipa de enfermagem (4), dado que interferem diretamente na eficácia, qualidade e custo dos cuidados. Encontrámos vários métodos, mas verificamos que não encontram consenso na literatura (6). Ainda que a investigação procure dar resposta a esta problemática, torna-se evidente a inexistência de um método de cálculo de dotação de enfermeiros, que assegure integralmente a aplicabilidade deste conceito, seja universalmente aceite e utilizado pelos enfermeiros, pelo que o desenvolvimento de estudos nesta linha de investigação é crítico, não sendo o contexto português exceção (6).

Para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem não basta termos disponíveis enfermeiros em quantidade adequada pois as intervenções de enfermagem desenvolvem-se num contexto de complexidade e de imprevisibilidade em que os enfermeiros mobilizam continuamente as suas capacidades para agir face às necessidades de cuidados observadas (7). Neste sentido a **Disponibilidade em qualquer altura de enfermeiros com as competências adequadas** assume especial relevância sendo outra característica essencial para a qualidade e segurança da dotação.

As competências são um conjunto de comportamentos que englobam as capacidades, os conhecimentos, as habilidades e os atributos pessoais que no seu conjunto são essenciais para realizar um trabalho eficaz (8). Para o desenvolvimento das suas competências, o enfermeiro está capacitado com uma formação inicial que o torna apto para a prática da profissão e que ao longo do seu percurso profissional vai sendo complementada com a formação contínua e em serviço (9). Alguns estudos corroboram a importância da combinação de competências no seio das equipas para o sucesso dos resultados, demonstrando que enfermeiros com maior nível de diferenciação prestam cuidados mais seguros com melhores resultados para os pacientes (10- 11).

A **Prestação de cuidados de enfermagem segu-**

ros e de qualidade é condição fundamental para garantir a segurança do paciente. Nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros da OEP (12), estão descritas as categorias de padrões de qualidade que o enfermeiro, na procura permanente da excelência, deve perseguir. A definição de padrões de qualidade permite evoluir para o desenvolvimento de modelos de avaliação dos cuidados de enfermagem, que se traduzem em indicadores de qualidade, que por sua vez refletem a satisfação das principais necessidades de cuidados dos pacientes, assim como os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste ciclo inserem-se a promoção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A World Health Organization (WHO) (13) reconheceu a necessidade de tornar a segurança dos pacientes como um princípio fundamental, em todos os sistemas de saúde. A prática relativa à segurança do paciente refere-se a medidas aplicadas a estrutura e processos que reduzam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (danos ou lesões causadas pelos profissionais de saúde no tratamento de uma doença e que não têm relação com essa mesma doença) (14). Um dos fatores conhecidos para a ocorrência destes eventos é a fadiga dos profissionais de saúde devido a sobrecarga de trabalho, turnos longos, horas de trabalho suplementares e insuficiência de dotação (15).

A segurança é hoje uma componente fundamental da qualidade na saúde e mais especificamente na qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que os enfermeiros têm um papel preponderante na redução do risco e dos eventos adversos. Mas para que os enfermeiros consigam concretizar este designo é necessário que a dotação de enfermeiros seja a adequada e entendida como determinante na **Manutenção de Ambiente Seguro**. Assim os ambientes favoráveis à prática afetam de forma positiva os profissionais de enfermagem, promovendo a excelência dos cuidados, melhorando os resultados para os pacientes (16). A cultura de segurança é um dos atributos específicos destes ambientes, estando a dotação segura de enfermagem neles inscrita, pelo que as dotações inadequadas em que a carga de trabalho é excessiva, diminuem a se-

gurança do ambiente. Em enfermagem a carga de trabalho é habitualmente determinada a partir do número de pacientes atribuídos por enfermeiro e das suas necessidades. Para ajudar a identificá-las surgiram os sistemas de classificação de doentes (SCD) que permitem classificá-los em níveis, de acordo com um grau de dependência/ necessidade de cuidados, possibilitando a sua distribuição pelos enfermeiros em cada turno de forma equitativa (5). A maneira como o trabalho dos enfermeiros é organizado e desenvolvido produz também efeito no ambiente. Devido a todos os fatores mencionados, torna-se compreensível e evidente o peso que exercem na promoção da segurança do ambiente em que são prestados os cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa. A amostra constituiu-se por enfermeiros que no desempenho da sua atividade profissional, têm responsabilidade na área da gestão de unidades de saúde e serviços de enfermagem. Os entrevistados integraram uma amostra não probabilística de conveniência, composta por 6 enfermeiros que cumpriram os critérios de inclusão (ser detentor do título de enfermeiro, ter responsabilidade na área da gestão de Unidades de saúde e serviços de enfermagem, mínimo de dois anos na função, demonstrar disponibilidade para participar no estudo). A saturação dos dados e a diversidade da amostra constituíram critérios para determinação da amostra associados ao paradigma qualitativo (17). No nosso estudo a saturação dos dados deu-se na sexta entrevista.

O método de recolha de dados selecionado foi a entrevista semiestruturada, com base num guião constituído por duas perguntas, tendo sido submetido a um painel de dois peritos, que o validaram. As entrevistas foram previamente agendadas com os participantes a quem foram facultadas informações sobre o âmbito, objetivo e finalidade do estudo, obtendo-se a sua concordância na participação e assinatura do consentimento informado. Decorreram entre julho a setembro de 2012, no local e hora sugeridos pelos participantes. Foram gra-

vadas, procedendo-se à sua transcrição integral, sendo a seguir devolvidas aos entrevistados, que as validaram quanto à veracidade e pertinência do conteúdo transcrito. O anonimato dos participantes foi salvaguardado com a sua denominação por siglas.

Para a análise do verbatim utilizámos o *software* de apoio à análise qualitativa – webQDA®. Inscritos dentro da análise de conteúdo realizámos codificação temática na qual a frase constituiu o segmento de discurso mais pequeno a ser codificado, sendo entendida como a nossa unidade de sentido. A agregação destas a cada uma das categorias adviu da identificação de similaridades entre elas. Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa, tendo obtido parecer favorável (s/nº registo).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A nossa amostra constituiu-se por seis enfermeiros com funções de gestão em serviços de enfermagem, com média de idade de 49 anos, 83% do sexo feminino, 50% são enfermeiros Diretor e 50% Enfermeiros Chefe. A média de anos de exercício profissional é de 26 anos. A análise temática dos discursos identificou as características essenciais do Conceito Dotação Segura em Enfermagem e as variáveis que têm associadas.

Características essenciais constitutivas e consecutivas do conceito

Através da análise dos dados recolhidos, começámos por compreender como os respondentes enunciam o conceito Dotação Segura em Enfermagem, (...) termos, em cada turno, o número de enfermeiros necessário para dar resposta à necessidade de cuidados que os doentes apresentam e, por outro lado, para além da quantidade de elementos necessários, também a abrangência em termos de competências ser adequada à tipologia de doentes e necessidades de cuidados que eles apresentam (E1). Numa visão um pouco diferente E2 introduz no conceito a necessidade do cliente ser entendido numa perspetiva holística, enunciando-a como requisito para a segurança dos cuidados:

O meu conceito de dotação segura são as condições indispensáveis a ter em conta, de elementos de enfermagem neste caso, necessárias para cuidar dos doentes, e esse cuidado para ser seguro implica que o cliente seja visto como um todo.

Ribeiro (18) concorda e refere que, num modelo holístico, para se prestarem cuidados de excelência é preciso encarar o cliente como um todo, respeitando os seus valores e a sua cultura.

Para os nossos participantes a dotação segura tem uma característica numérica ou quantitativa.

O que eu entendo por dotações seguras em enfermagem é o valor correspondente ao número de elementos de enfermagem que garantem a prática dos cuidados em segurança, (E3).

O meu conceito de dotações seguras, é o número de enfermeiros que permite prestar cuidados de enfermagem, tendo em vista a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (E4).

Nestas duas definições fica patente a necessidade da dotação de enfermagem inscrever uma quantidade adequada, pois para estes participantes o número de enfermeiros é condição essencial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, constituindo uma característica essencial constitutiva deste conceito. Verificamos nas definições de dotação de enfermeiros de outros autores que esta característica não é exclusiva deste conceito (4,19- 20).

Com uma perspetiva mais alargada, E5 refere que a dotação de enfermagem para ser segura deve contemplar o número de enfermeiros, mas também ter em atenção as suas competências que devem ser as adequadas:

A dotação segura não é só o número de enfermeiros para o número de doentes necessários, mas também o grau ou nível de desenvolvimento do próprio enfermeiro.

Parece então evidente a necessidade das equipas constituírem-se por enfermeiros com diferentes níveis de desenvolvimento de competências, para que estas sejam equilibradas e capazes de dar resposta às necessidades dos pacientes e às complicações que possam ocorrer, sendo esta outra característica essencial constitutiva do conceito. Neste sentido pesquisadores comprovam a importância da combinação de capacidades nas equipas, de-

monstrando que enfermeiros com maior nível de diferenciação prestam cuidados mais seguros com melhores resultados (10). Assinalamos ainda outros estudos que identificam estas duas características essenciais como fundamentais para a prática de cuidados seguros e de qualidade (21- 23).

A qualidade e segurança dos cuidados é referida pelos participantes como estando dependente da adequação da dotação:

Considero ser fundamental, a qualidade dos cuidados de enfermagem (E1);

(...) os cuidados aos utentes independentemente do tipo e da patologia estão garantidos com qualidade e eficiência (E3);

(...) prestar cuidados de enfermagem, tendo em vista a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (E4);

São as dotações adequadas para dar resposta às totais necessidades de cuidados dos doentes, prevenindo riscos de erros e falhas que possam prejudicar as pessoas envolvidas (E6).

Apuramos assim que a qualidade dos cuidados de enfermagem está associada aos recursos de enfermagem disponíveis, estabelecendo uma característica essencial consecutiva do conceito. Este enunciado verdadeiro é autenticado nos estudos que referem a existência de uma associação entre níveis de dotação mais elevados, equipas mais diferenciadas e a melhoria da qualidade dos cuidados (11,21,24-25).

A existência de um ambiente de trabalho isento de riscos e promotor da segurança dos pacientes e dos enfermeiros é facilitador do desempenho dos enfermeiros sendo relatado por quatro dos participantes:

(...) a organização e forma como está organizada influenciam a dotação ser ou não segura (E2);

(...) a estrutura, os apoios que também o serviço tem (E5);

(...) a estrutura, o equipamento, se é numa unidade que tem comissão de risco, se é certificada de qualidade (E6);

A tecnologia que pode diminuir a intensidade dos cuidados porque ajuda na vigilância na supervisão (E3).

Verificamos que a disponibilidade e o bom funcionamento dos equipamentos, consumíveis e fárma-

cos, a existência de serviços de suporte com processos bem definidos e controlados, constituem alguns dos atributos da estrutura que concorrem para a segurança. Sendo a dotação de enfermagem um atributo da estrutura, constitui-se como importante requisito na manutenção do ambiente seguro, na medida em que os perigos para os enfermeiros e pacientes resultam em grande parte de cargas de trabalho excessivas, provocando desgaste, reduzindo a disponibilidade para detetar e agir em situações críticas e diminuindo a qualidade dos cuidados prestados.

Em síntese verificamos que os respondentes nomeiam como características essenciais constitutivas do conceito de Dotação segura em enfermagem, a “Disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura na quantidade adequada” e a “Disponibilidade de Enfermeiros em qualquer altura com as competências adequadas”. Sem estes enunciados verdadeiros não é possível prestar cuidados de enfermagem seguros e de qualidades bem como promover a manutenção de um ambiente seguro, sendo estas as características essenciais consecutivas a “ Prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade” e a “Manutenção de ambiente seguro”.

Variáveis intrínsecas ao conceito de Dotação Segura em Enfermagem

Nesta unidade temática foi nossa pretensão conhecer de acordo com a percepção dos respondentes, as variáveis intrínsecas ao conceito de dotação segura em enfermagem e que estão alocadas a cada característica essencial do conceito.

Na característica essencial constitutiva “Disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura na quantidade adequada”, os nossos respondentes identificam o “Número de enfermeiros” disponíveis para prestarem cuidados e as “Horas de Cuidados de Enfermagem Disponíveis (HCED)” como variáveis. É realçada a necessidade destas serem ajustadas às oscilações que ocorrem em termos necessidades de cuidados aos pacientes, conforme destacam os respondentes.

(...) as dotações não devem ser cegas, devem ser adequadas às necessidades que nós temos em cada momento(E1);

(...) os serviços estão dotados do número de efetivos que lhes está atribuído e independente do seu âmbito ou necessidades ir variando não há forma, neste momento, de garantir que a dotação é segura(E3).

A este propósito assinalamos a dificuldade na adequação do número de enfermeiros tendo por base as necessidades de cuidados de enfermagem, salientando por isso à inexistência, de um método único de cálculo de dotação de enfermeiros (26). Em relação à característica essencial constitutiva “Disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura com as competências adequadas, os nossos participantes referem “Idade” dos enfermeiros associando-a ao desenvolvimento de competências:

(...) quantos mais anos a pessoa tiver maior destreza tem e portanto o seu grau de expertise é maior”, (...) enfermeiros mais velhos são normalmente os chefes de equipa (E5).

Esta variável é referida por Benner (27) agregada ao desempenho, pois as competências individuais dos enfermeiros constroem-se e mobilizam-se a partir da articulação de saberes teóricos (“Formação Inicial” e “Contínua”), com os saberes na ação (“Formação em serviço”):

(...) a experiência de cada um tem (E1);

(...) o número de anos de prática que esses enfermeiros têm (E5).

A formação inicial e os percursos formativos individuais são variáveis que conferem singularidade a cada profissional de enfermagem, refletindo-se na qualidade da dotação. Estes achados estão em consonância com o referido por alguns investigadores (10- 11) que identificam a importância da combinação de competências no seio das equipas para o sucesso dos resultados.

Na característica essencial consecutiva “Prestação de cuidados seguros e de qualidade” é necessário que a dotação de enfermeiros seja capaz de se ajustar à “complexidade dos doentes”:

(...) a complexidade dos doentes internados não é sempre a mesma, podemos ter um serviço cheio com doentes com pouco grau de dependência e podemos ter meio serviço apenas, mas com doentes com elevado grau de dependência (E1);

(...) quanto maior for a complexidade dos clientes maior a necessidade de horas de cuidados de en-

fermagem (...) portanto, é de facto uma das variáveis intervenientes (E4).

O Sistema de Classificação de Doentes (SCD) é o instrumento mais utilizado em Portugal para a determinação do grau de dependência/ necessidade de cuidados de enfermagem das doentes traduzidas em Horas de Cuidados de Enfermagem Necessárias (HCEN) para se prestarem os cuidados, sendo um contributo importante para a prática da dotação segura.

A “Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem” é considerada pela OEP (28) como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem pelo que os cuidados de enfermagem prestados, para serem percebidos pelos clientes como de qualidade, devem em simultâneo corresponder às suas expectativas e satisfazer as suas necessidades.

(...) uma variável que nos pode dizer se temos dotações seguras ou não, é a satisfação dos clientes com os ganhos em saúde decorrentes das intervenções dos enfermeiros (E6).

A “Segurança do cliente”, entendida como a ausência de efeitos prejudiciais desnecessários, associados aos cuidados de saúde recebidos, é também referida:

Uma dotação segura também previne a transmissão de infeção, contaminação de uns doentes para os outros. Portanto é fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem (E1);

(...) temos que trabalhar no sentido de reduzir ao mínimo os eventos adversos que causem dolo nos doentes (E5).

Para tornar a segurança dos clientes uma prioridade na prestação de cuidados de saúde em todo o mundo foi criada World Alliance for Patient Safety (29). Algumas das áreas prioritárias definidas por este organismo são sobreponíveis às mencionadas pelos nossos participantes, como a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, a implementação de soluções para reduzir o risco e os eventos adversos.

Na característica essencial consecutiva do conceito “Manutenção de Ambiente Seguro” os nossos respondentes identificam a variável “Carga de trabalho” referindo que o desequilíbrio no binómio necessidades dos clientes/ enfermeiros disponí-

veis, aumenta a probabilidade dos cuidados não serem seguros. A Joint Commission (15) enfatiza o comprometimento da segurança dos cuidados prestados devido ao aumento do risco de ocorrerem eventos adversos por sobrecarga de trabalho, turnos longos, horas de trabalho acima das contratualizadas e insuficiente dotação.

(...) o número de utentes atribuídos a cada enfermeiro, (...) tem tendência a aumentar e não a diminuir (E3);

(...) desajuste entre a dotação ou seja entre o número de pessoas a trabalhar e os cuidados que são necessários prestar (E6).

A “Certificação da qualidade” é também uma variável nomeada:

(...) a política de gestão de risco e a certificação de qualidade que tivermos na unidade é importante, é uma variável o facto de existir ou não existir, de funcionar desta forma ou outra, interfere com a dotação de pessoal e os níveis de eficiência (E6).

A “Dimensão dos serviços” e a sua estrutura arquitetónica também parecem ter influência nas necessidades de dotação de enfermeiros e na organização do seu trabalho.

(...) a estrutura do serviço é uma variável; se tens um serviço muito grande por exemplo com 70 metros quadrados é diferente ter um com 40 metros quadrados (E5).

A “Tecnologia de suporte aos cuidados” (equipamentos que ajudam o enfermeiro a prestar cuidados mais seguros, dependendo menos tempo nas suas intervenções) é outra variável, enunciada por alguns respondentes. Neste contexto inserem-se os registos de enfermagem suportados num aplicativo informático, que poderão sustentar decisões políticas e organizacionais, além de serem uma garantia da segurança e qualidade dos cuidados (30).

(...) os apoios que existem em termos informáticos, (E5).

Salienta-se assim a necessidade em adequar os recursos humanos, materiais e equipamentos, requerendo a implementação de soluções para reduzir o risco como sejam as atividades desenvolvidas pelas comissões de gestão de risco e de controlo da infeção, fornecendo um importante subsídio para a segurança do ambiente.

Para finalizar apresentamos um quadro resumo das características essenciais e das variáveis intrínsecas ao conceito Dotação Segura em Enfermagem.

Quadro 1: *Caraterísticas essenciais do conceito e variáveis*

Caraterísticas essenciais Constitutivas		Caraterísticas essenciais Consecutivas	
Disponibilidade em qualquer altura de enfermeiros na quantidade adequada (100%)	Disponibilidade em qualquer altura de enfermeiros com as competências adequadas (100%)	Prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade (100%)	Manutenção de ambiente seguro (66,6%)
Variáveis intrínsecas ao Conceito Dotação Segura em Enfermagem			
Número de enfermeiros (100%)	Idade (33,3%)	Complexidade dos clientes/HCED (100%)	Carga de trabalho (50%)
HCED (100%)	Formação Inicial (33,3%)	Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem (16,7%)	Certificação da qualidade (25%)
	Formação Contínua (33,3%)	Segurança do cliente (50%)	Dimensão do serviço (25%)
	Formação em serviço (100%)		Tecnologia de suporte aos cuidados (50%)

CONCLUSÃO

O conceito de Dotação Segura em Enfermagem é um conceito complexo, com múltiplas características que se auto influenciam. No nosso estudo emergiram as características essenciais do conceito de Dotação Segura em Enfermagem e as suas variáveis, de acordo com a perceção dos participantes, em articulação com o encontrado na revisão da literatura sobre esta temática.

A pesquisa revelou como características essenciais constitutivas do Conceito de Dotação Segura em Enfermagem: a Disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura em Número adequado e com as Competências adequadas. A Prestação de cuidados de enfermagem seguros de qualidade e a

Manutenção de ambiente seguro foram nomeadas como características essenciais consecutivas. Verificou-se alinhamento com a evidência científica disponível no que respeita ao número de enfermeiros e à necessidade destes contemplarem a experiência e conhecimento essenciais para prestarem cuidados de enfermagem seguros e de qualidade que satisfaçam as necessidades dos pacientes. No entanto a dotação de enfermagem ser promotora de um ambiente seguro não foi nomeada por todos os participantes.

Quanto às variáveis intrínsecas ao conceito emergiram um conjunto de variáveis associadas às características, que estão em consonância com o encontrado na revisão da literatura sobre esta temática. Salienciamos que a “Certificação da Qualidade” não é referenciada na literatura como intrínseca ou exclusiva do conceito, no entanto é referida no âmbito dos cuidados de saúde como condição para a segurança da estrutura das organizações de saúde e também como garantia da qualidade do processo, assegurando resultados de qualidade, pelo que decidimos integrar esta variável no conceito. Estes achados não podem ser generalizados devido ao número limitado de sujeitos, no entanto refletem o conhecimento e a sua importância para a gestão do efetivo de enfermagem, constituindo um subsídio importante para a análise reflexão e tomada de decisão para os enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Nurses International Council of. Safe staffing: Saves lives. ICN [internet]. 2006 [citado em: 10 Março 2011]. Disponível em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>.
2. Ordem dos Enfermeiros. Dotações Seguras Salvam Vidas. OE. 2006: 9-10.
3. Dahlberg I. Teoria do Conceito. Ciência da Informação. 1978:101-107.
4. Gaidzinski RR, Fugulin FM, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Tronchin DM, Fugulin FM, Kurgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005: 125-27.
5. Parreira P. As Organizações. Coimbra: Formasau-Formação e saúde Lda, 2005. ISBN:972-84-48-8.
6. Freitas MJ, Parreira PM. Dotação segura para a prática dos cuidados: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos

- resultados. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série nº 10, Julho 2013: 171-78.
7. Serrano TP. Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho. Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro. 2008.
8. Keel J. State of Texas Sate Classification. [site de Internet] 2006. [citado em: 23 set 2011.] Disponível em: <http://sao.hr.state.tx.us/Workforce/Glossary.html>.
9. CIME - Comissão Interministerial para o Emprego. [site de Internet]. Lisboa; 2001 [citado em: 5 mar 2013]. Disponível em: http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf.
10. Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*. 2005; 28(2): 163-74.
11. Kane RL, Shamliyan TA, Muller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*. 2007; 45(12): 1195-2004.
12. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2002; Março: 39-42.
13. World Health Organization. [site de Internet]. World Health Assembly 2002 [citado em: 5 mar 2013]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf.
14. Nurses International Council of Patient Safety. [site de Internet]. ICN 2002 [citado em: 28 set 2013]. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20b_FS-Patient_Safety.pdf.
15. Commission The Joint. Improving Patient and Worker Safety [site de Internet]. 2011 [citado em: 5 jan 2013]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/TJC-ImprovingPatientAndWorkerSafety-Monograph.pdf>.
16. Ordem dos Enfermeiros. Ambientes favoráveis à prática [site de Internet]. 2007 [citado em: 5 jan 2013]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf.
17. Guerra IC. Pesquisa Qualitativa e análise de conteúdo - Sentidos e formas de uso. 1.ed. Cascais : Príncipeia, 2006. ISBN 978-972-8818-66-1.
18. Ribeiro LF. Cuidar e tratar Lisboa: Educa/ SEP; 1995.
19. Frederico M, Leitão MA. Princípios de administração para enfermeiros. 1 ed. Coimbra: Formasau-Formação e Saude Lda; 1999.
20. Hall ML. Quality work environments for nurse and patient safety. Sudbury: Jones and Bartlett; 2005.
21. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(16): 1987-93.
22. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(22): 1715-22.
23. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*. 2011; 364(11): 1037-45.
24. Bostick JE, Flesner MK, & Riggs CJ. Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2006: 366-76.
25. Aiken LH, Clarke SP, Robyn B, Cheung D, Sloane DM, Jeffrey H, e Silber JH. Educational Levels of Hospital Nurses. *JAMA*. 2003; 290(12): 1617-23.
26. Hurst k. Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing team. Leeds: NIH; 2003. ISBN: 1 903475 30 9.
27. Benner P. De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto; 2005.
28. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2002 Março: 39-42.
29. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. 57th World Health Assembly; 2004.
30. Ordem dos Enfermeiros. Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. revista Ordem dos Enfermeiros. 2005 Julho: 9-10.

ESTUDO DA PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS LIGADAS AO TRABALHO EM ENFERMEIROS

Joana Jerónimo⁽¹⁾; Arménio Cruz⁽²⁾



Resumo

As lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho (Imelt) têm custos incalculáveis na produtividade, absentismo e qualidade de vida dos trabalhadores. Apesar das pesquisas realizadas e as estratégias desenvolvidas na prevenção de Imelt e controlo de factores de risco associados, este fenómeno continua a ser uma realidade a nível da enfermagem, uma das profissões mais afectadas.

O objetivo desta investigação foi conhecer a prevalência das Imelt e identificar relações com alguns factores de risco em enfermeiros de um hospital distrital. Foi aplicado um questionário autopreenchido a uma amostra probabilística aleatória estratificada de 120 enfermeiros. Salienta-se a elevada prevalência de Imelt nos últimos 12 meses (85%) e as queixas a nível da região da coluna lombar (67,5%). Observou-se associação estatisticamente significativa entre o género, habilitações literárias, problemas de saúde e horas de trabalho do cônjuge e a prevalência de Imelt nos últimos 12 meses.

Estes resultados apontam para a necessidade de desenvolver novos estudos, para conhecer melhor este fenómeno, e novas estratégias na prevenção de Imelt, onde a intervenção do enfermeiro de reabilitação em articulação com uma equipa multidisciplinar, pode ser fundamental.

Palavras-chave: lesões musculoesqueléticas, enfermeiros, prevalência, factores de risco.

Abstract

STUDY OF PREVALENCE AND RISK FACTORS OF WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL INJURIES IN NURSES

Musculoskeletal injuries related to work (Imelt) have incalculable costs on productivity, absenteeism and quality of life of workers. Despite the research conducted and the strategies developed to prevent Imelt and control risk factors associated with, this phenomenon remains a reality at the level of nursing, one of the most affected professions.

The objective of this investigation was to determine the prevalence of and identify Imelt relationships with some risk factors of nurses in a district hospital. A self-reporting questionnaire was administered to a random stratified probability sample of 120 nurses.

Highlight the high prevalence of Imelt the past 12 months (85%) and complaints at the level of the lumbar spine (67.5%). We observed a statistically significant association between gender, educational attainment, health problems and working hours of the spouse and the prevalence of Imelt the past 12 months.

These results point to the need to develop new studies to better understand this phenomenon, and new strategies in the prevention of Imelt where the intervention of rehabilitation nurse in conjunction with a multidisciplinary team, can be critical.

Keywords: work-related musculoskeletal injuries, nurses, prevalence, risk factors

Resumen

ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN LAS ENFERMERAS

Lesiones esqueléticas musculares relacionados con el trabajo (Imelt) tienen costos incalculables en la productividad, el absentismo y la calidad de vida de los trabajadores. A pesar de las investigaciones realizadas y las estrategias desarrolladas para prevenir Imelt y control los factores de riesgo y asociadas, este fenómeno sigue siendo una realidad en el ámbito de la enfermería, una de las profesiones más afectadas.

El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de la e identificar Imelt relaciones con algunos factores de riesgo de las enfermeras de un hospital comarcal. Un cuestionario de auto-reporte fue administrado a una muestra probabilística estratificada aleatoria de 120 enfermeras.

Destacar la gran prevalencia de Imelt los últimos 12 meses (85%) y las quejas a nivel de la columna lumbar (67,5%). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el género, el nivel educativo, los problemas de salud y las horas de trabajo del cónyuge y la prevalencia de Imelt los últimos 12 meses.

Estos resultados apuntan a la necesidad de desarrollar nuevos estudios para comprender mejor este fenómeno, y nuevas estrategias en la prevención de Imelt donde la intervención de la enfermera de rehabilitación en conjunto con un equipo multidisciplinario, puede ser crítico.

Palabras clave: lesiones musculoesqueléticas, enfermeras, prevalencia, factores de riesgo.

Rececionado em julho 2014. Aceite em setembro 2014

⁽¹⁾ Mestre em Enfermagem de Reabilitação, CHO, HDTV, Torres Vedras, email: joanajeronomo@hotmail.com

⁽²⁾ PhD, Prof^o Coordenador, ESEnFC, email: acruz@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

Vários são os fatores que interferem nas condições de trabalho hospitalar, nomeadamente, o rápido desenvolvimento da tecnologia médica e do conhecimento teórico e prático, o ambiente físico, o stress, o sofrimento humano e a morte como componentes que potencializam a carga de trabalho físico e mental dos trabalhadores de enfermagem (Coelho, 2009).

O enfermeiro trabalha frequentemente num ambiente de risco para a saúde e, na sua prática clínica, solicita com frequência os músculos da coluna vertebral, dos membros superiores e inferiores e adota posturas desajustadas, resultantes da inadequação do trinómio formado pelo técnico, equipamento e instrumento (Barbosa *et al.*, 2004). Por isso, a prevenção das *lmelt* está associada à utilização de técnicas e equipamentos que permitam adotar e manter posições adequadas e desenvolver a sua atividade.

Várias são as investigações internacionais, e algumas nacionais, neste âmbito que comprovam o impacto das *lmelt* na produtividade, absentismo e diminuição da qualidade de vida. Numa sociedade onde as dificuldades socioeconómicas são prementes, a dimensão deste fenómeno é significativamente acentuada.

A relação entre os fatores de risco profissionais e o desenvolvimento de *lmelt* é conhecida, no entanto, apenas nos últimos trinta a quarenta anos o interesse nesta área aumentou, especialmente no que diz respeito com a prevenção deste fenómeno (Serranheira e Uva, 2007).

A enfermagem é uma das profissões onde as *lmelt* têm uma elevada incidência e prevalência. Baumann (2007) refere que os trabalhadores de saúde sofrem mais lesões que outros profissionais, nomeadamente, elevados índices de distensões e luxações.

Os estudos epidemiológicos evidenciam um modelo multifatorial de risco para as *lmelt*, sendo os fatores de risco profissionais, individuais, organizacionais/psicossociais, biomecânicos, os socioeconómicos e culturais os mais mencionados pelos autores consultados.

Com a elaboração deste estudo pretende-se co-

nhecer a prevalência das *lmelt* em profissionais de enfermagem, e os fatores que as influenciam, bem como as zonas corporais mais sujeitas a lesões. Assim sendo temos como objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de *lmelt* nos enfermeiros que exercem funções no CHO-UTV;
- Identificar as regiões corporais mais afetadas pela dor/desconforto;
- Relacionar a prevalência das *lmelt* e as regiões corporais mais afetadas com fatores individuais, profissionais, físicos e biomecânicos e/ou organizacionais/psicossociais.
- Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da enfermagem de reabilitação.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O desenvolvimento que se observou a nível ocupacional nas últimas décadas criou novas condições de trabalho e novos riscos profissionais. Segundo Coelho (2009), “a maioria das profissões constam de atividades fragmentadas, movimentos repetitivos, monótonos que promovem a degeneração osteoarticular e como se não chegasse, os princípios ergonómicos não são contemplados.”. É neste contexto que surgem as lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho.

A Direção-Geral da Saúde (Queiroz *et al.* 2008), no seu guia de orientação para a prevenção das *lmelt*, refere-se às mesmas como um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor. Por outro lado, Ranney (2000) refere que as *lmelt* correspondem a estados patológicos do sistema musculo esquelético, tem surgem do desequilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas do trabalho e a capacidade de adaptação da zona corporal atingida, por insuficiência do tempo para a recuperação da fadiga.

Queiroz *et al.* (2008) afirma que as *lmelt* podem ser agrupadas de acordo com a estrutura lesada, em tendinites ou tenossinovites, síndromes canaliculares, raquialgias e síndromes neurovasculares. No entanto, e segundo outros autores, podemos agrupar as *lmelt* de acordo com as regiões anatómicas nomeadamente: ombro e pescoço, cotovelo,

mão e punho, joelho e coluna vertebral (Serranheira *et al.*, 2005).

A prevenção das *lmelt* depende não só dos profissionais de saúde e trabalhadores, mas de todos, e é apenas com um trabalho conjunto com os órgãos de gestão intermédia que será possível determinar um programa de prevenção adequado e eficaz. Karahan (2009) na sua investigação aponta algumas medidas preventivas nomeadamente períodos de descanso adequados, programas de formação em mecânica corporal e programas de cessação tabágica dos trabalhadores.

Prevalência de queixas

Existe algum consenso nos estudos de prevalência de *lmelt* entre os enfermeiros. Segundo Trinkoff *et al.* (2002), nos Estados Unidos da América, os enfermeiros ocupam a 6ª posição no que respeita às *lmelt*. Valores que, segundo o mesmo autor, rondam os 72,5% em pelo menos uma região corporal e destes 15,8% apresentam sintomas em mais do que uma região (ombros, pescoço e região lombar). Em consonância, Horneij *et al.* (2004) percebeu que comparando os enfermeiros com outras profissões, os primeiros apresentavam maior prevalência de dor de pescoço, ombro e lombar.

No entanto, é na região lombar onde se localiza a maior frequência de queixas por parte dos enfermeiros, 69% (Tezel, 2005), 62% (Alexopoulos *et al.*, 2006), 66% (Feng *et al.*, 2007), 57% (Harcombe *et al.*, 2009), 77,1% (Karahan *et al.*, 2009) e 44% (Tinubu *et al.*, 2010). Alexopoulos *et al.* (2003) destaca ainda quem possuiu dor na região lombar (75%) relata também dor no pescoço (53%) e no ombro (42%). Tezel (2005) encontrou também a mesma relação, ainda que com valores diferentes, 28% e 34% respetivamente.

É importante referir também que os valores do absentismo refletem esta realidade, Barroso *et al.* (2007) citando Pheasant e Stubbs (1992), enfatiza que os enfermeiros apresentam mais 30% de dias de trabalho perdidos comparativamente com a população em geral. O absentismo na enfermagem, de acordo com Alexopoulos *et al.* (2003), aumenta com a idade e é mais frequente ligado à dor na região lombar.

Em Portugal, num estudo sobre a prevalência da sintomatologia musculoesquelética auto-referida

por enfermeiros, realizado em cinco hospitais do grande Porto, registou uma frequência de 84% de sintomas musculoesqueléticos em diferente zonas anatómicas atingindo particularmente as regiões lombar (65%), cervical (55%), dorsal (37%), ombros (34%) e punhos/mãos (30%) (Fonseca, 2005). Noutro estudo realizado também no norte do país registou-se uma frequência de cerca de 70% (Barroso *et al.*, 2007).

Fonseca e Serranheira (2006) numa investigação realizada em Portugal, na região do grande Porto, encontraram valores similares para sintomas musculoesqueléticos ligados ao trabalho em diferentes zonas anatómicas nos 12 meses anteriores à investigação, em 84% dos inquiridos. A região lombar foi a região que registou maior número de referências sintomáticas com 65%, seguida da região cervical com 55%, 37% na região dorsal, 34% nos ombros e 30% nos punhos e mãos.

Factores de risco

É crescente o número de opiniões apoiadas em estudos epidemiológicos que evidenciam um modelo multifatorial de risco para as *lmelt* (Shehriy, Karwowski e Marek, 2004). Serranheira *et al.* (2005) citando Hagberg *et al.* (1995) refere, como contributos para esse modelo multifatorial, os fatores de risco ligados ao trabalho ou fatores de risco profissionais, fatores de risco individuais e os fatores de risco organizacionais/psicossociais. Rasia (2004) citando Pinheiro (2002), Miranda e Dias (2001) e Brasil (2000) acrescenta ainda fatores de natureza biomecânica, socioeconómicos e culturais.

Os principais fatores individuais relacionados com as *lmelt* correspondem à idade, o género, características antropométricas, existência de doenças crónicas e obesidade (AESST, 2000 e Serranheira *et al.*, 2005). Segundo Hagberg *et al.* (1995), também se deve ter em conta o consumo do tabaco e atividades de lazer.

Os factores de risco biomecânico referem-se à postura, os movimentos repetitivos, à força e à exposição a vibrações (Serranheira *et al.*, 2005).

Os fatores de risco psicossociais advêm dos tipos de stresse a que o profissional de saúde está sujeito, nomeadamente o contacto constante com a

morte, o sofrimento e a ansiedade a eles associados, a sobrecarga de trabalho associado à pressão do tempo e o trabalho por turnos (Janz, 2002).

Martins (2008) parafraseando vários autores menciona como fatores organizacionais as horas extras, períodos prolongados de trabalho, intervalos de descanso diminutos ou ausentes, não rotatividade nas tarefas, exigências de produtividade. Outros autores referem ainda o trabalho monótono, a supervisão, a colaboração entre trabalhadores e a satisfação no trabalho.

Na revisão de vários estudos efetuada por Anderson (1999), foi encontrada uma associação entre os fatores psicológicos como a ansiedade, stresse, depressão e o aparecimento de dor a nível da coluna lombar.

Ambiente de trabalho

As condições ergonómicas do ambiente de trabalho, as técnicas e os equipamentos usados pelos profissionais, tornam-se fundamentais na promoção e manutenção de saúde do trabalhador, assim como, na prevenção de acidentes e doenças de trabalho.

O espaço físico, com as suas dimensões da área de trabalho, requer equipamentos e mobiliário do local projetados adequadamente e adaptados às capacidades humanas. É muito importante também ter em conta o tipo de atividade manual executada, posturas adotadas e dados antropométricos dos operadores.

Por outro lado, as barreiras arquitetónicas das instituições são outro aspeto a considerar. A maior parte das instituições quando são construídas e equipadas não consideram os profissionais que nela vão trabalhar. É comum encontrar salas de trabalho, quartos e WC exíguos, onde não entram cadeiras de rodas, com superfícies de trabalho que não se adequam em altura, o que dificulta a transferência e mobilização de utentes (Maia, 2002; Cotrim *et al.*, 2006; Barrosos *et al.*, 2007).

Fonseca e Serranheira (2006) observaram na sua investigação que os enfermeiros que desempenham funções em serviços sem apoio de equipamentos mecânicos de transferência de doentes apresentam risco superior de desenvolvimentos de *lmelt*. Parada *et al.* (2002) corrobora referindo que

cerca de 30% dos acidentes referenciados ocorreram durante a movimentação de macas, camas, monitores, carros de emergência e outros.

Fonseca (2005) na sua investigação coloca bastante enfoque na deslocação de carga animada com peso entre os 60/80kg, pois é usualmente manuseada sem a ajuda de equipamentos mecânicos, ou então é realizada por dois profissionais com características antropométricas diferentes, obrigando a posturas inadequadas. Barroso *et al.* (2007) analisaram algumas atividades de enfermagem e em algumas delas encontraram níveis de risco de *lmelt* entre alto e elevado.

No que respeita ao trabalho estático, importa salientar que é altamente fatigante e quando realizado frequentemente está associado a *lmelt*, pois o peso do corpo exerce uma pressão importante no eixo da coluna vertebral.

Questões de investigação

Deste modo, tendo em conta o referencial teórico apresentado, foram determinadas as seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência de *lmelt* nos profissionais de enfermagem que exercem funções no CHO-UTV?
- Qual a região corporal mais afetada pela dor/desconforto?
- Quais os fatores individuais, profissionais, físicos e biomecânicos e/ou organizacionais/psicossociais que influenciam a prevalência de *lmelt* e as regiões corporais afetadas?
- Que contributos e/ou intervenções podem ter os enfermeiros de reabilitação na prevenção das *lmelt* e na identificação de fatores de risco para o seu desenvolvimento?

METODOLOGIA

A abordagem desta investigação é de tipo quantitativo, de caráter descritivo e correlacional. A amostra aleatória estratificada é constituída por 120 enfermeiros, correspondente a cerca de 40% do número total de enfermeiros (320) de um hospital distrital, tendo sido excluídos os enfermeiros chefes por não prestarem cuidados diretos e enfermeiros de licença (parentalidade ou doença).

Para concretizar os objetivos delineados, e avaliar

as variáveis em estudo utilizou-se, como instrumento de colheita de dados, um questionário autoadministrado, estruturado em cinco partes, das quais, algumas construídas e adaptadas pela investigadora e outras com escalas e questionários de outros autores:

- Caracterização sociodemográfica;
- Queixas e sintomatologia musculoesqueléticas;
- Questionário Nórdico Musculoesquelético adaptado (Kuorinka *et al.*, 1987).

Após autorização dos autores das escalas para sua utilização neste estudo, o instrumento passou por vários processos de validação: validação de conteúdo por especialistas na área, consistência interna das escalas usadas, e pré teste final a 10 enfermeiros, tendo sido efectuadas pequenas alterações e ajustes do questionário em termos de linguagem antes da aplicação final.

A aplicação do questionário foi realizada após autorização da administração do CHO-UTV e foi garantido o direito à confidencialidade, anonimato e à autodeterminação, através de consentimento informado, que foi assinado por todos os participantes no estudo.

Para a análise e processamento dos dados, foi utilizado o programa SPSS, versão 20.0, utilizando-se métodos de análise estatística descritiva e inferencial, nomeadamente testes não paramétricos, após avaliação da normalidade da distribuição das variáveis em estudo. Assumiu-se $p=0.05$ como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor ($p<0.05$).

RESULTADOS

Observando a quadro 1 é possível verificar as características sociodemográficas da amostra. Os enfermeiros do género feminino são os mais representados na amostra com 83,3%. No que diz respeito à idade, os enfermeiros inquiridos têm idade compreendida entre os 23 anos e os 55 anos, sendo a média de 36,78 anos. A faixa etária que compreende maior número de enfermeiros é a faixa etária até aos 35 anos, com uma percentagem

de 44,2%. Relativamente ao estado civil, 60,8% dos enfermeiros inquiridos são casados ou vivem em união de facto.

No que concerne às habilitações literárias, 97,5% dos inquiridos são licenciados, 15,8% dos inquiridos possuem uma pós-graduação na área da saúde, igual percentagem de inquiridos possui uma pós-licenciatura e 4,2% possuem o grau de Mestre.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

		n	%
Género	Feminino	100	83,3
	Masculino	20	16,7
	Total	120	100,0
Idade	Até 35 anos	53	44,2
	Dos 35 aos 45 anos	44	36,7
	Mais de 45 anos	23	19,2
	Total	120	100,0
Estado Civil	Solteiro(a)	38	31,7
	Casado(a)/União de facto	73	60,8
	Separado(a)/Divorciado(a)	9	7,5
	Total	120	100,0
Habilitações Literárias	Bacharelato	3	2,5
	Licenciatura	117	97,5
	Pós-graduação	19	15,8
	Pós-licenciatura	19	15,8
	Mestrado	5	4,2

No que diz respeito às questões sobre o cônjuge, 94,5% dos inquiridos o cônjuge trabalha fora de casa, e 52,9% trabalha 40 horas semanais ou menos.

Quanto às atividades de lazer, dos 80,0% de enfermeiros que responderam afirmativamente a atividade mais referida foi a leitura com 46,7%. Houve mais atividades de lazer referidas, mas com percentagens pouco significativas, nomeadamente ouvir música, conviver com familiares e amigos, viajar e trabalhos manuais. Quanto ao número de horas a média foi de 5,32 horas. Quando os dados foram agrupados em classes, observou-se que 87,2% dos enfermeiros refere ocupar menos de 7 horas por semana em atividades de lazer. De salientar que 5,2% dos enfermeiros refere que estas atividades já lhe provocaram uma lesão.

Relativamente ao tipo de atividade física ou desportiva praticada, as mais referidas pelos enfermeiros são a caminhada com 24,2% e o ginásio com 20,0%. No que concerne, à pergunta se estas atividades já teriam causado alguma lesão, 10,8% dos enfermeiros inquiridos responderam afirmativamente. Quanto ao número de horas a média foi de 3,08 horas. Quando agrupados os dados em classes 94,2% dos enfermeiros praticam menos de 7 horas por semana.

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, 17,6% dos enfermeiros referem fumar, destes 57,2% fumam até 10 cigarros e 42,8% fumam mais de 10 cigarros por dia. Os enfermeiros inquiridos fumam entre 2 e 20 cigarros, sendo a média 11,76 cigarros.

Quando questionados sobre problemas de saúde, 30,8% dos enfermeiros inquiridos responderam possuir algum problema. As doenças mais referidas foram as do sistema musculoesquelético com uma frequência de 48,6% (englobam desde doenças reumáticas, hérnias discais, fibromialgia), seguida da asma referida por 16,2% dos enfermeiros. Com igual percentagem 10,8% dos enfermeiros referiram a hipertensão arterial e patologia da tiroide. Foram referidas outras patologias mas com percentagens menos significativas.

Prevalência de queixas

A prevalência das lesões musculoesqueléticas nos últimos 12 meses, foi obtida observando a frequência de enfermeiros que apresentam sintomatologia musculoesquelética em pelo menos uma região anatómica. A prevalência observada nos enfermeiros inquiridos é de 85,0%.

Por outro lado, foi possível também observar a frequência dos enfermeiros inquiridos com sintomatologia em pelo menos uma região corporal nos últimos 7 dias sendo que o valor encontrado foi de 38,3%.

Importa também referir que 73,3% dos enfermeiros reportam pelo menos 2 queixas musculoesqueléticas e 63,3% dos enfermeiros mais de 3 queixas nos últimos meses.

Quanto à região corporal mais afetada pela dor/desconforto referida pelos participantes, nas várias regiões anatómicas, nos últimos 12 meses, esta é

mais elevada na região lombar (67,5%), seguida da região cervical (53,3%), coluna dorsal (44,2%), ombros (41,6%), pernas/joelhos e punho/mãos (35,0% respetivamente).

Questionados sobre os 7 dias anteriores, os sintomas de dor ou desconforto referido pelos enfermeiros são mais elevados na região lombar (19,2%), seguida dos ombros (17,5%) e cervical (12,5%).

As regiões anatómicas, onde a dor/desconforto teve como consequência o impedimento da realização do trabalho normal por parte dos enfermeiros inquiridos nos últimos 12 meses (quadro 20), foram a região lombar (11,7%), seguido dos punhos/mãos (6,7%).

Ao analisar os dados por serviço e região anatómica (quadro 2) observou-se que, nos serviços de medicina, cirurgia, BO, ortopedia, obstetria/ginecologia, pneumologia e urgência, a região onde os enfermeiros referem mais sintomatologia é na coluna lombar com 78,3%, 64,3%, 64,3%, 75,0%, 50,0%, 75,0% e 80,0% respetivamente. No serviço de pediatria a região corporal onde os enfermeiros mencionam maior sintomatologia é nos ombros (45,4%) e no serviço de consulta externa a região mais referida é a coluna cervical (75,0%). Por fim no serviço de cuidados integrados os enfermeiros referem a região ombros (85,7%) e coluna lombar (85,6%).

A intensidade da dor nas diferentes regiões apresenta-se como uma dor moderada, uma vez que a média de todas as regiões ronda o 2 (valor atribuído à dor moderada). No entanto, há regiões onde a dor intensa tem percentagens elevadas, nomeadamente, na região pernas/joelhos com uma percentagem de 28,6% dos enfermeiros inquiridos, punho/mãos com 27,9%, coluna lombar com 22,9% e ancas/coxas com 22,2%. De salientar ainda, a dor insuportável ser referida em todas as regiões, em especial na região pernas/joelho com uma percentagem de 7,1% dos enfermeiros e a região lombar com 4,8%.

Não obstante, este questionário permitiu também conhecer se os enfermeiros estiveram impedidos de realizar o seu trabalho normal devido aos problemas por eles descritos nesta escala. Observou-

Quadro 2 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos com sintomatologia musculoesquelética por serviço e região anatómica.

	Medicina	Cirurgia	BO	Pediatria	Ortopedia	Obstetrícia/ Ginecologia	Pneumologia	Consulta Externa	Urgência	Cuidados Integrados
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Coluna Cervical	60,9	42,9	57,1	36,4	37,5	25,0	58,3	75,0	73,3	42,8
Ombros	30,4	28,6	42,9	45,4	37,5	25,0	41,7	50,0	53,3	85,7
Cotovelos	13,0	0,0	14,3	27,3	0,0	0,0	8,3	12,5	20,0	0,0
Punho/mãos	30,4	21,4	35,7	36,4	12,5	50,0	41,7	50,0	60,0	0,0
Coluna Dorsal	60,9	21,4	42,8	27,3	37,5	25,0	58,3	50,0	46,7	57,1
Coluna Lombar	78,3	64,3	64,3	27,3	75,0	50,0	75,0	62,5	80,0	85,6
Ancas/Coxas	8,7	7,1	50,0	27,3	25,0	12,5	25,0	25,0	26,7	14,3
Pernas/Joelhos	43,5	28,6	42,8	27,3	25,0	0,0	25,0	37,5	40,0	71,4
Tornozelos	21,7	7,1	21,4	18,2	25,0	12,5	16,7	37,5	26,7	28,6

-se que 97,2% dos enfermeiros inquiridos não se sentiram impedidos de realizar o seu trabalho.

Análise Estatística Inferencial

Os resultados estatisticamente significativos encontrados sugerem a existência de relações entre a prevalência de *Imelt* nos últimos 12 meses e a fatores individuais (género, habilitações literárias e problemas de saúde) e a fatores psicossociais (horas de trabalho do cônjuge).

Como se pode observar pelo quadro 3, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a prevalência de *Imelt* nos últimos 12 meses e o género. Constatou-se que são os enfermeiros do género feminino os que apresentam classificações mais elevadas (Mean rank=62,90; $p=0,024$).

Pela observação do mesmo quadro, constatou-se ainda a existência de associação estatisticamente significativa entre a prevalência de *Imelt* nos últimos 12 meses e os problemas de saúde. Observou-se que os enfermeiros que referem ter problemas de saúde apresentam classificações mais elevadas (mean rank=68,20; $p=0,031$).

Por último, observou-se associação estatisticamente significativa entre a prevalência de *Imelt* nos últimos 12 meses e as horas de trabalho do cônjuge (quadro 3). Observou-se que são os enfermeiros cujos cônjuges trabalham mais de 40 horas os que apresentam classificações mais elevadas (mean rank=39,38; $p=0,015$).

Quadro 3 – Associação entre as variáveis género, antecedentes de saúde e horas de trabalho do cônjuge dos enfermeiros inquiridos e a prevalência de *Imelt* nos últimos 12 meses

		n	Mean Rank	U	p
Género	Feminino	100	62,90	760,000	0,024
	Masculino	20	48,50		
Antecedentes de saúde	Não	83	57,07	1250,500	0,031
	Sim	37	68,20		
Horas de trabalho do cônjuge	≤40 h	36	30,17	420,000	0,015
	>40 h	32	39,38		

$p<0,005$

Verificou-se também a existência de associação estatisticamente significativa entre a prevalência

de Imelt nos últimos 12 meses e as habilitações literárias ($p=0,031$) (quadro 4). São os enfermeiros detentores de um bacharelato os que apresentam classificações mais elevadas, pode até perceber-se que à medida que aumenta o grau académico as classificações são mais diminutas.

Quadro 4 – Associação entre a variável habilitações literárias dos participantes e a prevalência de Imelt nos últimos 12 meses

		n	Mean Rank	Kruskal-Wallis	P
Habilitações Literárias	Bacharelato	3	85,50	8,853	0,031
	Licenciatura	83	63,57		
	Pós-graduações/ Pós-licenciaturas	29	51,71		
	Mestrado	5	45,50		

No entanto, é de salientar que se encontrou associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia referida pelos enfermeiros em determinadas zonas corporais e outros fatores de risco.

Relativamente aos fatores individuais, constatou-se que as atividades extraprofissionais (neste caso atividades de lazer e atividades físicas ou atividades de desporto) e hábitos tabágicos estão associados com a sintomatologia referida pelos enfermeiros (quadro 5).

Verificou-se haver associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia referida pelos enfermeiros ao nível da coluna dorsal nos últimos 12 meses e o número de horas de atividades de lazer. Os enfermeiros inquiridos cujas horas de lazer despendidas por semana se situam entre as 7 e as 14 horas, são os que apresentam médias mais elevadas, e, por isso, os que apresentam mais sintomatologia nesta área corporal (mean rank=66,60; $p=0,007$).

Quadro 5 – Associação entre o número de horas de atividades de lazer dos participantes e a sintomatologia na coluna dorsal, nos últimos 12 meses

		n	Mean Rank	U	p
Número de horas de atividades de lazer	< 7 h	82	45,05	7,864	0,007
	7 – 14 h	12	64,25		

$p<0,005$

Observou-se também existir associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia referida pelos enfermeiros ao nível da coluna lombar nos últimos 12 meses e o número de horas das atividades físicas ou desportivas realizadas (quadro 6). À medida que aumenta o número de horas das referidas atividades diminui a sintomatologia referida pelos enfermeiros ao nível da coluna lombar, como também se pode comprovar pelas classificações ($p=0,020$).

Relativamente aos hábitos tabágicos, constatou-se haver associação estatisticamente significativa entre estes e a sintomatologia referida pelos enfermeiros ao nível da coluna lombar nos últimos 12 meses (quadro 6). Os enfermeiros inquiridos com hábitos tabágicos são os que apresentam classificações mais elevadas, e consequentemente, os que apresentam mais sintomatologia nesta área corporal (mean rank=71,00; $p=0,048$).

Quadro 6 – Associação entre o número de horas de atividades físicas ou desportivas e hábitos tabágicos dos enfermeiros inquiridos e a sintomatologia na coluna lombar, nos últimos 12 meses

		n	Mean Rank	U	p
Número de horas da atividade física ou desportiva	<7h	81	44,76	100,500	0,020
	7-14h	5	23,10		
Hábitos Tabágicos	Não	98	57,64	798,00	0,048
	Sim	21	71,00		

$p<0,005$

DISCUSSÃO

A prevalência das lesões musculoesqueléticas nos enfermeiros inquiridos, em uma ou mais regiões anatómicas, nos últimos 12 meses, é de 85,0%. Estes dados são semelhantes aos de Fonseca e Serranheira (2006), que num estudo sobre a prevalência da sintomatologia musculoesquelética auto-referida por enfermeiros, realizado em cinco hospitais do grande Porto, registou uma frequência de 84% de sintomas musculoesqueléticos em diferentes zonas anatómicas. Noutro estudo realizado também no norte do país registou-se uma frequência de cerca de 70% (Barroso *et al.*, 2007). Os

mesmos autores realizaram um estudo num hospital central de Lisboa que revelou valores aproximados aos anteriores, 78,6% de queixas musculoesqueléticas entre enfermeiros. É de salientar que estes valores são bastantes elevados sugerindo que as estratégias adotadas até ao momento não terão tido a efetividade necessária, e novas estratégias deverão ser delineadas para diminuir esta prevalência.

Importa salientar que 73,3% dos enfermeiros reportam pelo menos 2 queixas musculoesqueléticas e 63,3% dos enfermeiros mais de 3 queixas nos últimos 12 meses. No mesmo sentido Tezel (2005) constatou na sua investigação que 90% da sua amostra refere pelo menos uma queixa musculoesquelética, 60% reportam pelo menos duas e 36% mencionam mais de três queixas musculoesqueléticas nos seis meses anteriores à investigação.

Quanto à dor ou desconforto nas várias regiões anatómicas, nos últimos 12 meses, esta é mais elevada na região lombar (67,5%), seguida da região cervical (53,3%), coluna dorsal (44,2%), ombros (41,6%), punho/mãos (34,1%), e pernas/joelhos (35,0%). Fonseca e Serranheira (2006), encontraram valores similares para sintomas musculoesqueléticos ligados ao trabalho em diferentes zonas anatómicas nos 12 meses anteriores à investigação, sendo a região lombar a que registou maior número de referências sintomáticas (65%), seguida da região cervical (55%), região dorsal (37%), ombros (34%) e punhos e mãos (30%).

A intensidade da dor nas diferentes regiões apresenta-se como uma dor moderada, no entanto, há regiões onde a dor intensa tem percentagens elevadas. De salientar ainda a dor insuportável ser referida em todas as regiões, em especial na região pernas/joelho e a região lombar. Fonseca e Serranheira (2006) no seu estudo encontraram dados semelhantes, a maioria dos enfermeiros inquiridos apresentava dor moderada (percentagens entre os 39% e os 56% nas diferentes zonas corporais). Quanto à dor intensa referida pelos enfermeiros, as percentagens por eles observadas foram mais elevadas nas coxas, seguido dos tornozelos, coluna lombar e ombros. Os dados relativos à dor intensa também são idênticos.

Nos serviços de medicina, cirurgia, BO, ortopedia, obstetrícia/ginecologia, pneumologia e urgência,

a região onde os enfermeiros referem mais sintomatologia é na coluna lombar (percentagens entre os 64,3% e os 80,0%). No serviço de pediatria a região corporal onde os enfermeiros mencionam maior sintomatologia é nos ombros (45,4%) e no serviço de consulta externa a região mais referida é a coluna cervical (75,0%). Por fim no serviço de cuidados integrados os enfermeiros referem a região ombros (85,7%) e coluna lombar (85,6%). Estes dados são corroborados em parte por Fonseca e Serranheira (2007), que menciona que é no serviço de medicina onde são referidas mais sintomatologia na coluna lombar (75,0%).

Quais os fatores que influenciam a prevalência de Imelt?

Os dados mostram a existência de associações estatisticamente significativas entre a prevalência de Imelt nos últimos 12 meses e fatores individuais (género e problemas de saúde) e psicossociais (habilitações literárias, horas de trabalho do cônjuge). Constatou-se que são os enfermeiros do género feminino os que apresentam maior prevalência de Imelt nos últimos 12 meses ($p=0,024$). De facto, Alexandre (1998) defende que as mulheres apresentam menor resistência nos ligamentos e músculos que envolvem os discos intervertebrais e, por consequência, são mais suscetíveis de desenvolver lesões na coluna, mesmo na manipulação de cargas leves. Já em estudos mais antigos Ulin *et al.* (1993) citado por Brandão (2003) aponta-se para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre géneros, relativamente a posturas adotadas durante a realização do trabalho, consequência das diferenças de estatura entre géneros. Karahan (2009) conclui, que o género feminino é um fator de risco para o desenvolvimento de Imelt. Observou-se também que são os enfermeiros que possuem problemas de saúde os que apresentam maior prevalência de Imelt nos últimos 12 meses ($p=0,031$). As mais referidas pelos enfermeiros inquiridos foram as do foro musculoesquelético (doenças reumáticas, hérnias discais, fibromialgia), o que é corroborado por Serranheira *et al.* (2005) que refere que doenças como as doenças reumatológicas e antecedentes pessoais de traumatismo podem aumentar a suscetibilidade individual ao

desenvolvimento de *lmelt*.

Constatou-se que são os enfermeiros que possuem como habilitações literárias o bacharelato os que apresentam maior prevalência de *lmelt* nos últimos 12 meses ($p=0,031$). De acordo com Tezel (2005) enfermeiras com menor nível de instrução experienciam maior manipulação manual de material e por isso podem estar mais expostas para desenvolver *lmelt*.

Os enfermeiros cujos cônjuges trabalham mais de 40 horas semanais são os que apresentam maior prevalência de *lmelt* nos últimos 12 meses ($p=0,015$). Estes dados são convergentes com os de Sluiter *et al.* (2001) que refere o suporte social como um fator de risco de lesão musculoesquelética não físico.

É de salientar que se encontrou associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia referida pelos enfermeiros em determinadas zonas corporais e alguns fatores individuais: atividades extraprofissionais (neste caso atividades de lazer e atividades físicas ou atividades de desporto), e hábitos tabágicos.

Pela estatística inferencial constatou-se que os enfermeiros cujo número de horas de atividades de lazer despendidas por semana se situa entre as 7 e as 14 horas são os que apresentam mais sintomatologia na coluna dorsal nos últimos 12 meses ($p=0,020$). Brandão (2003) refere que poucos são os estudos onde foi possível encontrar relação entre as atividades extraprofissionais e o aparecimento de *lmelt* na coluna cervical e ombros e no segmento punho e mãos. A mesma autora refere que a dificuldade em encontrar relação estatisticamente significativa relaciona-se com o facto destas atividades (domésticas ou desportivas) se sobrepõem à atividade profissional.

No que diz respeito ao número de horas de atividades físicas ou desportivas realizadas pelos enfermeiros, constatou-se que quando aumenta o número de horas praticadas, diminui a sintomatologia referida pelos enfermeiros ao nível da coluna lombar nos últimos 12 meses ($p=0,020$). Sopajareya *et al.* (2009) suporta estes dados ao referir que a falta de exercício é um fator de risco associado à dor na região lombar, porque diminui a força muscular e existe flexibilidade inadequada nessa

região. O mesmo autor citando vários estudos internacionais refere que as enfermeiras que faziam exercício regular não apresentavam dor na região acima referida.

Apesar de ser uma percentagem relativamente baixa, constatou-se que são os enfermeiros que fumam os que apresentam mais sintomatologia na coluna lombar nos últimos 12 meses ($p=0,047$). De acordo com Santos (2009), o consumo de tabaco bem como o álcool e outras drogas podem conduzir ao desenvolvimento mais célere de *lmelt*. Vários são os artigos que associam estas duas variáveis, sendo que uma das explicações possíveis é a alteração da oxigenação muscular secundária aos problemas de circulação causado pelo tabaco (Brandão, 2003). Num estudo mais recente realizado por Karahan *et al.* (2009) observou-se através de um modelo de análise multivariada que ser fumador é um fator de risco para o desenvolvimento de lesões na região lombar.

Estes resultados e a sua generalização para outras populações devem ter em consideração algumas limitações metodológicas, algumas relacionadas com a validação do instrumento de colheita de dados, a impossibilidade de caracterização dos serviços, e a análise de dados não paramétrica usada.

CONCLUSÃO

Estudar as *lmelt* em enfermeiros representa um processo complexo, pois existem muitas variáveis envolvidas, que nem sempre são possíveis de controlar. Neste estudo, a prevalência das lesões musculoesqueléticas em uma ou mais regiões anatómicas nos últimos 12 meses, nos enfermeiros inquiridos é de 85,0%, sendo a região lombar, seguida da região cervical, as mais afetadas pela dor/desconforto.

A coluna lombar é a região que reúne mais queixas referidas pelos enfermeiros na maioria dos serviços.

No que diz respeito aos fatores de risco apenas se verificaram associações entre os fatores individuais (género, habilitações literárias e problemas de saúde), os fatores psicossociais: horas de trabalho do cônjuge) e a prevalência das *lmelt*. Constatou-se que são os enfermeiros do género feminino os

que apresentam maior prevalência de *Imelt*, bem como os enfermeiros com problemas de saúde anteriores, enfermeiros licenciados e os enfermeiros cujos cônjuges trabalham mais de 40 horas.

Verificou-se ainda associação entre a sintomatologia referida pelos enfermeiros em determinadas zonas corporais e determinados fatores, nomeadamente as queixas na coluna dorsal e o fator individual: horas de lazer; queixas na região lombar e os fatores individuais: horas de atividade física ou desportiva e hábitos tabágicos. Ainda que no enquadramento teórico estejam explicitadas relações com outras variáveis, tal não foi verificado neste trabalho.

Os valores elevados encontrados de sintomatologia referida pelos enfermeiros desta instituição, seja a nível global, seja a nível de diferentes regiões corporais, sugerem que estamos perante uma situação de alguma gravidade a nível da saúde ocupacional dos enfermeiros, que carece de maior esclarecimento em relação aos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de *Imelt*. Por outro lado, estes resultados indiciam que existe necessidade de melhorar as estratégias de prevenção (individual, biomecânica, organizacional e psicossocial) já instituídas e realizadas na instituição, para os quais os seus responsáveis devem ser informados e sensibilizados.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em reabilitação é um dos profissionais de saúde que poderá, pelo corpo de saberes e competências que detém, para em articulação com o serviço de saúde ocupacional e os gestores da instituição, conceber planos, prescrever intervenções para prevenir complicações e evitar incapacidades instaladas. Poderá também contribuir para o desenvolvimento de programas de ginástica laboral, promoção de estilos de vida saudáveis, e formações em ergonomia (com estratégias que envolvam a prática de determinadas técnicas úteis no dia à dia), formações que devem ser cíclicas, adaptadas a cada serviço/equipa e equipamentos que cada um possui. Face aos argumentos aduzidos, e ao reflexo que estes problemas podem ter na saúde e na qualidade de vida destes profissionais de saúde e, também, na qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, é primordial não descurar cuidar de quem cuida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO (2000) – *Lesões por esforços repetitivos nos Estados-Membros da EU*. In Síntese de um relatório da Agência, Tema 6; AESST. Printed in Belgium;
- ALEXANDRE, N.M.C. (1998) – Aspectos ergonómicos relacionados com o ambiente e equipamento hospitalares. *Revista Latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto*. Vol. 6, n.º 4, p. 103-109;
- ALEXOPOULOS, E. *et al.* (2006) – A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *Int Arch Environ Health*. Vol. 79, p. 82-88;
- ALEXOPOULOS, E. *et al.* (2003) – Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Int Arch Environ Health*. Vol. 76, p.289- 294;
- ANDERSSON, G.B.J (1999) - Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet*. 354, p. 581-5;
- BARBOSA, E. *et al.* (2004) – Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em cirurgiões dentista de Campina Grande. *Pesquisa Brasileira Odontoped Clin. Integr, João Pessoa*. Vol. 4, n. 1, p: 19-24;
- BARROSO, M.; CARNEIRO, P.; BRAGA, A.C. (2007) – Characterization of Ergonomic Issues and Musculoskeletal complaints in a Portuguese District Hospital. In *Proceedings of International Symposium “Risks for health care workers: prevention challenges*, ISSA, Atenas;
- BAUMANN, A. (2007) – *Entornos de prática favorables: lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente*. Carpeta de herramienta de información y acción. International Council of Nurses, 75p;
- BRANDÃO, M.F. (2003) - *Análise integrada da exposição mecânica do membro superior na área de montagem final da indústria automóvel*. Tese de doutoramento Motricidade Humana, especialidade Ergonomia, Universidade Técnica Lisboa, Portugal;
- COELHO, M. (2009) – *Estudo da frequência de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho em profissionais de enfermagem – proposta de um programa de ginástica laboral*. Tese de Mestrado. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal;
- COTRIM, T. *et al.* (2006) – Assessing the exposure risk to low back-pain at nurses related with patient handling using MAPO. In *Proceedings of the 16th World Congress on Ergonomics – Meeting Diversity in Ergonomics*, Maastricht. Holanda;
- FENG, C. *et al.* (2007) – Prevalence of and risk factors for different measures of low back pain among female nursing aides in Taiwanese nursing homes – *BMC Musculoskeletal Disorders*. Vol. 8, n.º 52;
- FONSECA, M.R.F.T. (2005) – *Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia musculoesquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Saúde pública, Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal;

- FONSECA, R.; SERRANHEIRA, F. (2006) – Sintomatologia musculoesquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 6, p: 37-44;
- HAGBERG, M. *et al.* (1995) – *Work Related Musculoskeletal Disorders: A Reference for Prevention*. Taylor & Francis. London;
- HARCOMBE, H. *et al.* (2009) – Prevalence and impact of musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. Vol. 33, nº 5, p. 437-441;
- HORNEIJ, E.L. *et al.* (2004) – Sick leave among home-care personnel: a longitudinal study of risk factors. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 5:38;
- JANZ, N.K. (2002) – The health nursing belief model. In *Health behaviour and Health education*. 3rd ed. Chap. 3, p. 45-66;
- KARAHAN, A., *et al.* (2009) – Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 65, p. 516-524;
- KUORINKA, I *et al.* (1987) – Standardized Nordic Questionnaires for Analysis of Musculoskeletal Symptoms. *Applied Ergonomics*. Nº 18:3, p. 233-237;
- MAIA, P. M. S. (2002) – *Avaliação da capacidade laboral de Enfermeiros em contexto hospitalar*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Escola de Engenharia, Departamento de Produção e Sistemas, Guimarães, Portugal;
- MARTINS, J. (2008) – *Percepção do risco de desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas em atividades de enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Engenharia Humana. Universidade do Minho, Braga, Portugal;
- OLIVEIRA, J.R.G. *et al.* (2002) – *A prática da Ginástica Laboral*. Rio de Janeiro: Sprint;
- PARADA, E.O. *et al.* (2002) – Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*. vol. 10, nº1, p: 64-69;
- QUEIROZ, M.V. *et al.* (2008) - *Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho - Guia de orientação para a prevenção*. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, Portugal;
- RANNEY, D. (2002) - *Distúrbios osteomusculares crónicos Relacionado ao trabalho*. São Paulo, Roca;
- RASIA, D. (2009) – *Quando a dor é do dentista! Custo humano do trabalho de Endoontista e Indicadores de DORT*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Brasília, Brasil;
- SANTOS, José (2009) - *Desenvolvimento de um Guião de selecção de métodos para análise do risco de lesões musculoesqueléticas relacionadas como o trabalho*. Dissertação de Mestrado. Escola de Engenharia. Universidade do Minho, Guimarães, Portugal;
- SERRANHEIRA, F. *et al.* (2005) – Lesões musculoesqueléticas e trabalho: uma associação muito frequente. *Saúde & Trabalho*. 5, p. 59-88;
- SERRANHEIRA, F.; UVA, A.S. (2007) – Identificação e avaliação do risco de LMEMSLT. In *Livro de Atas do Colóquio Internacional Segurança e Higiene Ocupacionais*, Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Guimarães, Portugal, p: 27-33;
- SHEREHIY, B.; KARWOWSKI, W.; MAREK, T. (2004) – Relationship between risk factors and musculoskeletal disorders in the nursing profession: A systematic review. *Occupational Ergonomics*. 4. IOS Press, p: 241-279;
- SLUITER, J. *et al* (2001) – Critérios de avaliação das lesões musculo-esqueléticas do membro superior relacionadas com o trabalho (LMEMSRT). In UVA, A.; LOPES, F.; FERREIRA, L. (2001), *Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, Lisboa;
- SOPAJAREEYA, C. *et al.* (2009) – Prevalence and risk factors of low back pain among nurses in a Thai Public Hospital. *Journal med. Assoc. Thai*, Vol. 92, Suppl. 7, p. S93-S99;
- TEZEL, A. (2005) – Musculoskeletal complaints among a group of turkish nurses. *Inter. J. Neurosciense*. Vol. 115, p: 871-880;
- TINUBU, B.M.S. *et al.* (2010) – Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal disorders*. Vol. 11: 12;
- TRINKOFF, A.M. *et al.* – Musculoskeletal problems of the neck, shoulder and back and functional consequences in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*. Vol. 41. p: 170-178;
- ULIN, S.S. *et al.* (1993) - Perceived exertion and discomfort associated with driving screws at various locations and at different frequencies. *Ergonomics*. Volume 36, p. 833-846.

ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE *BURNOUT**

Élvio Henriques de Jesus⁽¹⁾; Alexandra Marques Pinto⁽²⁾; Inês Santos Estevinho Fronteira⁽³⁾; Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes⁽⁴⁾



Resumo

Enquadramento: A síndrome de burnout constitui um importante factor de impacto negativo na saúde, bem-estar e produtividade dos enfermeiros. Têm sido documentados efeitos directos na qualidade e segurança dos cuidados e, logo, no desempenho dos serviços de saúde. Embora estudos realizados em Portugal descrevam esta realidade em alguns contextos organizacionais, importante continua a ser a realização de estudos de âmbito nacional e internacional de larga escala.

Objectivo: Descrever a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos sintomas de burnout e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais.

Material e métodos: Estudo quantitativo, observacional, transversal, analítico, envolvendo 2235 enfermeiros de unidades médico-cirúrgicas de adultos de 31 Hospitais portugueses. Os dados foram colhidos através da aplicação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e de um questionário sociodemográfico e tratados com recurso à estatística descritiva e analítica.

Resultados: Elevada prevalência de exaustão emocional, particularmente nos enfermeiros com menor experiência profissional, porém baixos níveis de despersonalização e de perda da realização profissional. Encontrou-se significância estatística ($p \leq 0,05$) na relação entre as variáveis sexo, experiência e título profissional, local de trabalho e tipo de serviço, relativamente à componente exaustão emocional; e, sexo, experiência profissional e *part-time*, no que refere à despersonalização.

Conclusão: Os níveis de exaustão emocional evidenciados exigem uma profunda e tempestiva reflexão por parte das diferentes entidades envolvidas nos sistemas de prestação de cuidados de enfermagem uma vez que tendo-se verificado níveis relativamente baixos de despersonalização e de perda da realização profissional, a reversão dos sintomas poderá ser mais facilmente conseguida. Estudos de casos de sucesso/insucesso, de intervenção e do tipo longitudinal são igualmente recomendados.

Palavras-chave: *Burnout*, Enfermeiros, Serviços Médico-cirúrgicos, RN4Cast

Abstract

*RN4CAST STUDY IN PORTUGAL: NURSES' PERCEPTION OF BURNOUT**

Background: The burnout syndrome constitutes an important factor of negative impact on the nurses' health, wellbeing and productivity. Direct effects on care quality and safety, and subsequently on the health care services performance have been documented. Although some studies conducted in Portugal describe this reality in certain organizational contexts, conducting large-scale studies at national and international scales remains important.

Objective: To describe the perception of nurses in medical-surgical services at Portuguese hospitals with regard to the burnout symptoms and their relation to some socio-demographic and professional variables.

Material and methods: A quantitative, observational, cross-sectional and analytical study, which involved 2235 nurses from adult-oriented medical-surgical units of 31 Portuguese hospitals. Data were collected through the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) and a socio-demographic questionnaire, and were processed using descriptive and analytical statistics.

Results: High prevalence of emotional exhaustion, particularly in nurses with less professional experience; however, low levels of depersonalisation and of loss of professional accomplishment were also registered. Statistical significance ($p \leq 0,05$) was found in the relationship between the variables of sex, professional experience and title, workplace and type of service regarding the emotional exhaustion component; and the variables of sex, professional experience and part-time work with regard to the depersonalisation component.

Conclusion: The evidenced levels of emotional exhaustion demand a deep and timely reflection by the different entities involved in the nursing care provision systems since the reversion of symptoms may be more easily obtained, considering that relatively low levels of depersonalization and of loss of professional accomplishment were observed. Successful/unsuccessful, interventional and longitudinal case studies are equally recommended.

Keywords: *Burnout*, Nurses, Medical-surgical Services, RN4Cast

Rececionado em agosto 2014. Aceite em setembro 2014

⁽¹⁾ Professor Auxiliar Convidado no ICS da Universidade Católica Portuguesa (ejesus@porto.ucp.pt)

⁽²⁾ Professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia da Universidade Nova de Lisboa

⁽³⁾ Professora Auxiliar no IHMT da Universidade Nova de Lisboa

⁽⁴⁾ Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESTUDIO RN4CAST EN PORTUGAL: LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE BURNOUT*

Contexto: El síndrome de desgaste (síndrome de *burnout*) constituye un importante factor de impacto negativo en la salud, el bienestar y la productividad de los enfermeros. A este respecto, se han documentado efectos directos en la calidad y seguridad de los cuidados y, por tanto, en el desempeño de los servicios de salud. Aunque los estudios realizados en Portugal describan esta realidad en algunos contextos organizativos, continúa siendo importante realizar estudios de ámbito nacional e internacional de amplia escala.

Objetivo: Describir la percepción de los enfermeros de servicios médico-quirúrgicos de los hospitales portugueses en relación a los síntomas de desgaste y su relación con algunas variables sociodemográficas y profesionales.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico que envuelve a 2.235 enfermeros de unidades médico-quirúrgicas de adultos de 31 hospitales portugueses. Los datos se recogieron a través de la aplicación del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) y de un cuestionario sociodemográfico, y se trataron con la estadística descriptiva y analítica.

Resultados: Elevada prevalencia de agotamiento emocional, particularmente en los enfermeros con menos experiencia profesional, y bajos niveles de despersonalización y de pérdida de la realización profesional. Se encontró significancia estadística ($p \leq 0,05$) en la relación entre las variables sexo, experiencia y título profesional, lugar de trabajo y tipo de servicio en relación al componente agotamiento emocional, y sexo, experiencia profesional y tiempo parcial (*part-time*) en lo que se refiere a la despersonalización.

Conclusión: Los niveles de agotamiento emocional observados exigen una reflexión profunda y tempestiva por parte de las diferentes entidades implicadas en los sistemas de prestación de atención de enfermería, ya que, tras verificarse niveles relativamente bajos de despersonalización y de pérdida de la realización profesional, la reversión de los síntomas se podrá conseguir más fácilmente. Asimismo, también se recomiendan los estudios de casos de éxito/fracaso, de intervención y de tipo longitudinal.

Palabras clave: *Burnout*, enfermeros, servicios médico-quirúrgicos, RN4Cast

INTRODUÇÃO

O estudo da síndrome de burnout nos profissionais de saúde tem despertado grande interesse na comunidade científica pelo sofrimento e pelos riscos que acarreta para a saúde dos próprios profissionais, para a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e, de uma forma mais geral, pelos custos que traz às organizações e sistema de saúde.

De acordo com Maslach (1976), o burnout é classicamente definido como uma resposta ao stress profissional crónico que se caracteriza por sintomas de exaustão emocional, atitudes de despersonalização e perda de realização pessoal no trabalho. A exaustão emocional refere-se ao surgimento

de sintomas de esgotamento dos recursos emocionais em relação ao trabalho; a despersonalização corresponde à adopção de uma atitude defensiva, distanciada e fria face aos utentes; e, finalmente, a perda de realização pessoal no trabalho remete para o desenvolvimento de sentimentos de ineficácia e de falta de gratificação face ao trabalho.

Devido ao elevado risco de burnout nos profissionais de saúde (Dias, Queirós, & Carlotto, 2010; Silva & Gomes, 2009), a prevalência desta síndrome tridimensional e das suas relações com diversos tipos de factores de stress profissional tem sido estudada a nível internacional e nacional em médicos (Martín, Hernández, Arnillas, & García, 2009; Silva & Gomes, 2009) e em enfermeiros

* *Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast) - Human Resources Management for Nursing in Europe, a study on the impact of nurse deployment on patient safety* (www.rn4cast.eu).

Equipa de Investigação do projecto RN4Cast em Portugal

Universidade Católica Portuguesa

- António Manuel - En^o Supervisor - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
- Beatriz Araújo - En^a, Professora Associada - CIIS/ICS
- Elisabete Nunes - En^a, Assistente do 2^o Triénio - CIIS/ICS
- Elvío Jesus (Coordenação) - En^o Supervisor - CIIS/ICS
- Nelson Guerra - En^o Chefe - CIIS/ICS
- Sofia Salgado (Consultora) - Professora Auxiliar - Faculdade de Economia e Gestão-UCP Porto

Universidade Nova e Universidade de Lisboa

- Alexandra Pinto (Consultora) - Professora Auxiliar - Faculdade de Psicologia
- Gilles Dussault (Consultor) - Professor Catedrático convidado - Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT)
- Inês Fronteira - En^a, Professora Auxiliar - Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Pública Internacional e Bioestatística (UEI-SPIB) / IHMT
- Pita Barros (Consultor) - Professor Catedrático - *Nova School of Business and Economics* - Faculdade de Economia

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- Aida Mendes - En^a, Professora Coordenadora - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)
- Fernando Amaral - En^o, Professor Coordenador - UICISA: E

Catholic University Leuven

- Walter Sermeus (Consultor) - *Professor in Healthcare Management - KU Leuven*

(e.g. Mendes, 1996; Mendes, Claro & Robazzi, 2014; Albadejo, Villanueva, & Ortega, 2004; Dias, Queirós, & Carlotto, 2010).

Particularmente na Enfermagem, a literatura revela níveis mais elevados de sintomatologia de burnout comparativamente a outras profissões na área da prestação de cuidados de saúde (Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013), designadamente a medicina (e.g. Rodríguez-García, Oviedo, Santillán, Velázquez, & Fiesco, 2009). Um estudo realizado em Portugal por Queirós (2005) revelou que 25% (um em cada quarto) enfermeiros apresentava sintomas de burnout no trabalho.

A compreensão destes resultados remete para a análise dos factores de stress que de um modo geral caracterizam a actividade dos profissionais de enfermagem enquanto profissionais de saúde.

Desde logo, pelas características do trabalho e das tarefas de natureza clínica que desempenham, os profissionais de enfermagem estão expostos a uma intensa sobrecarga emocional, própria da relação interpessoal de ajuda e da prestação de cuidados a pessoas em sofrimento, sendo, ainda, muita da sua actividade desenvolvida em condições de isolamento físico e fraco suporte pelos pares e médicos (Delbrouck, 2006; Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013).

Acrescem a estes factores de stress outros relacionados com problemas de carreira e de desempenho de papel, cujo peso ganha actualidade face ao momento que se vive nos serviços de saúde portugueses. Por um lado, o compromisso das condições de trabalho e remuneratórias leva a que as expectativas destes profissionais sejam frequentemente defraudadas, gerando sentimentos de instabilidade profissional e de insatisfação com o trabalho. Por outro lado, a carência de recursos e apoios necessários à realização de um desempenho profissional de qualidade contribui igualmente para aumentar a vulnerabilidade destes profissionais ao stress ocupacional e, conseqüentemente, ao surgimento de sintomas de burnout (Dias, 2012).

Assim, os factores explicativos do burnout nos enfermeiros são vários e incluem, o contacto muito próximo com os utentes, os sentimentos de ausência de controlo face a situações de risco eminente, o ambiente físico que envolve uma atmosfera

fechada e insalubre, as pressões de tempo em que se destaca o trabalho por turnos, a sobrecarga de trabalho relacionada com a variedade de funções e tarefas a cumprir e com longas horas de pé, a falta de recursos, a formação e supervisão insuficientes, a remuneração, os conflitos trabalho-família, entre outros (Dias, 2012).

Os elevados níveis de prevalência de burnout nos enfermeiros sinalizam não só a necessidade de identificar e prevenir factores de stress profissional a que, como acabamos de ilustrar, estes profissionais estão sujeitos, mas também de reduzir as conseqüências nefastas que acarreta para a saúde dos próprios profissionais, em que se contabilizam queixas psicossomáticas diversas e sintomatologia do foro da ansiedade e da depressão (Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013). Outras conseqüências do burnout profissional dos enfermeiros que importa contabilizar incluem as quebras nos níveis de desempenho, o absentismo e o turnover, com custos para a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e para as organizações e sistemas de saúde em que trabalham.

O reconhecimento, em alguns países, da síndrome de burnout como uma doença profissional (Schaufeli, & Enzmann, 1998), a identificação, pela investigação científica, dos numerosos factores de natureza socioprofissional que contribuem para a explicação desta síndrome e a compreensão da gravidade dos riscos psicossociais a que se associa tem permitido chamar a atenção da comunidade científica, dos responsáveis políticos e do público em geral para as elevadas exigências profissionais a que os enfermeiros estão sujeitos. Coloca também em agenda a necessidade de otimizar recursos e apoios capazes de minimizar o impacto dessas exigências e, assim, prevenir aquilo que alguns estudos epidemiológicos europeus sugerem ser um risco psicossocial no âmbito da saúde pública, o burnout (Gil-Monte, 2005).

O presente artigo reporta os resultados da replicação, em Portugal, do estudo multicêntrico europeu “RN4CAST” (www.rn4cast.eu) o qual visou, entre outros, a identificação da percepção dos enfermeiros relativamente aos sintomas de burnout.

Tem como objectivo: descrever a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos

hospitais portugueses relativamente aos sintomas de burnout e sua relação com as variáveis de natureza sociodemográfica sexo, experiência (anos de profissão), título profissional, local de trabalho (região), *part-time*, tipo de serviço (unidade) e dimensão do hospital (número de camas).

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada foi, no essencial, a definida pelo consórcio internacional RN4Cast (Sermeus, Aiken, Van den Heede, *et al.*, 2011).

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, analítico (Last, 2001), envolvendo enfermeiros e utentes dos Hospitais gerais, do sector público, privado ou social, com financiamento público, com mais de 100 camas de internamento e um mínimo de quatro valências médicas e/ou cirúrgicas de adultos de Portugal Continental e Regiões Autónomas.

No estudo participaram 31 hospitais, independentemente da sua forma de agrupamento - Hospital, Centro Hospitalar ou integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS), de entre 38 organizações com critérios de inclusão (taxa de participação de 81,6%).

Foram seleccionados, aleatoriamente, 4 a 6 serviços médico-cirúrgicos de cada hospital conforme a sua dimensão (4 serviços, se número de camas inferior a 500; 5 serviços, se entre 500 e 1000; e 6 serviços, se número de camas superior a 1000). Todos os enfermeiros e enfermeiros especialistas dos serviços seleccionados foram convidados a participar no estudo através do preenchimento de um questionário.

Os dados foram colhidos entre a última semana de Outubro de 2013 e a homóloga de Abril de 2014. Em cada serviço foi estabelecido o prazo de duas semanas para o preenchimento e devolução dos questionários por parte dos enfermeiros.

A cada enfermeiro potencial participante foi entregue um questionário, um folheto informativo contendo, entre outros, o convite para voluntariamente participar, a menção de que o preenchimento do inquérito significava o seu consentimento informado e um envelope para devolução anónima e confidencial da informação.

O instrumento de colheita de dados do RN4Cast compreendeu uma bateria de questionários de perguntas de resposta fechada de entre os quais constava o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, uma escala de avaliação do burnout, traduzida e adaptada para Portugal por Marques Pinto (2002). O MBI é composto por três subescalas de sintomas: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Utilizou-se, ainda, os dados colhidos na secção de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Após o preenchimento do questionário, cada enfermeiro recebeu indicação para o colocar, em envelope fechado, num recipiente para ser posteriormente remetido à Universidade Católica Portuguesa (UCP) - local onde se procedeu à abertura do mesmo.

Os dados foram introduzidos numa base de dados criada no software IBM SPSS, V.20. Procedeu-se ao cálculo de medidas descritivas (contagens e frequências relativas) e medidas de tendência central e de dispersão de acordo com a escala de cada uma das variáveis. Para cada uma das subescalas do MBI foi calculado o alfa de Cronbach para avaliar a sua fiabilidade. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para testar a independência entre variáveis. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da UCP e autorizado pelos conselhos de administração dos hospitais participantes.

RESULTADOS

Ao todo encontravam-se ao serviço, nos 31 hospitais incluídos no estudo, 2905 Enfermeiros dos quais 2235 participaram no estudo (taxa de participação 76,9%).

Os enfermeiros eram maioritariamente do sexo feminino (80,2%), tinham em média 34,7 anos, eram enfermeiros há 11,6 anos e trabalhavam na organização onde responderam ao questionário há 9,8 anos. A quase totalidade dos respondentes (98,2%) possuía, no mínimo, a licenciatura em enfermagem, 80,7% eram enfermeiros, 19,3% enfermeiros especialistas e trabalhavam maioritariamente em serviços de medicina (31,9%), na região de saúde do Norte (39,6%) - tabela 1.

Níveis de Burnout

A percepção dos enfermeiros relativamente aos sintomas de burnout será adiante apresentada de acordo com cada uma das suas três componentes: exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal no trabalho (abreviadamente, perda da realização profissional).

Exaustão Emocional

Na tabela 2 apresentam-se os resultados descritivos referentes aos itens da subescala “exaustão emocional” (sintomas de esgotamento dos recursos emocionais em relação ao trabalho) que se verificaram mais “ajustados” à amostra do presente estudo.

Tabela 1: Caracterização demográfica e profissional dos participantes

Variável	Nº	%	Média (Desvio Padrão)
Sexo:			
Masculino	431	19,8	
Feminino	1746	80,2	
Idade (anos)			34,7 (8,1)
Antiguidade (anos):			
Na Profissão			11,6 (8,0)
No Hospital			9,8 (7,6)
Licenciatura em Enfermagem			
Sim	2146	98,2	
Não	39	1,8	
Trabalha em outros locais:			
Sim	542	24,9	
Não	1631	75,1	
Título Profissional:			
Enfermeiro	1733	80,7	
Enfermeiro Especialista	414	19,3	
Tipo de Serviço:			
Medicina	701	31,9	
Cirurgia	382	17,4	
Ortopedia	322	14,7	
Especialidades Médicas	359	16,3	
Especialidades Cirúrgicas	364	16,6	
Mistos	69	3,1	
Dimensão do hospital:			
Inf. a 500 camas	1101	49,3	
Sup. ou igual a 500 Camas	1134	50,7	
Local de Trabalho (Região):			
Norte	885	39,6	
Centro	288	12,9	
Lisboa e VT	632	28,3	
Sul	259	11,6	
Regiões Autónomas	171	7,7	

Os enfermeiros apresentaram níveis médios a elevados em todos os itens desta subescala. A pontuação média mais elevada verificou-se no item “sinto-me desgastada/o no fim do dia de trabalho”. A subescala de exaustão emocional mostrou ter uma boa consistência interna para esta amostra (alfa de Cronbach = 0,87)

Os valores médios de burnout percebido pelos enfermeiros, na vertente “exaustão emocional”, variaram em função do seu agrupamento por organização.

Para uma melhor representação desta variabilidade entre os participantes de cada hospital, recorremos a gráficos do tipo *fingerprint*, os quais, baseando-se na análise *ridit* (Sermeus & Delesie, 1996), permitem facilmente identificar as percepções mais negativas (mínimo -0,5) ou mais positivas (máximo 0,5) relativamente a um ponto de referência central (0,0), neste caso, correspondente aos valores globais nacionais.

Assim, procedendo à categorização valores médios de “exaustão emocional” em três níveis - terço inferior, médio e superior -, e tendo como referência a distribuição das respostas a nível nacional (respectivamente 29,7%; 36,8% e 33,5%), verificamos que os participantes das organizações que mais se desviaram negativamente da mesma são os que correspondem às organizações n.ºs 12, 2 e 8 e, no sentido positivo, as n.ºs 17, 20 e 1 (gráfico 1).

Despersonalização

Os resultados referentes aos itens da subescala “despersonalização” (que corresponde à adopção de uma atitude defensiva, distanciada e fria face ao utente) que melhor se “ajustaram” no presente estudo são os apresentados na tabela 3.

Através dela podemos verificar que os enfermeiros referiram níveis mais baixos de burnout nesta dimensão. O item com pontuação média mais elevada foi “receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente”.

A subescala despersonalização apresentou, para a amostra estudada, um bom nível de fiabilidade (alfa de Cronbach = 0,72).

Os valores médios de “despersonalização” percebida pelos enfermeiros variaram igualmente em função do seu agrupamento por organização.

Procedendo à sua categorização em três níveis de “despersonalização” (terço inferior, médio e superior), e tendo como referência a distribuição nacional (respectivamente 42,5%; 29,7% e 27,8%), verificamos que os participantes das organizações que mais se desviaram negativamente da mesma são os pertencentes às organizações n.º 14, 22, e 24 (gráfico 2). As que mais se destacaram pela positiva são as que correspondem aos n.ºs 17, 29 e 19.

Perda da Realização Profissional

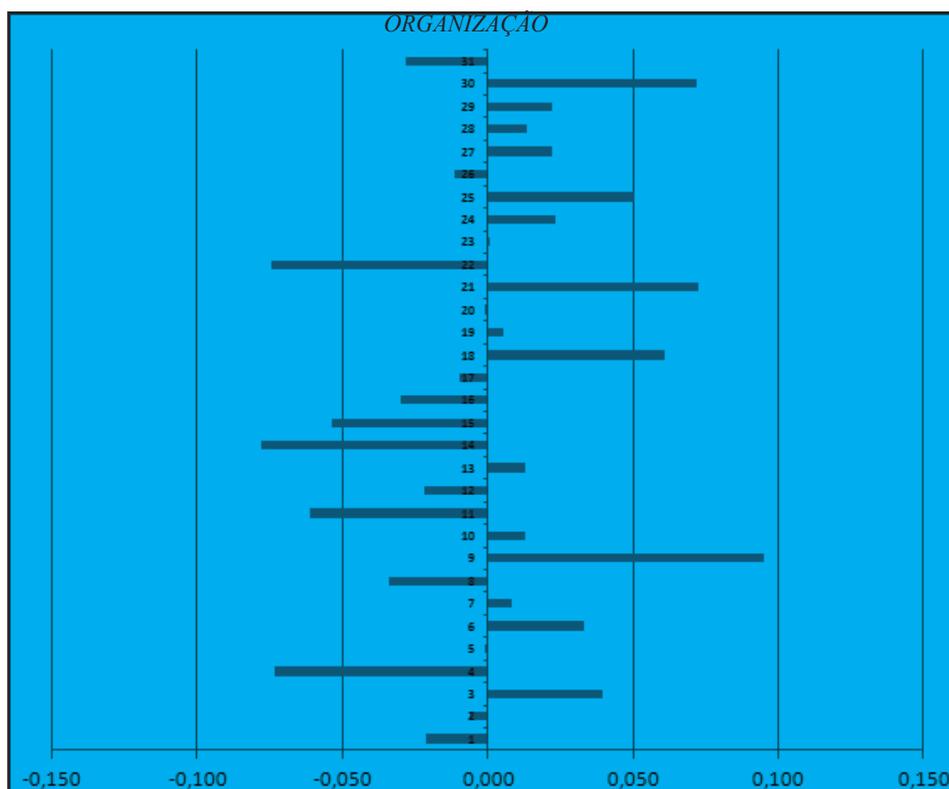
No que se refere aos itens da subescala “perda da realização profissional” (desenvolvimento de sen-

Tabela 2: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “exaustão emocional” (a escala varia entre 0 - nunca e 6 - todos os dias)

Exaustão Emocional	Enunciado	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 1	Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho	3,5	1,6	0	6
Item 2	Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho	4,2	1,5	0	6
Item 3	Sinto-me fátigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho	3,4	1,6	0	6
Item 8	Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho	3,2	1,7	0	6
Item 14	Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão	3,6	1,8	0	6
	Subescala *	3,6	1,3	0	6

* Alfa de Cronbach 0,87; N=2235

Gráfico 1: Desvios relativos à distribuição nacional dos níveis médios de “exaustão emocional” dos enfermeiros por organização



timentos de ineficácia e de falta de gratificação face ao trabalho) foram 5 os itens que melhor se “ajustaram” no presente estudo (tabela 4). Através da sua leitura podemos concluir que os enfermeiros referem níveis baixos de “perda da realização profissional”, o que corresponde a ní-

veis médios a elevados de realização profissional. O item com maior pontuação média foi o item 18 - sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes. A subescala perda da realização profissional apresentou igualmente um bom nível de fiabilidade para

Tabela 3: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “despersonalização” (a escala varia entre 0 - nunca e 6 - todos os dias)

Desperso_nalização	Enunciado	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais.	1,0	1,5	0	6
Item 10	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer a profissão.	1,5	1,7	0	6
Item 11	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	1,9	1,8	0	6
	Subescala *	1,5	1,4	0	6

* Alfa de Cronbach 0,72; N=2235

a amostra estudada (alfa de Cronbach = 0,79).

Os valores médios percebidos pelos enfermeiros, na vertente “perda da realização profissional” também variaram quando agrupados por Hospitais. Da sua categorização nos mesmos três níveis - inferior, médio e superior -, e tendo como referência a distribuição das respostas a nível nacional (respectivamente 36,7%; 35,3% e 28,0%), verificamos que os participantes das organizações que mais se desviaram negativamente da mesma são os que correspondem aos hospitais n.ºs 14, 22 e 4 (gráfico 3). No sentido positivo destacaram-se as organizações n.ºs 9; 21 e 30.

Relação entre níveis de burnout e algumas variáveis sociodemográficas e profissionais

Ao procedermos ao estudo da relação entre cada uma das três subescalas do burnout (através do teste de independência do Qui Quadrado, mediante dicotomização em níveis superiores ou inferiores

e iguais a 3 - ponto médio da escala de resposta) e as variáveis sociodemográficas sexo, experiência, título profissional, região onde trabalha, *part-time*, tipo de serviço e dimensão do hospital, verificamos que os níveis de exaustão emocional estiveram significativamente associados às mesmas, com excepção de “trabalhar noutros locais (*part-time*)” e “dimensão do hospital” (número de camas), conforme podemos verificar através da tabela 5.

No que se refere à relação entre estas mesmas variáveis e os níveis de despersonalização e de perda da realização profissional, a mesma apenas se mostrou significativa na vertente “despersonalização” em relação ao sexo, antiguidade profissional e trabalhar em *part-time* e, em relação ao “tipo de serviço”, na subescala “perda da realização profissional”, embora no limite da significância estatística estipulada ($p=0,05$).

Gráfico 2: Desvios relativos à distribuição nacional dos níveis médios de “despersonalização” nos enfermeiros por organização

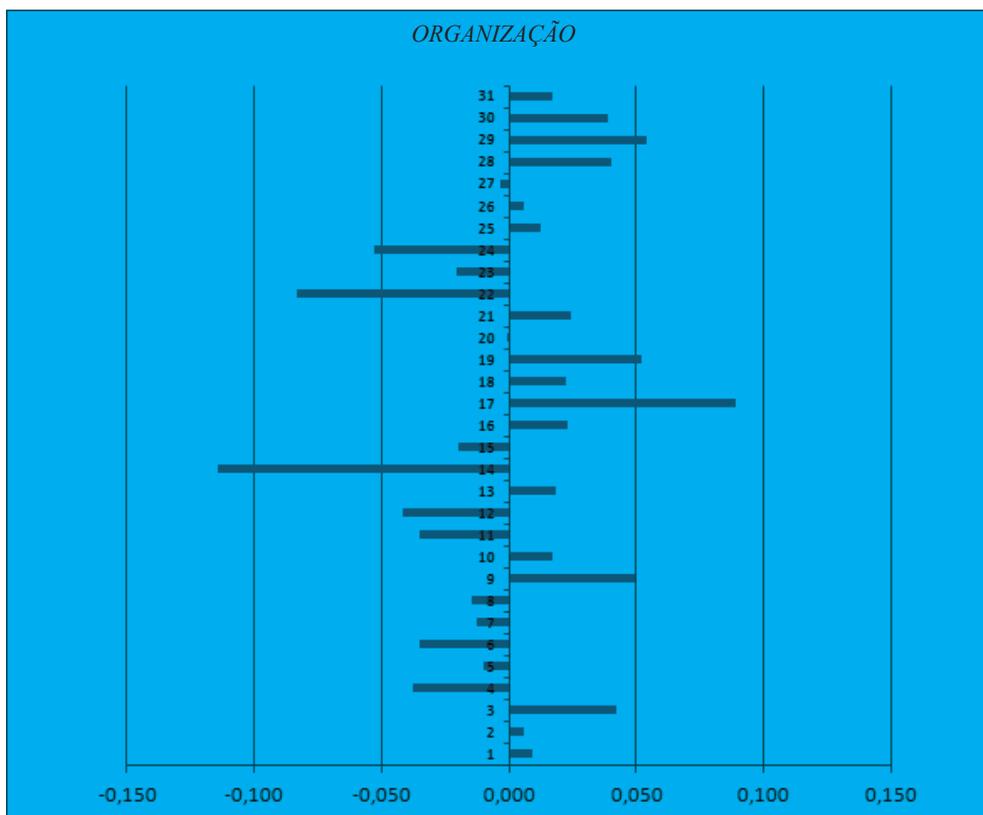


Tabela 4: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “perda da realização profissional” a escala varia entre 0 - nunca e 6 - todos os dias)

Perda da realização	Enunciado	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	1,3	1,3	0	6
Item 17	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	1,2	1,2	0	6
Item 18	Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	2,0	1,4	0	6
Item 19	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão	1,6	1,4	0	6
Item 21	No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	1,8	1,3	0	6
	Subescala *	1,6	1,0	0	6

* Alfa de Cronbach 0,79; N=2235

Gráfico 3: Desvios relativos à distribuição nacional dos níveis médios de “perda da realização profissional” nos enfermeiros por organização

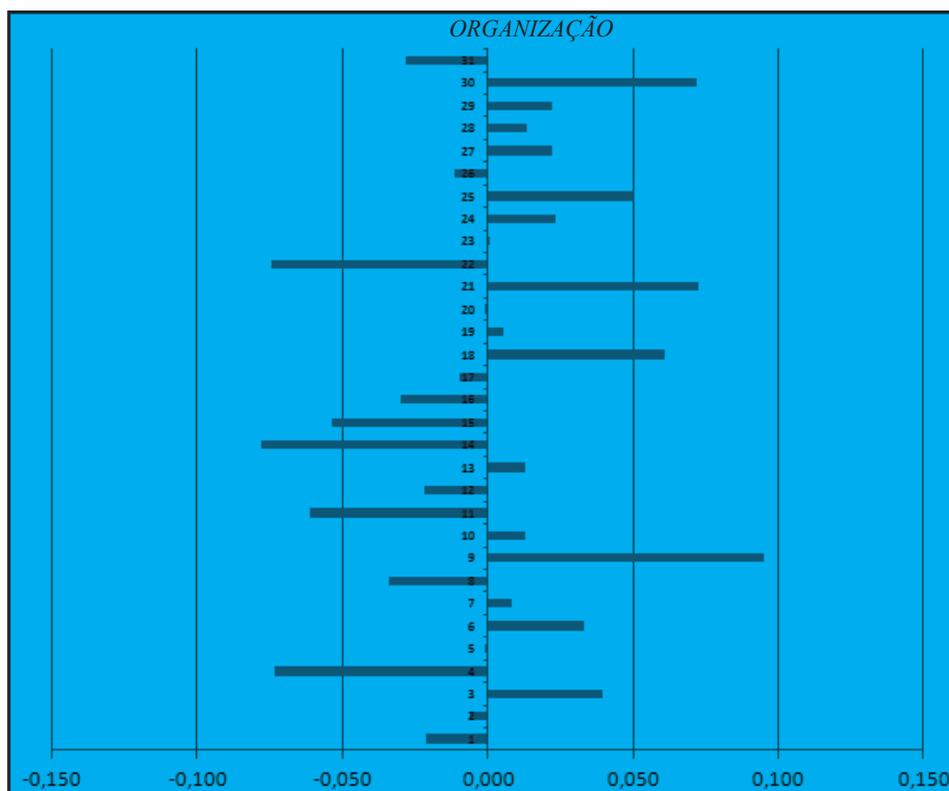


Tabela 5: Relação entre algumas variáveis sociodemográficas e níveis de *Burnout* (N=2235)

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Exaustão Emocional Sup. a 3		Despersonalização Sup. a 3		Perda da Realização Prof. Sup. a 3	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo	Masculino	254	59,6	96	22,5	40	9,4
	Feminino	1141	66,0	217	12,6	131	7,6
Experiência (Ant. Prof.)	Inf. a 5 Anos	246	65,8	60	16,0	20	5,3
	Entre 5 e 9 Anos	491	67,1	124	17,0	64	8,8
	Entre 10 e 14 Anos	235	67,0	55	15,7	33	9,4
	Entre 15 e 19 Anos	185	65,1	33	11,7	25	8,8
	Entre 20 e 24 Anos	112	55,2	15	7,4	16	7,9
	Sup. a 24 anos	96	56,5	19	11,2	9	5,3
Título Profissional	Enfermeiro	1131	65,9	256	15,0	139	8,1
	Enfª Especialista	243	59,3	53	13,0	29	7,1
Local de Trabalho (Região)	Norte	542	62,2	122	14,1	63	7,3
	Centro	168	60,9	33	12,0	25	9,1
	Lisboa e V. T.	425	68,2	97	15,6	60	9,6
	Sul	176	70,4	40	16,1	14	5,6
	Reg. Autónomas	102	60,0	22	12,9	11	6,5
Part-time	Sim	332	62,2	101	19,1	40	7,5
	Não	1061	65,6	210	13,0	131	8,1
Tipo de Serviço	Medicina	469	68,7	115	16,9	66	9,7
	Cirurgia	240	64,3	48	12,9	19	5,1
	Ortopedia	176	55,3	35	11,0	31	9,8
	Espec. Médicas	231	65,8	45	12,8	22	6,3
	Espec. Cirúrgicas	228	63,3	57	16,0	27	7,6
	Misto	42	60,9	9	13,0	8	11,5
Dimensão do Hospital (Nº de Camas)	Inf. 500	681	63,5	149	14,0	87	8,2
	Sup. ou Igual a 500	732	65,4	165	14,8	86	7,7

χ² Significativo a 1%

χ² Signif. a 5%

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitem conhecer a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos inquiridos relativamente aos níveis de sintomatologia de *burnout* e sua relação com algumas variáveis de natureza sociodemográfica e profissional.

Os participantes apresentaram níveis médios a elevados de exaustão emocional, sendo que cerca de dois em cada três enfermeiros obtiveram valores superiores a três (ponto médio da escala de resposta). Estes resultados vão ao encontro do esperado à luz da literatura (e.g. Stordeur, D'hoore, & Vandenberghe, 2001), e podem constituir um indicador de desgaste associado às elevadas exigências emocionais próprias da relação de ajuda e de prestação de cuidados a pessoas em sofrimento (e.g. Delbrouck, 2006). Todavia, se comparados com os de alguns estudos anteriormente realizados em Portugal (e.g. Mendes, 1996; Queirós, 2005; Queirós, Carlotto, Kaiseler, *et al.*, 2013)

constatamos um progressivo incremento dos valores médios de *burnout*, particularmente acentuado nesta dimensão, o que também foi evidenciado no estudo de Mendes, Claro e Robazzi (2014). Em relação à componente de despersonalização verificaram-se, contudo, níveis baixos de sintomatologia, o que constitui um sinal positivo na medida em que esta segunda dimensão de sintomas pode representar um ponto de viragem na evolução para um quadro pleno de *burnout* (Maslach, 1976). E também pelo compromisso do ponto de vista da qualidade da relação cuidadora com os doentes que esta sintomatologia pode acarretar (Halm, Peterson, Kandels, *et al.*, 2005). Quanto aos baixos níveis de Perda de Realização Profissional verificados, importa referir que, segundo alguns autores (Schaufeli & Enzmann, 1998), esta dimensão do *burnout* pode não ser tanto uma expressão da relação com o trabalho, mas antes um indicador do sentido de auto-eficácia profissional. Neste sentido, os resultados obtidos sugerem que os participantes da amostra em estu-

do mantêm de forma geral um nível médio a elevado de percepção de auto-eficácia associado ao seu exercício profissional, apesar dos sintomas de exaustão que podem experimentar.

Verificaram-se valores variáveis na distribuição dos níveis de sintomatologia de burnout consoante as organizações em estudo, tendo-se destacado algumas pelo facto de apresentarem valores médios acentuadamente mais elevados do que a média e a distribuição de referência nacionais nas três dimensões de sintomas consideradas. Esses resultados sugerem o relevo de um estudo mais aprofundado das condições de trabalho específicas nesses hospitais, designadamente na óptica das exigências e recursos (Hansen, Sverke, & Naswall, 2013) dessas organizações que possam ser explicativos desses níveis mais elevados de sintomas de burnout. Do mesmo modo, o estudo das condições de trabalho características dos hospitais em que se verificaram níveis mais baixos de sintomatologia face à média nacional, poderá constituir uma fonte de aprendizagem enriquecedora sobre formas de organização do trabalho preventivas de níveis mais elevados de burnout.

Do estudo da relação entre os níveis de exaustão emocional e as variáveis sociodemográficas consideradas, verificamos que a mesma se revelou estatisticamente significativa para o sexo, a experiência (anos de profissão), o título profissional, o local de trabalho (região) e o tipo de serviço (unidade), mas não para as variáveis *part-time* e dimensão do hospital. No que refere à relação dos níveis de despersonalização com as mesmas variáveis, a significância estatística verificou-se apenas para o sexo e o trabalho em *part-time*. Já no que concerne à perda da realização profissional, a associação apenas se verificou em relação à variável tipo de serviço, conquanto no limite da significância estatística estipulada.

Embora haja algumas inconsistências nos resultados dos estudos publicados nesta área, habitualmente as mulheres, em função das diferenças nos papéis de género, são mais expressivas dos seus sintomas de distress, designadamente de exaustão emocional, do que os homens (Purvanova & Muros, 2010), o que igualmente se verifica nesta amostra de investigação em que as enfermeiras

apresentam níveis significativamente mais elevados de exaustão emocional. Todavia, na vertente de despersonalização, são os enfermeiros do sexo masculino que, pelo contrário, apresentam níveis significativamente mais elevados de burnout, sendo estes resultados consonantes com os habitualmente encontrados na literatura e que se pensa associados, uma vez mais, a diferenças nos papéis de género (Purvanova & Muros, 2010).

Para além do sexo, outra variável que se revela como potencial factor de risco para o desenvolvimento de sintomas de burnout, de acordo com os resultados do presente estudo, é o menor número de anos de experiência profissional que mostra estar significativamente associado a sintomas mais elevados de exaustão emocional e de despersonalização, indo ao encontro de estudos que referem a necessidade de criar estruturas e recursos de apoio para os profissionais em início de carreira / com menor experiência profissional (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Outros potenciais factores de risco sugeridos pelos resultados obtidos e que merecem igualmente reflexão mais aprofundada são o título profissional (de enfermeiro) e a região de trabalho (sul) que se associam a níveis significativamente mais elevados de exaustão emocional e ainda o tipo de serviço que se associa a níveis significativamente mais elevados de exaustão emocional quando os participantes trabalham nos serviços de medicina e de perda de realização profissional quando trabalham em serviços mistos.

Com efeito, em relação ao título profissional, os menores níveis de exaustão emocional nos enfermeiros especialistas poderão estar relacionados com o facto de, entre outros, estes enfermeiros possuírem maior formação e trabalharem com maior frequência em regime de horário diurno, tornando-os *a priori* menos vulneráveis a esta sintomatologia (Shering & Knight, 2009; Pérez, 2013; Mendes & Machadeiro, 2014). No que diz respeito à região de trabalho, uma análise mais detalhada dos dados permite-nos constatar uma assimetria nos níveis de exaustão emocional na região sul, a qual na presente análise compreende hospitais que pertencem a Administrações Regionais de Saúde distintas e que poderá significar condições de trabalho diferentes.

No que se refere ao tipo de serviço, outros estudos têm igualmente apresentado valores mais elevados de exaustão emocional nos serviços de medicina o que, de acordo com os dados nacionais do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem (ACSS, 2012) habitualmente apresentam percentagens de utilização de recursos superiores (sobrecarga de trabalho). Já o maior nível da perda da realização profissional em serviços do tipo “misto” merece uma maior precaução na sua interpretação, não apenas pelo limiar da significância estatística verificada mas, sobretudo, pela baixa representatividade deste grupo na amostra estudada (3,1%).

Por último, trabalhar em *part-time* pode constituir, igualmente, um potencial factor de risco para níveis mais elevados de despersonalização, de acordo com as associações estatisticamente significativas verificadas nesta investigação.

Não obstante algumas limitações do presente estudo, das quais destacamos o desenho transversal, que não permite inferir relações do tipo causa-efeito, e o facto de se basear em respostas dos próprios enfermeiros, estes resultados deverão merecer uma aprofundada reflexão dos diferentes actores envolvidos no sistema e processo de prestação de cuidados, particularmente os responsáveis políticos e organizacionais.

Neste contexto, e tendo em consideração a robustez da evidência científica existente sobre os múltiplos factores e impactos negativos do burnout aos níveis profissional, organizacional e da qualidade e segurança dos cuidados aos utentes e a baixa relação de custo-benefício da sua prevenção, recomenda-se a adopção de estratégias para a minimização deste importante e prevalente fenómeno junto dos enfermeiros, designadamente através de uma maior atenção aos ambientes de trabalho (Aiken, Sermeus, Van den Heed, *et al.*, 2012).

Além de que, tendo-se verificado uma maior prevalência de burnout nos enfermeiros com menor antiguidade profissional, julgamos importante o desenvolvimento de estudos de intervenção e longitudinais que permitam o acompanhamento dos mesmos ao longo da sua actividade e que, simultaneamente, possam contribuir para a clarificação de relações de causa-efeito não apenas dos factores

desencadeantes mas igualmente sobre as respectivas consequências.

CONFLITO DE INTERESSE

Neste estudo não se aplicam quaisquer condições de financiamento e não existem outros conflitos de interesse a declarar.

REFERÊNCIAS

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde - (2012). Relatório anual do sistema de classificação de doentes em enfermagem. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/news/tabid/98/xmmid/896/xmid/6159/xmview/2/Default.aspx> (acedido em 7/9/2014).
- Aiken L.H., Sermeus W., Van den Heed K., Sloane D. M., *et al.* (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344: e1717.
- Albadejo, R., Villanueva, R., & Ortega, P. (2004). Síndrome de Burnout em el personal de enfermería de um hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-16.
- Delbrouck, M. (2006). Síndromes associadas ou conexas com a exaustão. Em M. Delbrouck (Eds.), *Síndrome de exaustão (burnout)* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, S. (2012). Síndrome de burnout: um estudo comparativo entre enfermeiros e médicos portugueses. *Diaphora, Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul* 12(2), 35-41.
- Dias, S., Queiros, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de Burnout e factores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirâmide.
- Halm M., Peterson M., Kandels M., Sabo J., *et al.* (2005) Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5), 241-51.
- Hansen, N., Sverke, M., & Naswall, K. (2013). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 46, 96–107.
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2214-2240.
- Last, J. M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

- Marques Pinto, A. (2002). Estudo de adaptação do Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey numa amostra portuguesa. In APAV (2002). Relatório de avaliação técnica e científica do Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica prestado pela APAV em 2002. Lisboa: APAV
- Martín, Ma. J., Hernández, B. Ma., Arnillas, Ma. H., & García, M. (2009). Burn-out en el hospital: estamos quemados los médicos? *Medicina Balear*, 24(3), 29-33.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Mendes, A. (1996). Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Psiquiatria. In Saúde e Desenvolvimento. Coimbra: FORMASAU ed., 61-86.
- Mendes, A. C. & Machadeiro, J. (2014). Stress e saúde dos enfermeiros a trabalhar em serviços de psiquiatria, ACOFA-EN, abstract book.
- Mendes, A. C., Claro, M. & Robazzi, M. L. (2014). Burnout in nurses working in Portuguese central prisons and type of employment contract. *Medicina del Lavoro*; 105, 3: 214-222.
- Pérez, J. P. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29, 445-455.
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185.
- Queirós, P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Edições Formasau.
- Queirós C., Carlotto M. S., Kaiseler M., Dias S., *et al.* (2013). Predictor of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 25 (3), 330-335.
- Rodríguez-García, C., Oviedo, M. A., Santillán, V. L., Velázquez, H. V., & Fiesco, P. S. (2009). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 19(1), 179-193.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice - A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Sermeus W., Aiken L. H, Van den Heede K., Rafferty A. M., *et al.* (2011) Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology. *BMC Nurs*, 10:6.
- Sermeus W., Delesie L. (1996). Ridit analysis on ordinal data. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 18 Issue 3, 351-360.
- Sherring, S. & Knight, D (2009). An exploration of burnout among city mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 18:20, 1234-1240.
- Silva, M.C. M., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Stordeur, S., D'hoore, W. & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organisational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533-542.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO ESTIGMA

Luís Manuel de Jesus Loureiro⁽¹⁾; Amorim Gabriel Santos Rosa⁽²⁾; João Luís Alves Apostolo⁽³⁾



Resumo

Enquadramento: os estigmas, pessoal e percebido, assim como a distância social são referidos na literatura como entraves e barreiras à procura de ajuda em saúde mental, e áreas de intervenção prioritárias.

Objetivo: efetuar a avaliação psicométrica, através de análise fatorial confirmatória, das escalas de avaliação do estigma pessoal, percebido e distância social acerca do abuso de álcool.

Metodologia: estudo de natureza quantitativa, realizado a partir de uma amostra de 4938 adolescentes e jovens portugueses residentes da Região Centro de Portugal Continental, selecionada em multi-etapas por clusters, tendo sido administrado o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental.

Resultados: As escalas apresentam bons índices de ajustamento que atestam da sua validade, nomeadamente, validade fatorial, validade convergente e validade discriminante. Emerge uma estrutura ajustada entre a derivação racional subjacente à escala e os resultados obtidos após análise fatorial.

Conclusões: dadas as suas características, as escalas poderão ser utilizadas como medidas de avaliação do estigma.

Palavras-chave: Estigma, distância social; jovens; psicometria; abuso de álcool

Abstract

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF SCALES FOR ASSESSING THE STIGMA

Background: Personal and perceived stigmas, as well as social distance are referred to in the literature as barriers to help seeking in mental health and as priority areas of intervention.

Aim: To perform psychometric assessment through confirmatory factor analysis, of the scales for the assessment of personal and perceived stigma and social distance about alcohol abuse.

Methodology: quantitative study, conducted from a sample of 4938 adolescents and young Portuguese residents of the Central Region of Portugal, selected by multi-stage clusters, with the administration of the Questionnaire of Mental Health Literacy Assessment – QuALiSMental.

Results: The scales have good indices of fit that attest its validity, namely, factorial validity, convergent validity and discriminant validity. An adjusted structure emerges between the underlying theoretical rationale for the scale and the results obtained by factor analysis.

Conclusions: Given its features, the scales may be used as evaluation measures of stigma.

Keywords: Stigma; social distance; youth; psychometrics; alcohol abuse

Resumen

Antecedentes: los estigmas, personales y percibidos, así como la distancia social se conocen en la literatura como los obstáculos y las barreras a la búsqueda de ayuda para la salud mental, y las áreas prioritarias de intervención.

Objetivo: Realizar una evaluación psicométrica mediante análisis factorial confirmatorio, las escalas de evaluación de personal y el estigma percibido distancia social sobre el abuso de alcohol.

Metodología: estudio cuantitativo, realizado a partir de una muestra a partir de una muestra de 4.938 adolescentes y jóvenes residentes portugueses de Portugal Continental Center, seleccionados por grupos de varias etapas, después de haber sido administrado el Cuestionario de Evaluación de la Alfabetización en Salud Mental - QuALiSMental.

Resultados: Las escalas tienen buenos índices de ajuste que dan fe de su validez, es decir, la validez factorial, la validez convergente y la validez discriminante. Un emerge de la escala racional subyacente ajustada y omitir los resultados obtenidos después de estructura de análisis factorial.

Conclusiones: Teniendo en cuenta sus características, las escalas pueden utilizarse como medidas de evaluación del estigma.

Palabras clave: Sstigma, distancia social; jóvenes; psicometria; abuso de alcohol

Rececionado em agosto 2014. Aceite em setembro 2014

⁽¹⁾ PhD, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, luisloureiro@esenfc.pt

⁽²⁾ Doutorando, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

⁽³⁾ PhD, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INTRODUÇÃO

O estigma associado às doenças e doentes mentais tem assumido lugar de destaque na investigação em ciências sociais e humanas ao longo das últimas décadas, quer enquanto barreira à integração dos doentes e famílias na sociedade, quer ainda como inibidor da procura de ajuda em saúde mental (Loureiro, Dias, & Aragão, 2008; Loureiro, 2013a; Loureiro & Abrantes, 2014).

Das múltiplas definições que encontramos na literatura, a Organização Mundial de Saúde define-o como “*um sinal de vergonha, infortúnio ou rejeição, que resulta em ser um indivíduo rejeitado, feito em objeto de discriminação e excluído da participação em diversas áreas diferentes da sociedade*” (OMS, 2001: 15). Contudo a operacionalização deste conceito tem sido realizada de diferentes perspetivas, dado tratar-se de um conceito complexo e multidimensional, variando em função do tipo de perturbações, abordagens teóricas subjacentes e que vieram a ter consequência nos instrumentos criados.

O objectivo deste artigo é apresentar a avaliação psicométrica através de Análise Fatorial Confirmatória (AFC) das escalas de avaliação do estigmas pessoal e percebido e escala de distância social na versão para adolescentes e jovens Portugueses, respeitante ao abuso de álcool.

ENQUADRAMENTO

Das diferentes concepções de estigma que encontramos na literatura, Corrigan e Watson (2002) referem-se à existência de estigma público e estigma pessoal. O primeiro corresponde às crenças, atitudes e reações da sociedade para com os doentes mentais. Por exemplo, se os doentes são, perspetivados como violentos, imprevisíveis e perigosos, as pessoas tendem a evitar ou mostram-se ambivalentes a qualquer forma de interação ou contacto social. O segundo, estigma pessoal corresponde a apropriação, incorporação e internalização dos elementos do estigma público por parte dos doentes que podem experimentar, por exemplo, sentimentos de vergonha, medo e des-

perança, com implicações, por exemplo nos tratamentos e processos de recuperação (Loureiro & Abrantes, 2014).

Esta partição do estigma em dois tipos tem subjacente o modelo teórico da cognição social e entende o estigma como uma estrutura assente em três elementos que se conjugam para corporizar o estigma tal como apresentado na figura 1.

Figura 1 - Comparação das definições de estigma público e estigma pessoal. Adaptado de “*Understanding the impact of stigma on people with mental illness*”, de P.W. Corrigan & A. C. Watson, 2002, *World Journal of Psychiat*

Estigma público	
Estereótipo	Crenças negativas acerca do grupo (ex. Perigoso, incompetente /fraco de caracter)
Preconceito	Concordância com essas crenças e/ou reações emocionais negativas (ex. medo, angústia)
Discriminação	Respostas comportamentais ao preconceito (ex: evitamento, negar oportunidades de trabalho, habitação, ajuda)
Estigma pessoal	
Estereótipo	Crenças negativas acerca de si (ex. incompetente /fraco de caracter)
Preconceito	Concordância com essas crenças, reações emocionais negativas (ex. baixa autoestima, reduzido sentido de autoeficácia)
Discriminação	Respostas comportamentais ao preconceito (ex: não procurar emprego)

Mais recentemente, o estigma tem sido referido em termos de estigma pessoal e estigma pessoal (Griffiths, Nakane, Christensen, Yoshioka, Jorm, & Nakane, 2006; Griffiths, Christensen & Jorm, 2008), surgindo ambos os conceitos como variáveis relevantes nos estudos acerca da literacia em saúde mental, já que acredita-se que está associado, quer com o reconhecimento dos problemas de saúde mental, quer ainda, de modo pungente, com os comportamentos de procura de ajuda em saúde mental.

O estigma pessoal corresponde a uma constelação de crenças e sentimentos pessoais acerca de uma perturbação, enquanto o estigma percebido diz respeito à perceção que os indivíduos têm acerca daquilo que julgam que os outros pensam relativamente aos doentes e doenças mentais (Griffiths, Christensen, Jorm, Evand, & Groves, 2004;

Griffiths, Christensen & Jorm, 2008, Loureiro, 2013a; Loureiro, 2013b). A distância social, uma medida indireta do estigma, pode ser entendida como o grau em que o indivíduo se sente confortável e deseja partilhar relações próximas e íntimas com alguém com um problema de saúde mental (Jorm & Oh, 2009).

Enquanto o estigma (pessoal e percebido) corresponde às crenças acerca dos doentes e doenças mentais, a distância social implica a intenção de comportamentos de evitamento ao contacto social com esses doentes.

Naturalmente, quando a sociedade perspetiva os doentes e doenças mentais de forma estigmatizante, incluindo as pessoas com problemas de saúde mental em que o quadro de sintomas não é ainda suficientemente grave para que lhes seja diagnosticada uma doença, o mais provável é que surjam os comportamentos de distância social, o que por sua vez implica a agudização dos problemas de saúde de quem sofre, consequência da ausência, adiamento ou recusa da ajuda profissional (Loureiro, Barroso, et al., 2013; Loureiro, Jorm, et al., 2013).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, de tipo metodológico. Apesar de existirem na literatura diversos instrumentos de avaliação do estigma e da distância social, recorreu-se a três subescalas (estigma pessoal, estigma percebido, distância social) que fazem parte do Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental (Loureiro, Pedreiro & Correia, 2012).

Este questionário é constituído por uma 1.^a parte que inclui instruções de preenchimento e questões de caracterização sociodemográfica (género, idade, residência, distrito e habilitações literárias dos pais) e por diferentes seções relativas a cada componente da literacia em saúde mental, incluindo as subescalas de estigma e distância social.

A seguir à 1.^a parte é apresentada uma vinheta relatando um caso de abuso de álcool, de acordo com os critérios de diagnóstico de abuso de álcool da DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2006) de um jovem chamado Jorge com

16 anos, tal como se apresenta de seguida:

O Jorge é um jovem de 16 anos que frequenta o 11º ano de escolaridade. No último ano começou a beber bebidas alcoólicas e embriagou-se em todas as festas/convívios a que foi. Os pais andam preocupados porque o Jorge tem vindo a diminuir o seu rendimento escolar, faltando às aulas devido às ressacas, e tendo inclusive os pais sido chamados à escola por ter aparecido embriagado a uma aula. Na última festa, os amigos chamaram o 112 pois ele estava inconsciente.

Cada subescala de estigma (pessoal e percebido) é constituída por 7 itens com formato de resposta *Likert* de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente) pontos. A resposta aos itens é precedida pela vinheta já referida e posteriormente são apresentados os itens.

A subescala de estigma pessoal é constituída pelos seguintes itens:

- *Se o Jorge quisesse poderia sair desta situação por si;*
- *A situação da Jorge é um sinal de fraqueza pessoal;*
- *Esta situação não é uma doença verdadeira;*
- *O Jorge é perigos para os outros;*
- *A melhor forma de evitar desenvolver uma situação como a Jorge é afastar-me dele;*
- *A situação do Jorge torna-o uma pessoa imprevisível;*
- *Nunca contaria a ninguém se tivesse na situação do Jorge.*

A subescala de estigma percebido é constituída pelos mesmos itens, sendo apenas os itens precedidos pela frase: *A maioria das pessoas acredita...* Relativamente à escala de distância social (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Jorm & Wrigth, 2008), é composta por cinco itens precedidos pela afirmação: *“em que medida estarias na disposição de”*: *Passar o fim-de-semana com ...; Trabalhar num projeto ou grupo com ...; Convidar para tua casa; Ir a casa; Ser amigo pessoal*. O formato de resposta é tipo *Likert* de 1 (sem qualquer problema) a 7 (de modo nenhum) pontos. Se neste último caso (distância social) os diversos

estudos e revisões sugerem que se trata de uma medida unidimensional (Jorm & Oh, 2009), no caso das escalas de avaliação do estigma pessoal e percebido, estudos recentes recorrendo a estatísticas multivariadas mais robustas, sugerem que ambas as subescalas apresentam estruturas bifatoriais (Yap, Mankinnon, Reavley, & Jorm, 2014) idênticas, sendo os fatores designados por “*fraqueza-não doença*” e “*perigosidade-imprevisibilidade*”.

População e amostra

A colheita de dados foi realizada na região centro de Portugal Continental, a partir de uma amostra representativa de adolescentes e jovens com idades entre os 14 e os 24 anos, a frequentarem o 3.º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, de 50 escolas que estão enquadradas na Direção Regional de Educação do Centro (DREC). Os dados foram colhidos entre os meses de Novembro de 2011 e Maio de 2012, tendo sido utilizada amostragem por etapas múltiplas estratificada em *clusters*, utilizando o *Research Randomizer Software*. A amostra é constituída por 4938 adolescentes e jovens portugueses, 43,3% do género masculino e 56,7% do género feminino, com uma média de idade de 16,75 anos e desvio padrão de 1,62 anos. O questionário foi administrado em espaço de sala de aula, em sessões coletivas, com supervisão de um membro da equipa e de um professor da turma. O tempo de resposta ao questionário situou-se entre 40 a 50 minutos.

O instrumento de colheita de dados foi submetido à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação do Governo Português (processo n.º0252500001) e à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (N.º: P58-12/2011). Em ambos os casos o parecer foi positivo, tendo sido aprovada a sua utilização e autorizada a aplicação. Dadas as características da amostra (na maioria menores de idade), o instrumento era acompanhado pelo formulário de consentimento informado para assinar pelos pais/ encarregados de educação, ou, nos casos em que os jovens tinham idade \geq a 18 anos, um formulário de consentimento próprio.

Os dados foram inseridos e tratados com o *software* AMOS (v. 21, SPSS Inc, Chicago). Para avaliação das características psicométricas, nomeadamente a qualidade de ajustamento dos modelos foram calculados diversos índices (*CFI*; *GFI*; *RMSEA*) e posteriormente foram calculados teste estatísticos (testes *t* para grupos independentes e emparelhados).

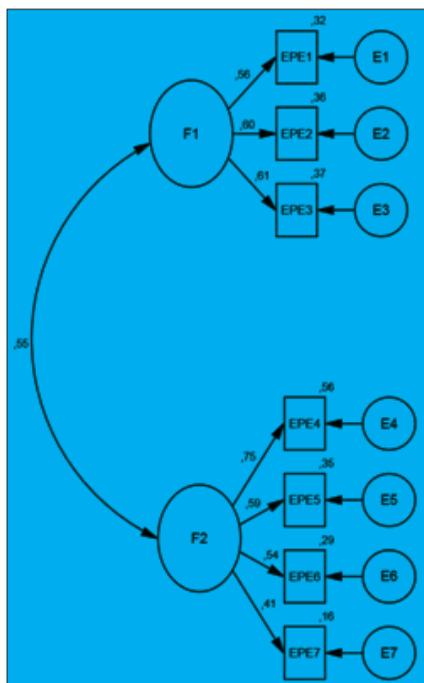
RESULTADOS

Os itens respeitantes à estrutura bifatorial das escalas de estigma pessoal e estigma percebido foram submetidos separadamente a Análises Factoriais Confirmatórias (AFC) no sentido de avaliar a sua validade fatorial, estudando as suas estruturas com dois fatores em termos dos fatores “*fraqueza-não doença*” e “*perigosidade-imprevisibilidade*”. Relativamente aos itens da escala de estigma pessoal (figura 2), os pesos fatoriais estandardizados obtidos revelam que a escala apresenta validade fatorial. Os índices de ajustamento do modelo sugerem uma qualidade de ajustamento bom (*CFI*=0,941; *GFI*=0,981 e *RMSEA* =0,069). A fiabilidade compósita dos fatores revelou-se elevada, sendo para o fator “*fraqueza-não doença*” de 0,72 e para o fator “*perigosidade-imprevisibilidade*” de 0,75. A validade convergente, avaliada por intermédio da variância extraída média (VEM) pelo fator é satisfatória, sendo no fator “*fraqueza-não doença*” igual a 0,46 e no fator “*perigosidade-imprevisibilidade*” de 0,44.

No que respeita aos itens da escala de estigma percebido, os pesos fatoriais estandardizados revelam que a escala apresenta validade fatorial. Os índices de ajustamento sugerem igualmente boa qualidade de ajustamento do modelo, sendo os valores dos índices bons, nomeadamente *CFI*=,980; *GFI*=,984 e *RMSEA* =0,065.

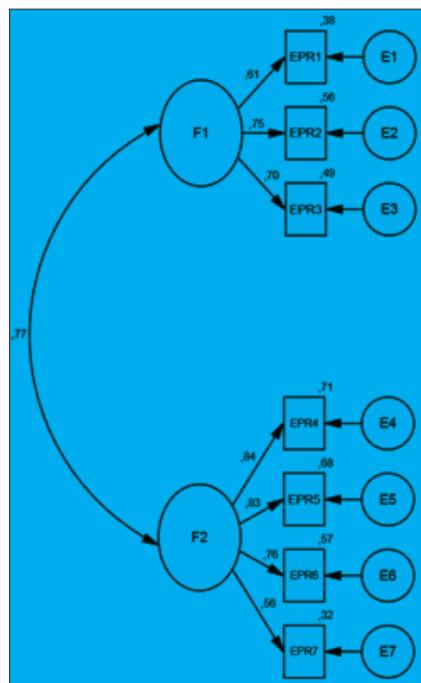
A fiabilidade compósita dos fatores é elevada, sendo para o fator “*fraqueza-não doença*” de 0,82 e para o fator “*perigosidade-imprevisibilidade*” de 0,90. A validade convergente, avaliada por intermédio da variância extraída média (VEM) pelo fator é adequada, sendo no fator “*fraco-não doente*” igual a 0,82 e no fator de 0,84.

Figura 2 – Modelo bifatorial ajustado aos itens das escalas de estigma pessoal e percebido (N=4938)



Itens da escala de estigma pessoal

$\chi^2= 326,1$; $p<0,05$; $CFI=.941$; $GFI=.981$; $RMSEA = ,069$



Itens da escala de estigma percebido

$\chi^2= 286,8$; $p<0,05$; $CFI=.980$; $GFI=.984$; $RMSEA = ,065$

Os itens da escala de distância social, foram também submetidos a uma Análise Fatorial Confirmatória. Como se pode observar (figura 3), os pesos fatoriais estandardizados revelam que a escala apresenta validade fatorial. Relativamente aos índices de ajustamento, podemos observar que o modelo apresenta uma qualidade de ajustamento satisfatória, sendo os valores dos índices bons ($CFI=.983$; $GFI=.964$), exceção para o $RMSEA (=0,10)$.

A fiabilidade compósita do fator distância social revelou-se elevada, sendo para o total da escala de 0,972. A validade convergente, avaliada por intermédio da variância extraída média é boa ($VEM=0,88$).

Apresentam-se de seguida os valores das estatísticas resumo para cada fator em função do sexo dos adolescentes e jovens, calculados com base nos somatórios simples, das pontuações obtidas em cada item das subescalas referidas.

Como se pode observar (tabela 1), todas as diferenças observadas nas médias apresentam significado estatístico ($p<0,001$), sendo que no caso dos fatores do estigma pessoal, os adolescentes e jovens do sexo masculino apresentam valores médios superiores, comparativamente aos do sexo feminino, tendência que se inverte nos dois fatores do estigma percebido. Relativamente à distância social, é, em média, superior no sexo masculino. A idade não tem influência na maioria dos fatores das subescalas, revestindo-se apenas de significado estatístico no fator “fraqueza-não doença” de ambos os stigmas (pessoal e percebido) em que os mais novos apresentam pontuações em média mais elevadas.

Figura 3 – Modelo unifatorial ajustado aos itens da escala de distância social (N=4938)

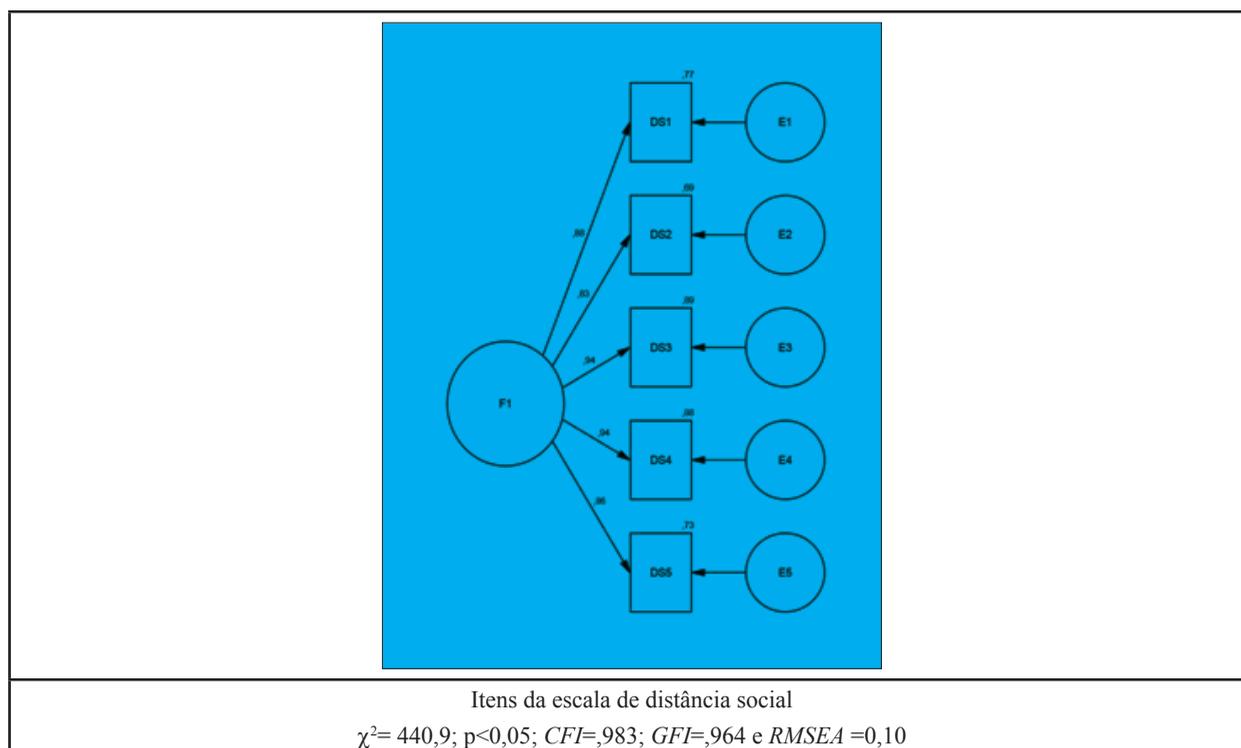


Tabela 1 – Estatísticas resumo por fator das subescalas em função do sexo e idade, incluindo teste t de student para grupos independentes

Subescalas	Masculino (n=2139)		Feminino (n=2799)		t
	X	s	X	s	
Estigma pessoal (“fraqueza-não doença”)	8,65	2,75	7,87	2,63	10,209***
Estigma pessoal (“perigosidade-imprevisibilidade”)	10,13	3,09	9,29	2,57	10,388***
Estigma percebido (“fraqueza-não doença”)	9,87	2,84	10,23	2,83	-4,495***
Estigma percebido (“perigosidade-imprevisibilidade”)	12,49	3,73	12,96	3,67	-4,484***
Escala distância social	14,41	8,59	12,91	7,70	6,454***
	<18 anos (n=3436)		≥ 18 anos (n=1502)		t
	X	s	X	s	
Estigma pessoal (“fraqueza-não doença”)	8.14	2.73	8.36	2.65	-2.534***
Estigma pessoal (“perigosidade-imprevisibilidade”)	9.69	2.86	9.57	2.78	1.425
Estigma percebido (“fraqueza-não doença”)	10.01	2.84	10.22	2.82	-2.395***
Estigma percebido (“perigosidade-imprevisibilidade”)	12.79	3.66	12.68	3.80	.963
Escala distância social	13.49	8.13	13.73	8.14	-.985

***p<0,001

Tabela 2 – Estatísticas resumo e resultados da aplicação do teste *t* para grupos emparelhados aos fatores de ambas as escalas de estigma (N=4938)

	x	s	t
Estigma pessoal (“fraqueza-não doença”)	8,21	2,71	-40,946***
Estigma percebido (“fraqueza-não doença”)	10,08	2,84	
Estigma pessoal - (“perigosidade-imprevisibilidade”)	8,65	2,75	-56,633***
Estigma percebido (“perigosidade-imprevisibilidade”)	10,13	3,09	

***p<0,001

Dadas as características do instrumento de medida e a amostra, procedemos ao cálculo do teste *t* mas agora para grupos emparelhados, comparando as médias dos mesmos fatores, tanto ao nível do estigma pessoal como do estigma público.

Como se pode observar da tabela 2, as diferenças são estatisticamente significativas em ambos os testes, sendo que nos dois casos as médias do estigma percebido são superiores às do estigma pessoal. Estes resultados são consistentes com aqueles que são os dados provenientes da evidência científica publicada e que apontam para que a população, incluindo os adolescentes e jovens, perspetivem a existência de elevado estigma social (percebido) associado às doenças mentais, comparativamente aquele que é o modo de perspetivar estes problemas (pessoal). Contudo, alguns referem a desejabilidade social no sentido em que as pessoas tendem a avaliar de modo correto aquele que é, no seu entendimento, o pensamento da sociedade, no entanto quando é solicitada a sua opinião pessoal sobre o assunto, tendem a adotar uma opinião mais defensiva.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A análise das características psicométricas realizadas às três subescalas, revelam que os instrumentos apresentam boas qualidades psicométricas, ajustando-se aos modelos de derivação teórica.

Dado relevante é o facto de em ambas as subescalas apresentarem domínios paralelos (ambas as estruturas com dois fatores), tanto no estigma pessoal como percebido, como são “fraqueza-não doença” e “perigosidade-imprevisibilidade”.

Adicionalmente observou-se que a escala discrimina com base nas variáveis sociodemográficas consideradas, nomeadamente sexo e idade dos respondentes. Atendendo aos resultados, estes instrumentos podem ser utilizados no sentido de efetuar avaliações iniciais de programas desenvolvidos com intuito de promover, por exemplo, a literacia em saúde mental, ou então de reduzir o estigma público associado às doenças mentais e que significa não só dizer não à discriminação no quotidiano, mas também potenciar a procura de ajuda quando necessário de modo a reduzir o tempo que medeia o aparecimento dos primeiros sintomas e a prestação de cuidados de saúde adequados.

Dadas as suas características, poderão ser utilizadas em estudos posteriores como medida válidas para avaliação do estigma associado às doenças mentais. Dada a sua natureza e extensão, têm a virtude de ser de fácil e rápida administração.

Contacto para utilização da escala: luisloureiro@esenfc.pt

BIBLIOGRAFIA

- Associação Americana de Psiquiatria. (2006). DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Journal of Psychiatry*, 1, 16–20.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 342–349.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to

mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6(21), 1-12. doi:10.1186/1471-244X-6-21.

Jorm, A. F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957.

Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 183-200.

Loureiro, L. (2013a). Barreiras e determinantes da intenção de procura de ajuda informal na depressão. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 733-746.

Loureiro, L. (2013b). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista de Enfermagem Referência*, III(11), 59-66. doi:10.12707/RIII1360.

Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R., & Oliveira, N. (2013). Literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 17(3), 474-481.

Loureiro, L., Jorm, A. F., Mendes, A., Santos, J. C., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13, 129-129. doi:10.1186/1471-244X-13-129

Loureiro, L. M., & Abrantes, A. R. (2014). Estigma e Procura de Ajuda em Saúde Mental. In *Literacia em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir* (Vol. 8, pp. 41-61). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Referência*, II (8), 33-44.

Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J. C., Oliveira, R. & Ferreira, R. (2012). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens: Conceitos e Desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 157-166.

Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012). Tradução, adaptação e validação de um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental) para Adolescentes e Jovens Portugueses a partir de um focus group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.

Organização Mundial da Saúde (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança: relatório sobre a saúde no mundo*. Geneve: OMS.

Yap, M. B. H., Mackinnon, A., Reavley, N. and Jorm, A. F. (2014), The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: results from two community surveys. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 23: 49-61. doi: 10.1002/mpr.1433

Yap, M., Mackinnon, A., Reavley, N., & Jorm, A. (2014). The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: results from two community surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 49-61. doi: 10.1002/mpr.1433

RISCO DE QUEDA DOS IDOSOS, DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Andreia Fernandes⁽¹⁾; Maria Nilza Guimarães Nogueira⁽²⁾; Paulo Teles⁽³⁾



Resumo | Esta investigação descreve o risco de queda dos idosos de uma Unidade Saúde Familiar (USF) de Rio Tinto. Tem como objetivos específicos, analisar os fatores de risco de queda e avaliar o equilíbrio estático e dinâmico dos idosos. Desenvolveu-se um estudo descritivo, transversal, entre os meses de Novembro de 2011 e Março de 2012. Os idosos inscritos na USF, com programa de Saúde do Idoso ativo no Sistema de Apoio Prática de Enfermagem (SAPE), foram a nossa população alvo. Utilizamos uma amostra aleatória simples de 250 idosos. Na análise exploratória da amostra recorremos à estatística descritiva, com recurso ao software SPSS Statistics, versão 19®. Para determinar quais os fatores de risco que afetam significativamente a ocorrência de quedas, ajustou-se um modelo de regressão logística. Dos resultados destaca-se que os idosos da amostra apresentam um bom desempenho na execução do teste *Performance Oriented Mobility Assessment* (POMA), logo baixo risco de queda. Os fatores de risco extrínseco de queda foram mais prevalentes na amostra, no entanto o fator de risco intrínseco “*Diminuição da Força dos Membros Inferiores*” revelou-se estatisticamente significativo para a ocorrência de queda, OR= 2.647, IC [1.261,5.991], valor-p=0.014.

Palavras-chave: Idosos, Queda, Risco de queda, Comunidade, POMA

Abstract | *FALL RISK, FROM A FAMILY HEALTH UNIT.*
This research describes the elderly fall risk from a Family Health Unit (FHU) of Rio Tinto. Its specific objectives are to analyze the risk factors of falling and evaluate the static and dynamic balance of the elderly.
A descriptive and transversal study was developed from November 2011 to March 2012.
The seniors enrolled in the FHU of Rio Tinto, with an active elderly health programme in Support System on Nursing Practice, were our target population. We use a simple random sample of 250 elderly. In the exploratory analysis of the sample resorted to descriptive statistics, using the SPSS software, version 19®.
To determine which risk factors were likely to affect the occurrence of falls significantly, a logistic regression model was developed.
The results highlight that the elderly had a good performance on the Performance Oriented Mobility Assessment test (POMA) and consequently low risk of falling. The most prevalent fall risk factors were extrinsic ones, however the intrinsic fall risk factor “Decreased strength of Lower Limb” was statistically significant for the occurrence of falls, OR = 2.647, CI [1.261,5.991], p-value = 0.014.

Keywords: Elderly, Fall, Fall Risk, Community, POMA

Resumen | *RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS, DE UNA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR.*
Esta investigación describe el riesgo de caída de los ancianos de una Unidad de Salud Familiar (USF) en Rio Tinto. Tiene como objetivos específicos analizar los factores de riesgo de caída y evaluar el equilibrio estático y dinámico de los ancianos. Se desarrolló un estudio descriptivo, transversal, entre los meses de noviembre de 2011 y marzo de 2012. Los ancianos inscritos en la USF, con programa de Salud del anciano activo en el Sistema de Apoyo Práctica de Enfermería (SAPE), fueron nuestra población. Utilizamos una muestra aleatoria simple de 250 ancianos.
En la análisis exploratoria de la muestra recurrimos a la estadística descriptiva, con recurso al software SPSS Statistics, versión 19®. Para determinar cuales los factores de riesgo que afectan significativamente la ocurrencia de caídas, se ajustó un modelo de regresión logística.
De los resultados se destaca que los ancianos de la muestra presentan un buen desempeño en la ejecución del test Performance Oriented Mobility Assessment (POMA), es decir un bajo riesgo de caída. Los factores de riesgo extrínseco de caída fueron más prevalentes en la muestra, sin embargo el factor de riesgo intrínseco “Disminución de la Fuerza de los Miembros Inferiores” se reveló estadísticamente significativo para la ocurrencia de caída, OR= 2.647, IC [1.261,5.991], valor- p=0.014.

Palabras clave: Anciano, Caída, Riesgo de caída, Comunidad, POMA

Rececionado em novembro 2013. Aceite em maio 2014

⁽¹⁾ Licenciada em Enfermagem pela ESEC (Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado), Chaves e Mestre em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar), Porto. A exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Santa Maria em Rio Tinto. email: ais_fernandes@hotmail.com

⁽²⁾ Licenciada em Enfermagem e Doutorada em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto

⁽³⁾ Licenciado em Economia pela Faculdade de Economia do Porto e Doutorada em Estatística pela Temple University, EUA. Professor na Faculdade de Economia do Porto

INTRODUÇÃO

Entendendo que o fenómeno do envelhecimento demográfico, conduz ao aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas (Maciel, 2010) e do evento queda, torna-se imperioso a mudança nos cuidados de saúde a esta população.

Decorrente da prática clínica e verificando que as quedas são um evento real entre os idosos na comunidade e pouco valorizadas por estes e pelos profissionais de saúde, desenvolveu-se esta investigação que tem por objetivo avaliar o risco de queda dos idosos de uma USF de Rio Tinto.

A queda é um fenómeno mundial (WHO, 2007), um evento de alarme, representando um sério problema de saúde pública (Caldevilla & Costa, 2009) pelas consequências que origina para os mais velhos. Este evento, ocorre em qualquer idade, mas é na população idosa que é mais frequente (Ahmed, 2003) e onde os efeitos são mais deletérios.

Compreendendo o evento queda como a “descida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo de forma inesperada e involuntária.” Caldevilla & Costa (2009) e entendendo o risco como “a probabilidade de um fenómeno de enfermagem indesejável ocorrer” (ICNP, 2010), delineamos como objetivos específicos, conhecer a dimensão do fenómeno queda, caracterizar os idosos com risco de queda, analisar os fatores de risco de queda e avaliar o equilíbrio estático e dinâmico dos idosos, pois segundo Tinetti (1986) in Abreu & Caldas (2008) uma pontuação baixa no teste POMA é preditivo de quedas recorrentes.

A enfermagem comunitária, integrada no ambiente das populações, através do ensino e da capacitação dos mesmos, é a disciplina que está numa posição privilegiada para a promoção da sua saúde e prevenção de acidentes.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se desenvolve ao longo da vida (Maciel, 2010). Sendo desejável, que constitua uma oportu-

nidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, facto que se tem traduzido em modificações do ponto de vista demográfico.

A OMS defende a promoção do envelhecimento saudável, colocando especial ênfase nas estratégias de promoção do bem-estar e a minimização da dependência, reduzindo fatores de risco e aumentando os fatores protetores da saúde ao longo do ciclo de vida (WHO, 2007). Pelo que a compreensão do fenómeno queda e a aceitação de que a queda é um evento real na vida dos idosos, são o primeiro passo na promoção de um envelhecimento saudável.

Assim, e segundo Peel e colaboradores (2007) a prevenção de quedas é uma área prioritária na promoção da saúde dos idosos, isto porque a queda e as suas consequências causam incapacidade e têm um grande impacto na independência funcional e qualidade de vida dos mais idosos.

Também Ribeiro (2008), defende que as quedas nos idosos são frequentes e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida das pessoas, trazendo consequências desastrosas (Runge, 2005). Segundo Ness (2003), a educação parece promover comportamentos que reduzem o risco de queda entre os idosos e consequentemente o risco de lesões pós evento.

Logo, as medidas de prevenção das quedas, devem identificar as causas e desenvolver intervenções para reduzir a sua ocorrência.

A prevenção de acidentes e a promoção da segurança dos idosos são uma área de atenção dos cuidados de saúde primários, mas muitas vezes descuidada, trazendo consequências desastrosas como a perda de autonomia, acréscimo de dependências, stresse para os familiares e um esforço económico para o sistema de saúde.

Segundo Machado (2008) o enfermeiro deve procurar, na sua prática com os idosos, identificar os fatores que influenciam as quedas, para que este possa realizar as suas atividades sem risco de as sofrerem.

A nível mundial o evento queda é uma grande causa de morbilidade (McMurdo, 2000) e mortalidade para os idosos, acarreta um grande peso para os serviços de saúde pelos custos associados (Masud, 2001) e têm um grande impacto na qualidade

de vida dos idosos (Hendricks, 2005). Constatase que os idosos mais saudáveis caem menos e os idosos que já sofreram uma queda, apresentam maior risco para cair novamente (Buksman, 2008). Em Portugal, verifica-se que este fenómeno é mais frequente nas mulheres (Araújo, 1999) e ocorre frequentemente no domicílio, quando os idosos estão a andar ou a suportar objetos (Projeto ADELIA, 2005).

Segundo vários autores as quedas são um evento multifatorial (Muir, 2008; Maciel & Bloch, 2010), variando de indivíduo para indivíduo (Desai, 2010).

A literatura sugere-nos que os fatores de risco de queda podem ser divididos em dois grandes grupos, os de ordem intrínseca e extrínseca. Os fatores de risco de queda de ordem intrínseca, são decorrentes das alterações fisiológicas relacionados com o envelhecimento, as doenças e os efeitos da polimedicação (Fabrício, 2004). Os fatores de ordem extrínseca, dependem de circunstâncias sociais e ambientais, (Fabrício, 2004), estando intimamente ligados à qualidade de vida dos idosos. Após revisão da literatura, em base de dados Medline, no espaço temporal (1998-2011) verificou-se que na comunidade os fatores de risco intrínsecos, que contribuem para o risco de queda e a ocorrência do evento são: a polimedicação, a idade avançada, o compromisso/alterações da visão, as alterações do equilíbrio, a deterioração/comprometimento cognitivo, as alterações da mobilidade, o sexo feminino, a debilidade muscular e os distúrbios urinários.

As consequências das quedas, são outra área de estudo que importa saber para quem pretende estudar esta problemática. Assim, as consequências mais referenciadas, são a perda de autonomia, a restrição da atividade/mobilidade, a institucionalização, o medo de cair, as fraturas e o risco de morte. Não menos importantes, mas menos referidas, o isolamento, os distúrbios emocionais, a depressão, perda de confiança, baixa autoestima, a dor, o declínio da saúde, as feridas e contusões.

MATERIAL E MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo descritivo, transversal. Os aspetos éticos foram tidos em consideração. Obtivemos o consentimento das autoras dos instrumentos Mini Mental State Examination (MMSE) e POMA, a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e o consentimento informado dos participantes.

A população é constituída pelos idosos inscritos numa USF de Rio Tinto até à data de 17.08.2011, com programa Saúde do Idoso ativo no SAPE, num total de 1328 idosos, tendo-se extraído uma amostra de 250 participantes (cerca de 20%), através do método de amostragem probabilístico (amostragem aleatória simples). O plano amostral (listagem do SAPE dos 1328 idosos) foi importado para um documento Excel e ordenado alfabeticamente e após numerado de 1 a 1328. Os participantes foram selecionados de acordo com o seu número da lista, em primeiro lugar selecionaram-se os idosos com número terminado em 1 (1, 11, 21, 31...), de seguida os que terminavam em 2 (2, 22, 32...) e assim sucessivamente até atingir o tamanho da amostra pretendido.

Compusemos 5 critérios de inclusão dos participantes na amostra:

- Contacto telefónico/telemóvel identificável;
- Contacto telefónico alcançado até à 3ª tentativa (no caso do 1º contacto ter resultado infrutífero, foram realizadas mais 2 tentativas, uma das quais obrigatoriamente ao fim-de-semana e outra obrigatoriamente num horário das 20:00 às 21:30h);
- Aceitar participar no estudo;
- Terem capacidade para efetuarem o teste POMA;
- Não apresentarem défice cognitivo.

Do total de participantes deste estudo (n=250) predominaram as mulheres (56.4%), com média de idades de 74 anos (min – 65 e máx – 91) e média de escolaridade de 4 anos. A maioria dos participantes vive com um familiar (83.2%).

Para análise dos dados, procedeu-se à análise exploratória da amostra através da estatística descritiva, com recurso ao software SPSS Statistics, versão

19®. Para determinar quais os fatores de risco que afetam significativamente a ocorrência de quedas, ajustou-se um modelo de regressão logística em que a variável explicada é a variável binária de ocorrência ou não de quedas e as variáveis explicativas são os diversos fatores de risco, intrínseco e extrínseco. Fez-se um ajustamento em passos (“stepwise”), eliminando do modelo os fatores de risco cujo parâmetro estimado não era estatisticamente significativo (nível de significância de 5%).

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento foi aplicado entre os meses de Novembro de 2011 e Março de 2012. O instrumento de colheita de dados é um questionário elaborado para o efeito, constituído por 4 partes: I - Dados sociodemográficos; II - MMSE, instrumento adaptado para Portugal por Guerreiro (1994), que avalia o estado da cognição. Cada resposta certa pontua 1 valor num total de 30 pontos; III - Fatores de risco de queda (percecionados pelo participante e pelo investigador); IV – Performance Oriented Mobility Assessment (POMA), este instrumento foi concebido por Tinetti (1986) e adaptado para Português por Petiz (2002), avalia o equilíbrio estático e dinâmico. Avaliação do equilíbrio estático operacionaliza-se através das componentes equilíbrio sentado, levantar-se, equilíbrio imediato, equilíbrio em pé com os pés paralelos, pequenos desequilíbrios na mesma posição, fechar os olhos na mesma posição, apoio unipodal, volta de 360 graus duas vezes e sentar-se. Estes itens apresentam uma pontuação de 0 a 2 num máximo parcial de 16 pontos. A mobilidade e o equilíbrio dinâmico operacionalizam-se através das componentes início da marcha, largura do passo direito e esquerdo, altura do passo direito e esquerdo, simetria do passo, continuidade do passo, desvios do percurso, estabilidade do tronco e base de sustentação durante a marcha. Estes itens apresentam uma pontuação de 0 a 2 pontos num máximo parcial de 12 pontos. A pontuação total da escala é de 28 pontos. Sendo que, quanto maior a pontuação final, melhor o desempenho no teste e consequentemente menor

risco de queda. A versão adaptada do Poma para Português apresentou boa fiabilidade após teste-reteste (r de Pearson = 0,96), elevada homogeneidade de conteúdo (α = 0,97), sensibilidade moderada (68%) e boa especificidade (78%) (Petiz, 2002).

Para procedermos á colheita de dados, analisamos o plano amostral e efetuamos um primeiro contacto (telefónico). Os objetivos do contacto telefónico foram a apresentação do estudo e garantir a participação dos utentes. Utilizamos um guia de contacto telefónico para rastrear, o interesse dos idosos em participar, rastrear os idosos acamados e/ou deslocarem – se em cadeira de rodas. Foram efetuados 333 contactos telefónicos.

Após, foi agendado o momento e o local para a colheita de dados, a qual ocorreu na USF (236) e no domicílio (14), consoante interesse e disponibilidade dos idosos.

RESULTADOS

Após a aplicação do instrumento de colheita de dados, verificamos que 59.6% dos idosos não sofreram quedas nos últimos 12 meses e 40.4% dos idosos sofreram queda (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do número de quedas nos últimos 12 meses

Nº de quedas	%
0	59.6
1	20.4
2	11.6
3 ou mais	8.4
Total	100

Da distribuição da ocorrência das quedas nos últimos doze meses por idade, verifica-se que é na faixa etária [65-75] anos de idade que a queda é mais frequente para 1 queda, mas se verificarmos para 2 ou mais quedas, é acima dos 85 anos de idade que este fenómeno é mais frequente. Dados visíveis na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da ocorrência das quedas nos últimos 12 meses, por idade

Faixa Etária	1 Queda	2 Queda	3 ou +Queda	Totais (%)
>= 65 anos < 75 anos	32	18	8	58(23.2%)
>= 75 anos < 85 anos	18	8	9	35 (14%)
>= 85 anos	1	3	4	8 (3.2%)
Totais (%)	51(20.4%)	29(11.6%)	21(8.4%)	101(40.4%)

Com esta investigação verificamos que as quedas são mais frequentes nas mulheres (25.6%) e no exterior do domicílio (28.4%). Verifica-se ainda que a média de idades dos idosos (73.1 anos) que caem no exterior é inferior à idade dos idosos que caem no interior (75.8 anos).

As quedas ocorrem mais frequentemente ao mesmo nível, por escorregão, tropeção ou passos em

falso (18.8%) e no horário das 8h às 19h (34.4%). 26% das quedas não foram visualizadas e 23,6% dos idosos tiveram consequências após a queda, sendo o hematoma o mais frequente (8.8%), seguido da escoriação (3.6%). Dos idosos que receberam cuidados de saúde após a queda (9.6%), 8% foi no hospital e 1.6% no centro de saúde.

Dentro dos fatores de risco de queda, os mais prevalentes na nossa amostra apresentam-se na tabela 3, destacando-se o compromisso da visão (92.8%) para os fatores intrínsecos e a ausência de dispositivos de chamada (99.6%) para os fatores de ordem extrínseca.

Quando procuramos a opinião dos idosos sobre os fatores de risco que motivaram a queda, verificamos que os fatores mais prevalentes são o desequilíbrio (8.4%) enquanto fator intrínseco e as superfícies irregulares (12%) enquanto fator extrínseco, conforme a tabela 4 demonstra.

Tabela 3 - Distribuição dos Fatores de Risco de Queda

Intrínsecos	%	Extrínsecos	%
Compromisso da visão	92.8	Ausência de dispositivo de chamada/alarme	99.6
Diminuição força muscular	80.8	Tapetes soltos	90.0
Hipertensão arterial	78.8	Calçado inadequado	88.4
Uso de polimedicação	59.6	Superfícies irregulares	63.6
Medo de cair	56.8	Falta de equipamento de segurança	44.0
Compromisso osteoarticular	39.2	Uso de equipamento de mobilidade	9.2
Diabetes	26.8	Vestuário inadequado	1.2
Vertigens/tonturas	22.8	Fraca ou má iluminação	0.8
Problemas nos pés	20.8	Piso molhado/escorregadio	0.8
Desequilíbrio	16.8	Obstáculos de domicílio	0.4
AVC anterior	12.8	Altura da cama/sanita inadequada	0.4
Compromisso da eliminação	10.8		
Enfarte anterior	5.6		
Depressão	3.2		
Doença de Parkinson	0.8		

Tabela 4 – Distribuição dos fatores de risco que motivaram a Queda, segundo opinião dos Idosos

Fatores de Risco de Queda		%
Extrínsecos	Superfícies Irregulares	12
	Piso molhado/escorregadio	2.4
	Calçado inapropriado	1.6
Intrínsecos	Desequilíbrio	8.4
	Diminuição da Força MI	4.0
	Vertigens/Tonturas	3.2
	Compromisso da Visão	1.6

Quando abordada a informação que os idosos têm sobre prevenção de quedas, 87.6% referem ausência de informação, e dos 12.4% que receberam informação, 8% refere ter partido de um profissional de saúde. Apesar dos dados anteriores, 98.4% dos idosos referem ter conhecimento suficiente para evitar a queda e referem que esses cuidados são suficientes. Da aplicação do teste POMA, verificamos um bom desempenho dos idosos, para o equilíbrio estático e dinâmico, com uma média total de 25.10 pontos num máximo de 28, como a tabela 5 demonstra.

Tabela 5 – Pontuação dos idosos no teste POMA

	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão	Min-Max
Equilíbrio estático	14.09	15.00	16.00	2.317	4-16
Equilíbrio dinâmico	11.00	12.00	12.00	2.112	2-12
POMA (total)	25.10	27.00	28.00	4.174	6-28

No sentido de perceber qual a relação entre o resultado do teste POMA e o sexo, recorreu-se ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney que nos permite concluir que o POMA das mulheres é de facto um pouco inferior ao dos homens em que o valor da estatística do teste é de 5401, correspondendo a um valor-p de aproximadamente zero, onde se observa que a média, a mediana, o 1º quartil e o mínimo das mulheres é inferior ao dos homens. Investigamos também a associação entre a pontua-

ção do teste POMA e do MMSE. Constatou-se que a correlação entre POMA e MMSE é moderada e de sentido direto ($r=0.52$, $p\text{-value}=0.00$), ou seja, valores elevados de POMA estão associados a valores elevados de MMSE e vice-versa.

A aplicação do teste MMSE revelou-se positiva uma vez que a média foi de 25.85 pontos num total de 30 pontos, revelando um bom desempenho cognitivo.

Com o objetivo de determinar quais os fatores de risco que afetam significativamente a ocorrência de quedas, ajustou-se um modelo de regressão logística em que a variável explicada é a variável de ocorrência ou não de quedas e as variáveis explicativas são os diversos fatores de risco, intrínseco e extrínseco. Assim o fator que se revelou estatisticamente significativo foi a diminuição da Força dos Membros Inferiores (MI), $OR= 2.647$, $IC [1.261,5.991]$, $\text{valor-p}=0.014$. O idoso que apresenta este fator de risco tem cerca de 3x mais probabilidade de sofrer queda, que o idoso que não apresenta este fator de risco.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, permitiu identificar quais os fatores mais prevalentes na amostra de idosos e assim perceber e quantificar os mesmos. Hignett (2010) corrobora a evidência, referindo que a falta de dispositivos de chamada/alarme é um fator para a queda na medida em que, na necessidade de ajuda este dispositivo permite ao idoso chamar por alguém que o auxilie, sem se precipitar a levantar ou a efetuar movimentos que o podem arrastar para a queda, dado também referenciado no Projeto ADELIA (2005), em que uma das medidas aludidas para evitar a queda é a presença do telefone num local de fácil acesso, se o idoso necessitar de pedir ajuda.

O fator de risco intrínseco, mais identificado pelos idosos é a sua perceção da diminuição da força muscular nos MI (80.8%). A prevalência deste fator de risco de queda, é um dado importante, pois pode justificar a queda, devido à fraqueza muscular e que para Rebelatto (2007) é o fator mais relevante para o evento queda, na comunidade. No

que diz respeito ao medo de cair 56.8% dos idosos, referem ter medo. O qual influência diretamente a ocorrência das quedas, fazendo com que os idosos modifiquem e alterem os seus hábitos, podendo levar ao isolamento nas suas casas. Johnson (2001) e Porter (2010) referem ainda que os idosos que permanecem mais tempo em casa, têm uma disposição acrescida para cair, pois todo o ambiente em casa como, tapetes soltos, superfícies irregulares, falta de equipamentos de segurança, obstáculos no caminho, tudo isto pode despoletar a queda. Outra consequência do medo de cair é a alteração do padrão do andar, pois os idosos com medo de cair, têm uma largura do passo mais pequena, podendo dar passos descontínuos, e até alterar a estabilidade do tronco, o que por consequente, pode afetar o equilíbrio e assim o risco de queda.

Se analisarmos e interligarmos as quedas nos últimos 12 meses com o sexo, verificamos que são as mulheres que caem mais do que os homens, 63.4% para 36.6%, dado corroborado por Araújo (1999) e Nachreiner (2007), que refere que as quedas são um evento mais prevalente nas mulheres, na comunidade. Dado também atestado pela análise da relação do teste POMA com o sexo, onde verificamos da pontuação do teste POMA, que as mulheres têm uma pontuação de facto um pouco inferior ao dos homens.

O local de queda mais frequente identificado na amostra, é o exterior do domicílio (28.4%), apesar de alguns estudos abordarem o domicílio, como o local mais frequente na comunidade (Projeto ADELIA; 2005). Esta diferença encontrada, no nosso entender é justificada pelo facto dos idosos que compõem esta amostra serem mais independentes, com uma média de idade não muito elevada, como já foi referido, e por resultarem saírem mais do domicílio, dado corroborado pelo resultado da aplicação do teste POMA, onde obtivemos um bom desempenho dos idosos, com uma média total de 25.10 pontos num máximo de 28, que indicam menor risco de queda, e idosos com boa mobilidade. No teste de avaliação da mobilidade e equilíbrio (POMA) verificamos que temos 190 idosos com pontuações de 25 a 28.

Quando comparado o local da queda com a idade verifica-se, que a idade dos idosos que caem no

exterior é inferior à idade dos idosos que caem no interior, facto explicado pelos idosos que caem no exterior serem mais ativos, dado que vai de encontro ao que Buksman (2008) refere onde as quedas no exterior do domicílio são causadas na sua maioria por fatores externos e geralmente atingem idosos mais ativos.

O horário da queda mais frequente é das 8H às 19H, o que vem corroborar a ideia de que os idosos caem nas horas em que estão mais ativos, nomeadamente em horários que se ausentam do domicílio para a realização das suas atividades instrumentais de vida diárias.

No que diz respeito aos conhecimentos dos idosos sobre a prevenção de quedas, 87.6% reconheceram que não têm, o que vem reforçar a necessidade de incorporar nos ensinamentos aos idosos da comunidade a problemática das quedas. Onde o enfermeiro deve priorizar nas medidas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes – a prevenção das quedas e a avaliação do risco de queda desta população.

Verificamos ainda, que a totalidade dos idosos reconhece que é importante evitar as quedas e 53.6% reconhece que tem risco de queda. No entanto 98.4% dos idosos refere ter cuidados para evitar a queda e reconhecem que tanto os cuidados como os conhecimentos que têm são suficientes, mas 40.4% dos idosos sofreram queda nos últimos 12 meses. Resumindo, a percepção, sensibilidade, que o idoso tem sobre o evento queda e medidas de prevenção, pode não ser realista. O que nos deixa, a nós enfermeiros, um campo de intervenção prioritário nos cuidados de saúde primários aos idosos da comunidade.

CONCLUSÃO

Concluimos que os idosos que constituem esta amostra apresentam um risco de queda reduzido, visível pela avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, onde os idosos apresentam um bom desempenho na execução do teste POMA com uma média total de 25.10 pontos num total de 28 pontos. 40.4% dos idosos sofreram queda nos últimos 12 meses e são as mulheres que caem mais (25.6%) e

na faixa etária dos 65 aos 74 anos de idade.

Os fatores de risco de queda mais prevalentes para a nossa amostra foram os fatores extrínsecos, no entanto o fator de risco de queda intrínseco que se revelou estatisticamente significativo e explicativo da ocorrência de queda foi “*Diminuição da Força dos Membros Inferiores*”, OR= 2.647, IC [1.261, 5.991], valor-p=0.014.

Para a prática de Enfermagem, este estudo revelou-se importante na descrição do evento queda dos idosos na comunidade, na identificação dos idosos em risco de queda, na identificação dos fatores de risco de queda, e na implementação do teste POMA na consulta de saúde dos idosos, como forma de avaliar o seu equilíbrio e posterior risco de queda.

Consideramos prioritário, a investigação deste evento numa perspectiva promotora da saúde dos idosos e do envelhecimento ativo, deixando o desafio para investigações futuras como a avaliação da força muscular dos idosos, especificamente a avaliação da força muscular dos membros inferiores, na consulta de enfermagem, como estratégia diagnóstica para a prevenção do risco de queda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, SSE & CALDAS, CP – *Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosos praticantes e idosos não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos*. Revista Brasileira de Fisioterapia. Vol. 12, N. 4 (Jul.-Ago. 2008), p. 324-330.
- ARAÚJO, M.F.E. – *Osteoporose, quedas e fracturas ósseas em mulheres idosas: Estudo de follow-up em Portugal*. Tese de mestrado apresentada à Universidade do Porto (1999).
- BUKSMAN, S. [et al] – *Quedas em Idosos: Prevenção*. 2008. [Consult 12 Dez 2011]. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/diretrizes/Quedas_Idosos.pdf
- CALDEVILLA, MN & Costa, MA – *Quedas dos Idosos em Internamento Hospitalar: que passos para a Enfermagem?* (Fev. 2009), p. 25-28.
- DGS – *Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas, Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada*. Relatório ADELIA (2005).
- GUERREIRO, M. [et al] – *Adaptação à população portuguesa do MMSE*. Revista Portuguesa de Neurologia. N.º. 1 (1994), p. 9-10.
- HENDRIKS, Marike R.C [et al] – *Effectiveness and cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention programme to prevent new falls functional decline among elderly persons at risk: design of a replicated randomized controlled trial*. BMC Public Health. (January. 2005). 5: 6.
- HIGNETT, Sue – *Technology and Building Design: Initiatives to Reduce Inpatient Falls Among the Elderly*. Health Environments Research & Design Journal. Vol. 3, N.º 4 (2010), p. 93-105.
- ICNP – *International Classification of Nursing Practice*. 2010. [Consult. 2 Maio 2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- McMURDO, Marion E.T. [et al] – *A randomized controlled trial of fall prevention strategies in old people's homes*. Gerontology. N.º. 46 (2000), p. 83-87.
- MASUD, Tahir e MORRIS, Robert O. – *Epidemiology of falls*. British Geriatrics Society. Vol. 30. (2001), p. 3-7.
- NACHREINER, Nancy M. [et al] – *Circumstances and Consequences of Falls in Community-Dwelling Older Women*. Journal of Women's Health. Vol. 16, N.º 10 (2007), p. 1437-1446.
- JOHNSON, Maree – *Home-screen: A short scale to measure fall risk in the home*. Public Health Nursing. Vol. 18, N.º. 3 (May/June. 2001), p. 169-177.
- PETIZ, E.M. – *A actividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados*. Tese de Mestrado, não publicada. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. 2002.
- PORTER, Eileen J. [et al] – *Intentions of older homebound women to reduce the risk of falling again*. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 42, N.º. 1 (2010), p. 101-109.
- REBELATTO, José R. – *Quedas em idosos institucionalizados: Características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual*. Acta Ortop Bras. Vol. 15, N.º. 3 (2007), p. 151-154.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À PRÁTICA DA ELETROCIRURGIA

Filipa Isabel Serra Afonso⁽¹⁾; Marta Susana Lopes Estêvão Carvalho⁽²⁾; Luís Miguel Nunes de Oliveira⁽³⁾



Resumo

Objetivo: Verificar em que medida o conhecimento da equipa de enfermagem acerca da utilização de bisturi elétrico influencia a segurança do doente submetido a cirurgia e identificar fatores de risco e de prevenção da sua utilização.
Métodos: Revisão integrativa da literatura como objectivo primordial de pesquisar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o conhecimento científico já produzido acerca dos cuidados de enfermagem relacionados com o uso de bisturi elétrico no período intraoperatório.
Resultados: Quanto maior o nível de conhecimento sobre os riscos e a utilização do bisturi elétrico, maior será a segurança do utente no bloco operatório. É necessário ter em conta que tipo de incidentes podem ocorrer no bloco operatório e porquê, para prevenir ou minimizar lesões graves, nomeadamente os incêndios e as queimaduras.
Conclusão: O enfermeiro deve não só deter o conhecimento adequado à prática, como deve procurar atualizá-lo e basear as suas ações em evidências científicas. Este fator conduz à melhoria dos cuidados e consequentes ganhos em saúde, pela prevenção de riscos associados ao período perioperatório.

Palavras-chave: Eletrocirurgia; bisturi elétrico; enfermagem

Abstract

THE ROLE OF NURSING IN PREVENTING COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH ELECTROSURGERY.
Aim: Verify how the knowledge of the nursing team about the use of electric cautery influences the safety of the patient undergoing surgery and identify risk factors and prevention of its application.
Methods: An integrative literature review as primordial goal of searching and assessing the available evidence in the scientific knowledge literature already produced about the nursing care related with the use of electric cautery in the intraoperative period.
Results: The wider the knowledge about the risks and use of the electric cautery, the bigger the safety of the patient in the operating theatre. It's necessary to take into account what kind of incidents can happen in the operating theatre and why, to prevent or minimize severe lesions, especially fires and burnings.
Conclusion: The nurse must not only hold knowledge that is appropriate do the practice, but also try to update it and base his/hers actions in scientific evidence. This factor leads to the health care improvement and consequent health benefits, through the prevention of risks associated to the perioperative period.

Keywords: electrosurgery, electric cautery, nursing

Resumen

EL PAPEL DEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DE LA ELETROCIRURGIA.
Objetivo: verificar de qué manera el conocimiento de el equipo de enfermería sobre el uso del cauterio eléctrico influye en la seguridad de los pacientes sometidos a cirugía e identificar factores de riesgo y la prevención de su aplicación.
Métodos: Repaso integrativa de la literatura como objetivo primordial de investigar y evaluar las evidencias disponibles en la literatura sobre el conocimiento científico ya producido acerca de los cuidados de enfermería relacionados con el uso de cauterio eléctrico en el periodo intraoperatório.
Resultados: Cuánto mayor el nivel de conocimiento sobre los riesgos y la utilización del bisturi eléctrico, mayor será la seguridad del usuario en el quirófano. Es necesario tener en cuenta que tipo de incidentes pueden ocurrir en el quirófano y porqué, para prevenir o minimizar lesiones graves, expresamente los incendios y las quemaduras.
Conclusión: El enfermero debe no sólo detener el conocimiento adecuado a la práctica, como debe buscar actualizar y basar sus acciones en evidencias científicas. Este factor conduce a la mejoría de los cuidados y consecuentes ganancias en salud, por la prevención de riesgos asociados al periodo perioperatório

Palabras clave: eletrocirurgia; bisturi eléctrico; enfermería

Rececionado em julho 2014. Aceite em setembro 2014

⁽¹⁾ Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

⁽²⁾ Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

⁽³⁾ Mestre em Ciências de Enfermagem - Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Professor-adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal.

INTRODUÇÃO

Segundo Phipps (2010), o bloco operatório destina-se a fornecer um ambiente terapêutico seguro ao doente, pelo que, no período intra-operatório, o plano de cuidados de enfermagem tem como objetivo abordar as necessidades individuais do doente e facilitar, de forma segura, o procedimento cirúrgico. Assim, o enfermeiro reconhece e implementa ações para resolver possíveis perigos ambientais que envolvam o doente ou elementos da equipa cirúrgica. O bisturi elétrico é um aparelho que produz correntes elétricas de alta frequência, em que se utiliza o efeito térmico sobre os tecidos orgânicos. Segundo Sobecc *apud* Brito (2007) esta técnica tem três finalidades - a coagulação; a disseção e a fulguração.

Na electrocirurgia, a corrente elétrica é produzida por um gerador, chega ao corpo do paciente por um eletrodo ativo, atingindo os tecidos-alvo, e sai através do eletrodo neutro. Esta corrente elétrica, ao encontrar a resistência do tecido humano, é transformada em calor. O calor produzido determina os efeitos terapêuticos - de corte ou coagulação (Trindade, Grazziotin e Grazziotin, 1998).

No sistema bipolar, a densidade da corrente é largamente concentrada na ponta dos eletrodos, já que o contacto com o tecido completa um circuito entre dois eletrodos intimamente juntos. Como consequência, os eletrodos bipolares operam com energia muito inferior em relação ao sistema monopolar. Como cada eletrodo bipolar tem a mesma superfície de contacto, este processo é auto limitado, já que quando as células se encontram completamente desidratadas, cessa o fluxo da corrente, preservando tecidos vizinhos de lesões térmicas (*Idem*).

Segundo Grinenwald (2001), as lesões mais frequentes são as queimaduras ou aquecimento ao nível do contacto placa-pele e as causas possíveis para este acontecimento poderão ser o facto de a placa ser muito pequena ou estar anatomicamente mal adaptada; estar molhada ou em mau estado ou a presença de pelos, escaras, pregas cutâneas, proeminências ósseas ao nível do contacto. Outra lesão frequente é o risco de incêndio, pois quando o bisturi elétrico é utilizado provoca “arcos” elétricos na extremidade do eletrodo ativo, de for-

ma que é necessário zelar para que as faíscas não inflamem produtos combustíveis, os quais podem ser gasosos, líquidos ou sólidos (*Idem*).

Segundo a AORN (2014) as práticas recomendadas para a electrocirurgia são as seguintes - os profissionais que selecionam as unidades e materiais para electrocirurgia devem tomar decisões com base na segurança e na minimização de riscos para os utentes e equipa; a unidade deve ser utilizada de forma a minimizar potenciais lesões; os cabos elétricos e tomadas devem ser manuseadas de forma a minimizar danos do aparelho e lesões do utente e dos utilizadores; o eletrodo ativo deve ser usado de forma a que se minimize o potencial de lesão; quando é utilizada electrocirurgia monopolar, o eletrodo neutro deve ser aplicado de forma a minimizar potenciais lesões; os profissionais devem tomar medidas adicionais na utilização de electrocirurgia durante uma cirurgia minimamente invasiva; os eletrodos ativos bipolares, incluindo dispositivos de oclusão de vasos, devem ser utilizados de forma a minimizar potenciais lesões; dispositivos ultrassónicos de electrocirurgia devem ser utilizados de forma a minimizar potenciais lesões; a tecnologia de coagulação com argão acarreta riscos únicos para a segurança do utente e da equipa, e deve ser utilizada de forma a minimizar potenciais lesões; perigos potenciais associados ao fumo cirúrgico gerado no bloco operatório devem ser identificados, e medidas de segurança estabelecidas; a documentação deve ser completada para permitir a identificação de tendências e demonstrar compatibilidade com os requisitos da instituição; as regras e as práticas para electrocirurgia devem ser desenvolvidas; um processo de melhoria da garantia e atuação da qualidade deve avaliar indicadores de resultado relativos ao utente, ao processo e à estrutura; a equipa deve receber formação inicial e validação de competências sobre os procedimentos, e treino adicional quando novos equipamentos, instrumentos e procedimentos são introduzidos.

MÉTODOS

Foi utilizada a estratégia PICOD, Problema, Intervenção, Comparação, *Outcomes* (Resultados)

e Desenho do Estudo, a qual permitiu a busca bibliográfica de informação. Para tal, adotou-se como base para esta revisão da literatura a Prática Baseada em Evidências, que consiste na “utilização da melhor evidência científica para subsidiar a tomada de decisão clínica” (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

Assim, o Problema refere-se ao utente submetido a cirurgia e à equipa multidisciplinar presente no ato operatório; a Intervenção diz respeito à identificação dos riscos inerentes à utilização de bisturi elétrico e respetivo conhecimento da equipa de enfermagem; na Comparação, é analisado o impacto do conhecimento dos enfermeiros na segurança do utente e da equipa; os *Outcomes* remetem para a manutenção eficaz da segurança de todos os envolvidos; e o Desenho de Estudo é uma reflexão teórica de estudos primários relacionados com a temática.

De acordo com Santos, Pimenta e Nobre (2007) a evidência é algo que é claro, constatando uma verdade que não suscita qualquer dúvida. Porém, no sentido de definir o conhecimento, é necessária a existência de evidência científica, ou seja, a prova de que um determinado conhecimento é verdadeiro ou falso. Para que esta exista, é fundamental que possua pesquisa prévia, conduzida dentro dos preceitos científicos.

RESULTADOS

Segundo Bohomol e Tartali (2013) a rotina na programação de procedimentos eletivos pode levar à ocorrência de efeitos adversos cirúrgicos bem como a falta de comunicação entre os membros da equipa de enfermagem e da equipa médica; 7,2% da população inquirida entende como evento adverso a não contagem de compressas mas afirma que tal facto não deverá ser notificado; por outro lado, 7,1% considera que o não encaminhamento de uma peça para estudo anatómico não é um evento adverso mas que é uma situação que deve ser notificada, e um pequeno número de pessoas julgou que todos os que pertencem à equipa multidisciplinar seriam responsáveis pelos atos de segurança em bloco operatório.

Concretamente na utilização de bisturi elétrico, Parra, Giannastasio e Diniz (2012) afirmam que a maioria dos profissionais de enfermagem teve treino acerca da sua utilização aquando da admissão no bloco operatório, contudo não possuem formação permanente sobre o equipamento. O bisturi elétrico é utilizado em aproximadamente todos os procedimentos cirúrgicos, porém a equipa desconhece o sistema e o seu funcionamento adequado. A maior parte dos inquiridos reconhece o local correto da colocação da placa neutra, mas desconhece os cuidados necessários quando o utente é portador de *pacemaker*. Por fim, a maioria sabe que a presença de próteses metálicas não impede o seu uso, e todos concordam com a necessidade de um protocolo.

Para que se produza fogo é necessária a presença de três elementos (um combustível, uma fonte de calor e oxidantes); o uso de eletrocirurgia e a administração simultânea de oxigénio são fatores fundamentais para se produzir fogo e queimadura; a eletrocirurgia é a fonte geradora de energia, de grande intensidade, que mais frequentemente leva a incêndios no bloco operatório especialmente utilizando o sistema monopolar; ambientes enriquecidos em oxigénio favorecem a combustão e a produção de fogo; deve ser utilizada uma solução antisséptica em base aquosa e não em base alcoólica, para a desinfeção da pele, pois o álcool é uma solução altamente inflamável (González, Gajardo e Ramirez, 2013).

A equipa deve ter conhecimento acerca da composição dos materiais, da distância da fonte de oxigénio (e da administração racional do mesmo), do uso adequado dos antissépticos e das possíveis fontes de ignição, como é o caso do bisturi elétrico (Almeida, Curi e Brezinski, 2012).

De acordo com Fernández *et al.* (2005) para prevenir os incêndios é necessário ajustar a potência do bisturi elétrico dentro dos valores que não produzam faíscas; os panos cirúrgicos devem ficar o mais longe possível da fonte de calor e deve-se evitar acumulação de oxigénio a altas concentrações debaixo dos panos; só se deve proceder à administração de oxigénio em pacientes de risco (como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica etc.) e quando diminui a saturação. Em caso de se administrar,

deve ser no mínimo fluxo e por óculos nasais bem adaptados e sem cobrir a fonte de oxigênio.

Segundo Afonso *et al.* (2010) quanto maior a resistência à corrente elétrica, maior a quantidade de calor produzido. Assim, a resistência é um fator importante para entender a obrigatoriedade de se retirarem todos os materiais condutores (baixa resistência) como é o caso dos adornos metálicos, pois podem oferecer um caminho alternativo para a saída da corrente elétrica do corpo do paciente levando a queimaduras - existem três grandes causas para as queimaduras – trauma térmico não intencional ou por uso inapropriado do eletrodo ativo; trauma térmico indesejável no local da placa, quando não ocorre bom contacto com a placa e a pele a energia é dispersada por uma área menor o que faz aumentar o aquecimento no local e causar dano; a corrente elétrica assume um caminho indesejável através do corpo do paciente que não da placa como por exemplo os adornos metálicos que funcionam como vias alternativas à passagem de corrente aumentando o risco de lesões.

Moskowitz (2008) aponta ainda uma comunicação ineficaz entre os membros da equipa cirúrgica como fator precipitante da ocorrência de complicações, recomendando uma reunião da mesma antes de qualquer procedimento, bem como a educação dos profissionais face a incêndios e à sua extinção.

DISCUSSÃO

Os dois principais riscos associados à utilização de BE em ambiente operatório são a ocorrência de incêndio, que acarreta riscos tanto para o utente como para a equipa multiprofissional, e as queimaduras, que conduzem a lesões graves essencialmente no utente.

Assim, a eletrocirurgia levanta uma questão bioética – a sua prática é necessária, mas deve ser realizada com a maior segurança possível, que advém de um conhecimento teórico e prático prévio por parte da equipa presente na sala cirúrgica.

As práticas de enfermagem devem ser direcionadas no sentido de defender os interesses dos utentes, reconhecer os riscos inerentes ao proces-

so cirúrgico e alertar os restantes profissionais de possíveis incidentes que possam ocorrer.

É possível concluir que, com o objetivo de prevenir lesões indesejáveis e segundo Afonso *et al.* (2010), toda a equipa multidisciplinar deve zelar pela segurança do utente. No entanto, é imprescindível a cooperação do mesmo na obediência das medidas preventivas de incidentes que coloquem a sua vida em risco e a dos profissionais presentes. Também o conhecimento do funcionamento da EC e os seus princípios, bem como entender e conhecer as medidas preventivas minimiza o risco de lesões desnecessárias e evitáveis.

De acordo com Almeida, Curi e Brezinski (2012), os profissionais devem ter conhecimento acerca da composição dos materiais, da distância da fonte de oxigênio, do uso adequado dos antissépticos e das possíveis fontes de ignição (como é o bisturi elétrico).

A comunicação entre a equipa multidisciplinar é um fator crucial para reduzir o risco de incidentes, como referem González, Gajardo e Ramirez (2013), nomeadamente o início de um incêndio dentro da sala cirúrgica. Moskowitz (2008) recomenda uma reunião entre a equipa antes do procedimento cirúrgico com o objetivo de determinar os papéis que cada profissional irá desempenhar e os fatores essenciais relacionados com a história médica e cirúrgica do utente. Salienta ainda a necessidade da educação dos profissionais face a incêndios e o modo de atuação para a sua extinção.

CONCLUSÃO

O bloco operatório é um local onde o utente deposita toda a sua esperança de cura e onde é necessária tecnologia de ponta para prestar assistência eficaz. É essencial um estado de alerta permanente face às ações nele desenvolvidas, considerando que algumas intervenções podem colocar em risco a integridade do utente.

O conhecimento da equipa de enfermagem acerca da utilização de bisturi elétrico é um elemento fundamental para manter a segurança do utente submetido a cirurgia, quer a nível técnico, quer a nível teórico. Quanto maior o conhecimento sobre

os riscos associados, as formas de prevenção e a utilização adequada do mesmo, maior é a probabilidade de sucesso cirúrgico.

Os estudos demonstraram que a eletrocirurgia é uma tecnologia que acarreta riscos que podem provocar lesões ligeiras a graves, e que é necessário ser dada especial atenção ao seu funcionamento e ao ambiente e materiais que constituem uma sala operatória.

A equipa de enfermagem detém assim um papel essencial na prática em contexto cirúrgico – utilizar os seus conhecimentos em prol da segurança e bem-estar do utente. Contudo, revelou-se imprescindível a constante formação dos profissionais, a maior atenção dada a este tipo de tecnologia, a criação e implementação de protocolos nos vários blocos operatórios e o trabalho de todos no sentido de não rotinizar as suas práticas

BIBLIOGRAFIA

- AFONSO, Cristina *et al.* - Risco do uso do electrocautério em pacientes portadores de adornos metálicos. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva [Em linha] 23 (3) (2010) 183-186. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em: WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202010000300010&lang=pt>
- ALMEIDA, Carlos *et al.* - Incêndio no centro cirúrgico. Revista Brasileira de Anestesiologia [Em linha] 62:3 (2012) 432-438. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em: WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n3/v62n3a15.pdf>>
- AMADO, J. S. – A Técnica de Análise de Conteúdo. Revista Referência. 5ª ed., n.º 5. 2000. ISSN 0874-0283.
- ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN) – **Perioperative standards and recommended practices – for inpatient and ambulatory settings**. Denver, CO, 2014. 680 p. ISBN: 978-1-888460-83-4
- BOHOMOL, Elena; TARTALI, Juliana – Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. 26(4) (2013) 376-381. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a12.pdf>>
- BRITO, Mª de Fátima; GALVÃO, Cristina - Os Cuidados de Enfermagem no uso da Eletrocirurgia. Revista Gaúcha Enfermagem. [Em linha]. Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):319-27. [Consult. 23 Abr. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5733/6691>>. ISSN 0102-6933
- BRITO, Maria – Dissertação de Mestrado; Eletrocirurgia: Evidências para o Cuidado de Enfermagem. [Em linha]. Universidade de São Paulo; Escola Superior de enfermagem de Ribeirão Preto, 2007. [Consult. 26 Abr. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15102007-145726/pt-br.php>>
- FERNÁNDEZ, Toledano *et al.* - Quemadura labial por combustión durante la realización de una blefaroplastia. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología [Em linha] Vol. 80 – nº5 Mayo (2005) ISSN 0365-6691. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em: WWW: <URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912005000500007&lang=pt>
- GONZÁLEZ, Alejandro; GAJARDO, Ximena; RAMÍREZ, Carolina – Fuego quirúrgico: un incidente prevenible. Revista Chilena de Cirugía [Em linha]. Vol. 65 – nº3 Junho (2013) 260-263. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v65n3/art11.pdf>>
- GRINENWALD, Marc – **Enfermagem de Bloco Operatório e Eletrocirurgia – Conhecimento do bisturi eléctrico e gestão dos riscos**. Loures: Lusociência, 2001. 113 p. ISBN: 927-8383-27-4
- MENDES, Karina; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina – Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem [Em linha]. 17(4) (2008) 758-764. [Consult. 6 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>
- MOSKOWITZ, Michael - Fire in the operating room during open heart surgery: a case report. AANA Journal [Em linha] Vol. 77 - nº4 August (2009) 261-264. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <URL: https://www.aanadc.com/newsandjournal/Documents/fire_or_0809_p261-264.pdf>
- PARRA, César; GIANNASTTASIO, Márcia; DINIZ, Zeni – O conhecimento dos circulantes de sala sobre a utilização do bisturi eléctrico. Revista SOBECC [Em linha]. 17(4) Outubro/Dezembro (2012) 24-32. [Consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2012/pdf/1.pdf>>
- PHIPPS, Wilma J. *et al.* - **Enfermagem Médico-Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença – Volume II**. 8ª edição. Loures: Lusociência, 2010. ISBN: 978-989-8075-22-2
- SANTOS, Cristina; PIMENTA, Cibele; NOBRE, Moacyr – A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. 15(3) Maio-Junho (2007). [Consult. 6 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300023&script=sci_arttext&tlng=pt>
- TRINDADE, Manoel; GRAZZIOTIN, Rodrigo; GRAZZIOTI Rossano - Eletrocirurgia: sistemas mono e bipolar em cirurgia videolaparoscópica. Acta Cirúrgica Brasileira. [Em linha]. Vol. 13 n.3 São Paulo July/Aug./Sep. 1998. [Consult. 26 Abr. 2014]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86501998000300010>. ISSN 1678-267.

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM E SEGURANÇA DOS DOENTES

Amélia Filomena Oliveira Mendes Castilho⁽¹⁾; Pedro Miguel Dinis Parreira⁽²⁾; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins⁽³⁾



Resumo

A segurança do doente constitui-se como uma área incontornável da qualidade em saúde, desafiando as organizações a melhorar a capacidade de gerir o risco associado à prestação de cuidados. Com este desígnio, é fundamental o apoio de uma liderança que assuma a segurança como prioridade.

O presente estudo, de natureza descritivo-correlacional tem como objectivos descrever os eventos adversos associados à prática de enfermagem, descrever as dimensões de liderança percebidas pelos enfermeiros e analisar os papéis de liderança preditores das práticas dos enfermeiros e dos eventos adversos que lhe estão associados. A amostra é constituída por 798 enfermeiros que trabalham em unidades de internamento hospitalar.

É utilizada a escala “eventos adversos associados à prática de enfermagem”, (Castilho & Parreira, 2012) e escala de liderança de Quinn (1988), adaptada por Parreira, Felício, Lopes & Nave (2006) à área da saúde.

Os resultados permitem salientar que a liderança tem poder explicativo nas práticas profissionais seguras e nos eventos adversos.

Palavras-chave: Segurança do doente, prática de enfermagem, eventos adversos, liderança

Abstract

NURSING LEADERSHIP AND PATIENT SAFETY.

Patient safety is considered an essential area of health quality, stimulating organizations to improve their capacity to manage the risk associated with the provision of care. In this purpose, the leadership compromised with patient safety is a priority.

This is a descriptive-correlational study. It aims to describe the adverse events associated with nursing practice, describe the dimensions of leadership perceived by nurses and analyze the extent to which leadership is presented as predictor of nursing practice and adverse events. The sample consisted of 798 nurses working in inpatient units.

The scale “adverse events associated with nursing practice” (Castilho & Heck, 2012) and scale “Leadership” of Quinn (1988), adapted by Parreira, Felício, Lopes & Nave (2006) to health, is used.

The results highlight that leadership has explanatory power in safety professional practices and adverse events.

Keywords: Patient safety, adverse events, nursing practice, leadership

Resumen

LIDERAZGO DE ENFERMERÍA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La seguridad del paciente se constituye como un área esencial de la calidad de la salud, desafiando a las organizaciones a mejorar la capacidad de gestionar el riesgo asociado a la prestación de atención. Con este diseño, es esencial un liderazgo que leva la seguridad como una prioridad.

Fue desarrollado un estudio descriptivo correlacional, con los objetivos de describir los eventos adversos asociados con la práctica de enfermería, describir las dimensiones del liderazgo percibidos por los enfermeros y analizar el grado en que el liderazgo se presenta como predictor de la práctica de enfermería y los eventos adversos. La muestra constó de 798 enfermeras que trabajan en las unidades de hospitalización. Se utiliza el escala “eventos adversos asociados con la práctica de enfermería” (Castilho y Parreira, 2012) y el escala “liderazgo” desarrollada por Quinn (1988) e adaptado por Parreira, Felício, Lopes y Nave (2006) para la salud.

Los resultados permiten destacar que el liderazgo tiene poder explicativo en las prácticas seguras de trabajo y en los eventos adversos.

Palabras clave: seguridad del paciente, la práctica de enfermería, los eventos adversos, el liderazgo

Rececionado em agosto 2014. Aceite em setembro 2014

⁽¹⁾ Professora Adjunta, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. E-mail: aflomena@esenfc.pt

⁽²⁾ Pedro Miguel Dinis Parreira. Professor Adjunto, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Doutor em Gestão. E-mail: parreira@esenfc.pt

⁽³⁾ Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins. Professora Coordenadora, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Doutoramento em Ciências de Enfermagem. E-mail: mmartins@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

Assistimos nos últimos anos a um movimento, auspiciado pela OMS, que colocou a segurança do doente como uma prioridade, nas instituições de saúde, nas políticas de saúde e nas várias instâncias nacionais e internacionais que regulam este setor.

Vários estudos salientam a importância da liderança em enfermagem no desenvolvimento das equipas e dos contextos da prática de cuidados, alertando para a influência da liderança nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Melo, 2011).

É desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo correlacional que procura responder à seguinte questão norteadora da investigação: **Em que medida a liderança se apresenta como variável preditora da prática dos enfermeiros e dos eventos adversos que lhe estão associados?** A Amostra em estudo é constituída por 798 enfermeiros que exercem a sua actividade em serviços de internamento de quatro hospitais da região centro de Portugal.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A segurança do doente, particularmente a ocorrência de eventos adversos (EAs) durante a prestação de cuidados de saúde, assume uma preocupação crescente das organizações de saúde e de todos os *stakeholders* deste sector. As organizações são permanentemente desafiadas a melhorar a sua capacidade de gerir o risco associado à prestação de cuidados e a garantir que são tão seguras quanto possível, quer para doentes quer para profissionais (Donaldson, 2000).

O evento adverso, embora com *nuances* diferentes, tem sido definido pelos vários autores como um efeito não desejado, resultante dos cuidados de saúde, seja por falha ou omissão na prestação dos mesmos (Donaldson, 2000; Fragata & Martins 2005). Nem sempre o evento adverso é consequência do erro, no entanto, vários autores referem que cerca de 50% dos EAs resultam de erros evitáveis (Council of the European Union, 2009;

Kohn et al., 2000; Page (Ed.), 2004). Consideram-se EAs não evitáveis os que, em circunstância do estado atual do conhecimento, não se conseguem antecipadamente prever e prevenir (Ministério da Saúde, 2011).

O erro pressupõe a existência de uma falha ou violação não intencional, no cumprimento de um plano, regra ou norma. A falha pode ocorrer durante a execução de uma ação planeada (erro de execução ou de comissão) ou pode resultar do uso de um plano errado para atingir um objetivo - erro de planeamento. Os erros de omissão referem-se a situações em que não são prestados cuidados que seriam indicados para a situação (Fragata & Martins, 2005; Fragata, 2010; WHO, 2004). Reconhece-se que o erro está intrinsecamente ligado à natureza e *performance* humana, sendo de admitir que mesmo nas melhores organizações, com os melhores profissionais seja impossível eliminar totalmente a sua ocorrência. Estes erros não intencionais ocorrem por lapsos e falhas ou enganos. Vários autores têm-se pronunciado sobre os mecanismos de ocorrência do erro, sendo relativamente consensual que na sua génese parecem contribuir fatores relacionados com a destreza, com as regras e com o conhecimento (Fragata & Martins, 2005; Fragata et al., 2006; Kohn et al., 2000; Reason, 2000; Reason, Hollnagel & Paries, 2006). Os erros com origem na destreza (*skill-based error*) dizem respeito a situações em que o profissional sabe o que fazer, mas por desatenção ou esquecimento, não implementa corretamente uma ação bem planeada. Os *rule-based error* referem-se a erros resultantes da não aplicação ou aplicação incorreta de técnicas, regras ou conhecimentos previamente adquiridos, resultantes, por exemplo, de uma incorreta avaliação da situação ou de uma decisão menos ponderada. Os erros associados a falhas de conhecimento (*knowledge-based*) ocorrem em situações novas, em que a solução para o problema tem que ser encontrada sem recurso a soluções prévias (Fragata & Martins, 2005; Fragata et al. 2006; MS, 2011).

Os fatores humanos são indissociáveis da possibilidade de errar, nomeadamente quando se atua em ambientes complexos e imprevisíveis, como é o caso do contexto hospitalar. Reconhece-se que os

avanços científicos e tecnológicos desenvolveram a capacidade clínica de tratar situações mais graves mas, simultaneamente, aumentaram a complexidade dos cuidados, potenciando o risco de ocorrerem falhas nas práticas profissionais, capazes de comprometer a segurança dos doentes. No entanto, não podemos ignorar que a ética deontológica de qualquer profissional de saúde se alicerça no princípio da não-maleficência, que enuncia a obrigação de não infligir dano intencional “*Primum non nocere*”.

Embora se assuma a segurança do doente como uma responsabilidade multiprofissional, é indiscutível a relevância da profissão de enfermagem no desenvolvimento de cuidados de saúde seguros, existindo já um consenso internacional no reconhecimento de que alguns indicadores de segurança dos doentes são sensíveis aos cuidados de enfermagem, (Agency for Healthcare Research and Quality Indicators, 2002; Millar & Mattke, 2004; Savitz, Jones & Bernard, 2005; Montalvo, 2007; National Database of Nursing Quality Indicators, 2010; Benner et al., 2010).

Como refere Sousa (2006), a promoção da segurança do doente envolve um amplo leque de estratégias de melhoria do desempenho, da segurança ambiental e da gestão de risco. Nos contextos complexos e em permanente transformação como o da prestação de cuidados de saúde, reconhece-se como essencial o exercício de uma liderança comprometida com este desígnio (Eiras, 2010; Fragata, 2010).

O interesse pelo estudo da liderança tem sido crescente na literatura científica, evidenciando o impacto da liderança no bem-estar dos colaboradores, bem como no funcionamento e efetividade das organizações (Frederico & Castilho, 2006). Vários estudos salientam a importância da liderança, enquanto motor do desenvolvimento das equipas, nomeadamente na integração, na formação, no incentivo e apoio à mudança, bem como na capacitação das equipas para a implementação de estratégias de melhoria (Hiscock e Shuldham, 2008; Parreira, 2006; Melo, 2011).

No exercício da liderança, reconhece-se que os enfermeiros desenvolvem vários papéis, tal como preconizado no modelo de Quinn e Roughbaug (1983). Este modelo é composto por oito papéis:

mentor, facilitador, *broker*, inovador, monitor, coordenador, diretor e produtor. Os oito papéis de liderança inscrevem-se nas duas dimensões chave da liderança (flexibilidade/estabilidade e orientação externa/interna), a partir dos quais se configuram os quatro modelos de liderança propostos por Quinn, Thompson, Faerman e McGrath (2003). O modelo de objetivos racionais (Produtor e Diretor) mais focado na produtividade; o modelo dos processos internos (Monitor e Coordenador) mais focado na estabilidade e continuidade; o modelo das relações humanas (Facilitador e Mentor), onde é dado ênfase ao compromisso, coesão e moral do grupo; e o modelo dos sistemas abertos (*Broker e Inovador*) onde os aspetos fundamentais são a adaptação, a resolução criativa de problemas a inovação e a gestão da mudança (Melo, 2011; Parreira, 2006; Quinn et al., 2003).

A liderança em enfermagem, enquanto liderança intermédia é determinante para passar as mensagens do topo para a base, assegurando a implementação da missão, dos valores e princípios definidos, que permita cumprir a visão da organização. No entanto, exercício da liderança não se esgota no desenvolvimento das equipas, uma vez que os líderes são interlocutores fundamentais para o desenvolvimento de ambientes mais favoráveis à prática de cuidados. De acordo com Aiken, Sloane e Cheney (2008), os líderes podem melhorar os resultados nos doentes, apostando na melhoria das dotações das equipas, promovendo equipas com mais formação e melhorando o ambiente de cuidados.

A importância da liderança na condução de processos de mudança, promotores da segurança do doente também está vertida no parecer da Ordem dos Enfermeiros que define como eixo prioritário de investigação estudos que abordem estratégias inovadoras de gestão/liderança e organização do trabalho favorecedoras de contextos de trabalho que promovam a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

No presente estudo procuramos resposta para a seguinte questão, norteadora da investigação: **Em que medida a liderança se apresenta como variável preditora da prática dos enfermeiros e dos eventos adversos que lhe estão associados ?**

MATERIAL E MÉTODOS

A investigação, de natureza descritivo-correlacional, tem como objectivos descrever os eventos adversos associados à prática de enfermagem, numa perspectiva de práticas profissionais de segurança e eventos adversos; descrever as dimensões de liderança percebidas pelos enfermeiros e analisar os papéis de liderança preditores das práticas dos enfermeiros e dos eventos adversos que lhe estão associados. O estudo foi realizado em serviços de internamento de quatro hospitais da Zona Centro.

Participaram no estudo 798 enfermeiros. Trata-se de uma amostra maioritariamente feminina (73.1 %). São na sua maioria enfermeiros e enfermeiros graduados, 41 % e 39 %, respetivamente. Possuem em média de 36 anos de idade (SD = 9,02) e 13,29 anos (SD = 8,72) de tempo de serviço.

Na avaliação dos eventos adversos utilizámos a escala denominada “Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem” (EAAPE), construída e alvo de estudo psicométrico (Castilho & Parreira, 2012). Esta escala tipo likert, de cinco pontos (1 a 5), integra duas subescalas (processo e resultado) e abrange seis tipos de eventos adversos, em áreas de cuidados críticas para a segurança dos doentes. A versão inicialmente proposta foi alvo de alguns ajustes no presente estudo. Na versão actual, a subescala de práticas de enfermagem é composta por 40 itens agrupados em 10 dimensões de práticas. A subescala de eventos adversos, constituída por 14 itens, avalia o resultado relativo ao risco/ocorrência de eventos adversos, agrupados em 6 dimensões. A EAAPE inclui ainda dois itens que avaliam a percepção geral sobre o compromisso na segurança do doente e a evitabilidade dos eventos adversos.

Na avaliação da liderança utilizamos uma versão adaptada do questionário de Quinn (1988) efetuada por Parreira, Felício, Lopes & Nave (2006) à área da saúde. Esta escala, de tipo Likert possui sete opções de resposta que variam entre um mínimo de “quase nunca” e o máximo de “quase sempre”. É composta por 32 itens que avaliam as competências de liderança, distribuídas por 8 papéis: mentor, facilitador, *broker*, inovador, monitor, co-

ordenador, diretor e produtor. Esta escala foi usada em vários estudos nacionais, nomeadamente por Parreira (2006) e Melo (2011), tendo evidenciado boas características psicométricas.

Foram respeitadas as recomendações éticas relativas à investigação (Fortin, 1999). Foi solicitado autorização aos autores das versões das escalas usadas, aos conselhos de administração dos hospitais envolvidos, bem como o consentimento informado a todos os respondentes. Este estudo faz parte de um projecto de investigação mais amplo, aprovado pela comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Os dados recolhidos foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 19.0 para *Windows*.

RESULTADOS

Iniciamos a apresentação com uma breve descrição dos resultados que nos permitem caracterizar as dimensões de cada escala usada no presente estudo.

Liderança

A escala de liderança é composta por 32 itens, pontuáveis de 1 a 7. Os valores médios mais elevados significam melhor percepção do exercício da liderança pelo seu superior hierárquico. Nesta análise, partimos do modelo teórico proposto pelo autor e da versão resultante do estudo de adaptação ao contexto da saúde para a população portuguesa, realizado por Parreira et al. (2006), composta por oito dimensões.

A análise das medidas de tendência central e dispersão nas oito dimensões teóricas, conforme Tabela 1, permitem salientar o bom poder discriminativo de cada dimensão. A percepção de liderança é globalmente positiva, observando-se, em todas as dimensões, valores médios superiores ao ponto médio da escala. Contudo, podemos constatar que os profissionais têm uma percepção média mais elevada nos papéis de **Diretor** (M = 5.07), **Produtor** (M = 5.05), **Coordenador** (M = 5.05) e **Mentor**

(M = 5.01). A percepção do papel de liderança é mais baixa no papel de **Inovador** e **Broker** (M = 4.73 e M = 4.80, respetivamente).

Tabela 1 – Dimensões de liderança: mínimo, máximo, média e desvio padrão (N = 798)

Dimensões	N	Min	Max	M	DP
Broker	766	1,25	7,00	4,80	1,03
Inovador	777	1,00	7,00	4,73	1,11
Produtor	769	1,50	7,00	5,05	1,02
Director	775	1,25	7,00	5,07	1,04
Coordenador	769	1,25	7,00	5,05	,99
Monitor	774	1,00	7,00	4,87	,99
Mentor	775	1,00	7,00	5,01	1,18
Facilitador	776	1,00	7,00	4,88	1,13

Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem (EAAPE)

Apresentamos separadamente os resultados das duas subescalas que constituem a EAAPE, nomeadamente a subescala de práticas de enfermagem e a subescala de EAs.

A subescala de práticas apresenta um coeficiente de *Alpha de Cronbach global* de 0.91, e superior a 0,60 na globalidade das dimensões, evidenciando boa consistência interna. Como observamos na tabela 2, é constituída por 10 Dimensões.

A análise do valor médio de cada dimensão permite salientar como práticas preventivas mais adequadas as práticas de higienização das mãos e de prevenção de úlceras de pressão (M=4.47 e M=4.31, respetivamente). O valor médio das práticas de prevenção de quedas e de advocacia dos doentes indiciam um menor cumprimento destas práticas preventivas (M=3,96 e M=3.80, respetivamente).

Se nos focarmos nos valores médios das dimensões que avaliam as falhas na preparação, administração e vigilância de medicação, verificamos que as falhas na preparação da medicação (M = 2.44) e na vigilância da medicação (M = 2.16) são as mais frequentes.

Tabela 2 – Dimensões da subescala de práticas, Mínimo, Máximo, Média, desvio padrão e coeficiente de Alpha de Cronbach (n=798)

Dimensões	Min	Máx	M	DP	Alpha
Vigilância e julgamento clínico	1,50	5,00	4,14	,56	0.86
Advocacia dos doentes	1,00	5,00	3,80	,61	0.56
Práticas de privacidade/confidencialidade	1,00	5,00	4,25	,59	0.78
Prevenção de quedas	1,00	5,00	3,96	,90	0,80
Prevenção úlceras de pressão	1,67	5,00	4,31	,49	0.76
Falhas na preparação de medicação	1,00	4,33	2,44	,65	0.81
Falhas na administração de medicação	1,00	4,00	1,84	,49	0.86
Falhas na vigilância de medicação	1,00	5,00	2,16	,63	0.79
Higienização das mãos	1,00	5,00	4,47	,54	0,74
Higiene ambiental e cuidados com EPIs	1,50	5,00	4,18	,53	0,75

* 1-Nunca; 2-Raramente; 3- Algumas vezes, 4-Frequentemente 5-Sempre

Na tabela 3 observamos que subescala que avalia o risco e ocorrência de EAs apresenta um coeficiente *Alpha de Cronbach* global de 0.81 e valores superiores a 0,61 em todas as dimensões. Todas as dimensões obtêm valores mínimos e máximos, indiciando poder discriminativo.

Identificam-se como eventos mais frequentes o *risco de quedas e úlceras de pressão* (M= 3,13), as *IACSs* (M= 2.99) e o *risco de agravamento / complicações do doente por défice de vigilância e julgamento clínico* (M=2,37), indiciando áreas particularmente críticas da segurança dos doentes. Os melhores resultados são observados na dimensão *Risco agravamento /complicações do doente por delegação inapropriada e défice de advocacia* (M= 1,94).

Tabela 2 - Subescala EAs, Mínimo, Máximo, Média, desvio padrão e coeficiente de Alpha de Cronbach (n=798)

Fator	Min	Máx	M	DP	Alpha
1 - IACS	1	5	2,99	,73	,77
2 - Erros de medicação	1	5	2,09	,54	,70
3 - Risco de agravamento / complicações do doente por défice de vigilância e julgamento clínico	1	5	2,37	,65	,69
4 - Risco agravamento / complicações do doente por delegação inapropriada e défice de advocacia	1	5	1,94	,66	,66
5 - Risco de quedas e úlceras de pressão	1	5	3,13	,74	,61
6 - Ocorrência de úlceras	1	5	2,34	,59	
7 - Ocorrência de quedas	1	5	2,29	,62	

* 1-Nunca; 2-Raramente; 3- Algumas vezes, 4-Frequentemente 5-Sempre

Modelos de regressão dos papéis de liderança nos EAAPs

Com o intuito de analisar em que medida os EAAPs podem ser explicados pelos papéis de liderança, recorremos à técnica de regressão linear múltipla. Esta técnica permite-nos identificar as variáveis (independentes ou predictoras) que podem ser usadas como estimadores dos valores de uma outra variável (dependente ou critério). Neste estudo, optámos pelo método *Stepwise*.

Apresentamos no Quadro1 uma síntese dos modelos de regressão dos papéis de liderança com a subescala de práticas de enfermagem (global e cada uma das dimensões). Verificamos que, o papel de **Produtor** tem um efeito predictor positivo nas *Práticas de enfermagem*, contribuindo no entanto para explicar 8% da variância. Os modelos de regressão da liderança com cada uma das dimensões de práticas de enfermagem, permite salientar que este papel é predictor em quase todos os modelos gerados. Os papéis de **Mentor** e **Director**, embora não tenham significado no modelo predictor global, contribuem para explicar algumas dimensões. O papel de **Mentor** prediz as práticas de *privacidade e confidencialidade*, contribuindo em 4% para a sua explicação. O papel de **Director** é predictor da *Vigilância e julgamento clínico*.

Quadro 1 - Regressão múltipla dos papéis de liderança nas práticas de enfermagem: R, R2, estatística Z e significância

Papéis de liderança	Práticas de enfermagem	Modelo predictor
Produtor	Subescala práticas	R = 29 R2 ajustado = ,08 Z = 66,91 p = ,000
Produtor Director	Vigilância e julgamento clínico	R = ,21 R2 ajustado = ,04 Z = 26,55 p = ,000
Mentor	Privacidade / confidencialidade	R = ,20 R2 ajustado = ,04 Z = 31,14 p = ,000
Produtor	Prevenção de quedas	R = ,23 R2 ajustado = ,05 Z = 31,14 p = ,000
Produtor	Prevenção de úlceras de pressão	R = ,18 R2 = ,03 Z = 22,58 p = ,000
Produtor	Falhas na preparação da medicação	R = ,18 R2 ajustado = ,03 Z = 23,96 p = ,000
Produtor	Falhas na administração da medicação	R = ,21 R2 ajustado = ,04 Z = 34,16 p = ,000
Produtor	Falhas na vigilância da medicação	R = ,15 R2 ajustado = ,02 Z = 16,75 p = ,000
Produtor	Higienização das mãos	R = ,20 R2 ajustado = ,04 Z = 31,20 p = ,000
Produtor	Higiene ambiental e cuidados com EPIs	R = ,26 R2 ajustado = ,06 Z = 50,41 p = ,000

A análise dos modelos de regressão dos papéis de liderança com os eventos adversos permite salientar que o papel de **Produtor** explica 3.5% dos EAs, numa relação inversa. Este papel também contribui para a explicação das dimensões *Agravamento do estado do doente por défice de advocacia e delegação imprópria* e *Ocorrência de úlceras de pressão*. Os modelos de regressão de cada tipo de evento adverso, permite salientar o contributo de outros papéis de liderança, nomeadamente o papel de **Facilitador**, de **Coordenador** e de **Director**.

Tabela 7.50 - Regressão múltipla dos papéis de liderança nos EAs: R, R2, estatística F e significância

Papéis de liderança preditores	Evento Adverso	Modelo preditor
Facilitador	IACS	R = ,15 R2 ajustado =,02 Z = 16,01 p =,000
Coordenador	Erros de medicação	R =,24 R2 ajustado =,06 Z = 42,50 p = ,000
Produtor	Agravamento do estado do doente por défice de advocacia e delegação imprópria	R =,13 R2 ajustado =,02 Z = 12,14 p = ,000
Diretor	Agravamento do estado do doente por défice vigilância e julgamento clínico	R = ,13 R2 ajustado =,02 Z =12,56 p = ,000
Coordenador	Risco de quedas e úlceras de pressão	R = ,10 R2 ajustado =,01 Z = 7,48 p = ,000
Produtor	Ocorrência de úlceras de Pressão	R = ,17 R2 ajustado =,03 Z = 22,23 p = ,000
Produtor	Todos os EAS estudados	R = ,19 R2 ajustado =,04 Z = 27,20 p = ,000

DISCUSSÃO

No presente estudo, avaliámos a perceção dos enfermeiros sobre a frequência de determinadas práticas que, de acordo com a bibliografia consultada, são referenciais para o exercício profissional ou são fatores de risco dos EAs estudados. Num contexto ideal de excelência de cuidados, os profissionais perceberiam que o risco e a ocorrência de EAs apresentam uma frequência de *nunca* ou *raramente* (valores entre 1 e 2), que as práticas preventivas ocorrem *sempre* (M = 5) e que as falhas *nunca* acontecem (M = 1). O facto de os resultados indicarem risco e ocorrência de EAs e de algumas práticas preventivas serem percebidas com frequência inferior ao desejável, reporta-nos para a recomendação da OMS de que

a melhoria da adesão dos profissionais e utentes à implementação das normas, requer estratégias de sensibilização, formação e facilitação de mudança de comportamentos (WHO, 2009).

Partimos para a discussão desta área temática, tendo presente que cerca de metade dos enfermeiros (47%) reconhecem que, pelo menos *algumas vezes*, as suas práticas estão associadas a EAs que comprometem a segurança dos doentes, e uma larga maioria (84.2%) considera que pelo menos *algumas vezes* estes eventos podiam ter sido evitados. Estes dados, indiciam uma consciência profissional do risco associado à profissão, mas também o sentimento de que é possível reduzi-lo, tal como defendido por Mansoa (2010).

A análise da perceção de *liderança*, permitiu verificar que os profissionais têm uma imagem positiva do exercício da liderança e identificam no seu líder os oito papéis de preconizados por Parreira et al. (2006). Estes resultados, indiciam um exercício abrangente e adaptativo o que, de acordo com os mesmos autores, é característico de uma liderança eficaz em contextos complexos, como os das organizações de saúde. Salienta-se ainda uma imagem da liderança equilibrada, sugerida pelo score médio nos oito papéis de liderança. Salienta-se, no entanto, valores médios mais elevados nos papéis do modelo de objetivos racionais (**Produtor e Diretor**) mais focado na produtividade e no modelo dos processos internos (**Monitor e Coordenador**) mais focado na estabilidade e continuidade. Os valores médios mais baixos observados nos papéis de **Inovador e Broker** (M = 4.77 e M = 4.79, respetivamente), sugerem líderes com menor capacidade para serem criativos, visionários, abertos à mudança e promotores da inovação. Do mesmo modo, os resultados obtidos nos papéis de **Facilitador e Mentor**, sugerem a necessidade de maior compromisso da liderança com o modelo das relações humanas. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Parreira (2006) e Melo (2011), sugerindo que os líderes, embora desempenhem todos os papéis, dão maior ênfase ao controlo e estão mais orientados para os resultados.

As análises efectuadas permitem salientar que a liderança tem poder explicativo quer das práticas de enfermagem quer dos EAs e que o papel de

produtor se assume como preditor das práticas de enfermagem e dos EAs, indiciando que um papel de **produtor** elevado contribui para melhorar as práticas de enfermagem e reduzir os EAs.

CONCLUSÃO

É destacada a importância da **liderança** na promoção da segurança quer através das práticas profissionais quer através dos EAs. Embora os líderes em enfermagem desempenhem todos os papéis de liderança, continuam a dar maior ênfase ao controlo e a ter uma orientação mais centrada nos resultados. A análise dos modelos de regressão dos papéis de liderança evidenciou a importância do papel de **Produtor** que explica 8% das práticas de enfermagem e 3.6% dos EAs. Estes resultados são reforçados na análise descritiva, onde verificámos que os enfermeiros identificam um maior domínio dos papéis de liderança focados na produtividade. Reconhece-se que a liderança focada nos resultados contribui para a segurança dos doentes e segue a estratégia de governação clínica e empresarial, que tem sido preconizada nos vários documentos orientadores da qualidade em saúde, assente numa definição clara de objectivos de responsabilização e prestação de contas (MS, 2004; MS, 2012). No entanto, salientamos a necessidade de maior desenvolvimento nas competências de liderança do modelo de relações humanas e dos sistemas abertos, que tornem os líderes de enfermagem mais capazes de gerar entusiasmo e compromisso nos contextos complexos, imprevisíveis e em constante mudança que se vivem nas organizações de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (SD). Root Cause Analysis. AHRQ patient safety Network: Patient Safety Primers. <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=10>
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D. M. & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes *Nursing Administration*, 38(5), 223–229. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- Benner, P.E., Malloch, K. & Sheets, V. (ed) (2010). *Nursing Pathways for patient safety*. Mosby, Elsevier. ISBN:978-0-326-06517-7
- Castilho, A. F. M., & Parreira, P.M.D. (2012). Construção e Avaliação das Propriedades psicométricas de uma escala de Eventos adversos associados às práticas de Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26, 59-74.
- Council of the European Union (2009). *Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. 2947th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council meeting. Luxembourg
- Donaldson L. (Chairman) (2000). *An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS*. The Stationery Office. London. ISBN 011 322441 9
- Eiras, M. (2010). Avaliação da cultura de segurança do Doente no Hospital. Comunicação apresentada no 35º colóquio da qualidade. Ponta delgada 11-12 Novembro. Disponível em http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2010/12/1_Avaliacao-da-Cultura-de-Seguranca-do-Hospital_Margarida-Eiras.pdf
- Parreira, P. M., Felício, M. J., Lopes, A., Nave, (2006). Papéis de liderança: Um instrumento avaliativo. *Revista de investigação em enfermagem*, 13, 3-14.
- Fragata, J. & Martins, L. (2005). O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra: Livraria Almedina,. ISBN 972-40-2347-8.
- Fragata, J. (2010). Segurança dos doentes- indicador de Qualidade em saúde *Revista Portuguesa Clinica Geral*. 26, 564-570
- Fragata, J., Barros, P.P., Santos, S., Ferreira, S., Bilbao, M., Fragata, I., França, M. (2006). Risco Clínico - *Complexidade e Performance*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 9789724028354
- Hiscock, M. & Shuldham, C. (2008). Patient centred leadership in practice. *Journal of Nursing Management*, 16 (8), 900-4. Kohn et al., 2000;
- Mansoa, A. (2010). *Erro dos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos*. Dissertação do II Mestrado em saúde e Desenvolvimento. Instituto de Medicina Tropical
- Melo, R.C.C.P. (2011). *Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências Relacionais de ajuda: O contributo dos dirigentes*. Tese de Doutoramento em enfermagem: Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem. Instituto de Ciências da saúde. Universidade Católica Portuguesa
- Millar, J. & Mattke, S. (2004). *Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD*. OECD health technical papers, 18. <http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf>.
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®) *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02
- Ministério da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final (Ed. Portuguesa). Divisão de Segurança do doente, Departamento da qualidade em Saúde. doi:10.1111/1547-5069.2012.01469x

Ministério da Saúde (2012). Estratégia Nacional para a Qualidade em saúde. Departamento da qualidade em saúde.

National Database of Nursing Quality Indicators (2010). Guidelines for Data Collection on the American Nurses Association's National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls, Falls with Injury. NDNQI Staff. KU School of Nursing. [Http://www.odh.ohio.gov/~media/ODH/ASSETS/Files/dspc/health%20care%20service/nursestaffing7-13-10materials.ashx](http://www.odh.ohio.gov/~media/ODH/ASSETS/Files/dspc/health%20care%20service/nursestaffing7-13-10materials.ashx)

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Copyright do ICN International Council of Nurses. ISBN: 9295040449

Page, A., (ed.) (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Institute of Medicine. The national academies press. ISBN-10:0-309-18736-2

Parreira, P. M. (2006). Eficácia organizacional em contexto hospitalar: o impacto da complexidade na liderança. Dissertação de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Quinn, R. E., Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377.

Quinn, R. E., Thompson, M. P., Faerman, S. R., & McGrath, M. (2003). *Competências gerenciais: princípios e aplicações* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Quinn et al., 2003

Reason, J. (2000). Human Error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Reason, J., Hollnagel, E., & Paries, J. (2006). Revisiting the "swiss cheese" model of accidents. EEC Note 13/6. Euro-control experimental centre-Safety, analysis and scientific. Retirado de <http://i3pod.com/wp-content/uploads/2011/04/Revisiting-the-Swiss-Cheese-Modek-EEC-note-2006-13.pdf>

Savitz, L.A., Jones, C.B., & Bernard, S. (2005). Quality Indicators Sensitive to Nurse Staffing in Acute Care Settings. Agency for Healthcare Research and Quality in: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20600/>

Sousa, P. (2006). Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318. ISSN: 0870-399X

World Health Organization (2004). *World Alliance for patient safety: Forward Programme 2005*. WHO Library cataloguing-in- publication data. Geneve: Retirado de URL:http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf> ISBN 9241592443

World Health Organization (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. WHO Press, World Health Organization. Geneva, Switzerland. ISBN: 978 92 4 1597906. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

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

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

Devem estruturar-se da seguinte forma:

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

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

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

Desenvolvimento da temática

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

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

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

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

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

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

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

Discussão: 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: www.sinaisvitais.pt/rie.php

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

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

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

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

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

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

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

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Monografias;

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

Artigos de publicações periódicas;

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

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