



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº37 SÉRIE 2 - NOVEMBRO 2021

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

A INFLUÊNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA LIDERANÇA DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM

THE INFLUENCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON THE LEADERSHIP OF NURSING TEAMS

LA INFLUENCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL LIDERAZGO DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA

Luís Pratas; Catarina Freitas

9

CREW RESOURCE MANAGEMENT E TEAMSTEPS® EDUCAR PARA NÃO ERRAR

CREW RESOURCE MANAGEMENT AND TEAMSTEPS® - EDUCATE TO AVOID ERROR

CREW RESOURCE MANAGEMENT E TEAMSTEPS® - EDUCAR PARA NO COMETER ERRORES

Ângela Sáli dos Santos Júdice Pais; Sílvia Liliana Teixeira Mendes; Sónia Isabel Vieira Candeias Horta; Maria Fernanda Henriques Pereira de Melo; Helena Maria Guerreiro José; Maria José Baltazar dos Reis de Pinto Gouveia

21

EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS HOLÍSTICOS

ENTREPRENEURSHIP IN NURSING: A WAY TO PROVIDE HOLISTIC CARE

EMPRENDIMIENTO EN ENFERMERÍA: UNA FORMA DE BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL

Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro; Luís Miguel Mendes Canas; Paulo Alexandre Ferreira

33

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: A PRÁTICA SUSTENTADA NO REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

REHABILITATION NURSING: THE PRACTICE BASED ON THE THEORETICAL FRAMEWORK OF DOROTHEA OREM

ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN: LA PRÁCTICA SOSTENIDA EN EL MARCO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

Marlene Patrícia Ribeiro, Fábio Daniel Barros de Oliveira, Maria Fernanda da Rocha Rodrigues, Marco António dos Santos Alves, Carina Ferreira Silva, Virgínia Maria Pereira Prazeres, Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro, Maria Mercia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

47

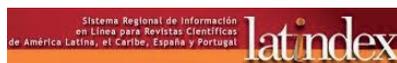
INFLUÊNCIA DA HUMOROTERAPIA NA PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA PESSOA COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

THE INFLUENCE OF HUMOR'S THERAPY IN THE PARTICIPATION IN ACTIVITIES OF THE SICK PERSON WITH PSYCHIATRIC DISORDERS

INFLUENCIA DE LA HUMOROTERAPIA EN LA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

Ricardo Filipe de Sousa Correia

57



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);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL

EDITORIAL

O Cidadão no Centro da Investigação

Ao longo de muitos anos os cidadãos têm sido convidados a participar em diversos projetos de investigação, nomeadamente na área das ciências da saúde. Essa participação tem sido dirigida à colheita de dados e informações que possam contribuir para o esclarecimento de questões/problemas em estudo.

Globalmente, o cidadão tem contribuído para a produção de conhecimento, em processos geridos por investigadores, mas não tem sido solicitado a sua envolvimento e participação ativa no próprio processo de investigação, nomeadamente desde a definição dos problemas a estudar até aos resultados/conclusões e respetivas formas de divulgação.

Recentemente, essa situação tem sido analisada e refletida pela comunidade científica, e existem alguns propósitos em modificar esse paradigma, no sentido de *“envolver o cidadão (doente, ou não) nas atividades científicas, em particular, incitar a sua participação nos debates relacionados com as atividades de investigação científica e desenvolvimento tecnológico (IC&DT), como uma estratégia para melhor se responder às questões e necessidades do mundo real”*.

Esta preocupação e necessidade tem existido também no âmbito da União Europeia (UE), sendo um dos seus principais compromissos atuais, fomentar a participação da sociedade civil nos processos decisórios relativos à ciência e tecnologia (C&T), constituindo também alguns dos desafios para o desenvolvimento da Saúde, Investigação Clínica e de Translação em Portugal até 2030.

Os argumentos que suportam esse envolvimento, a parceria e a presença do cidadão nas unidades de investigação são bastantes, salientando-se como um dos mais consistente a *“qualidade que é imprimida na investigação que é produzida”*; seguindo-se outros fortes argumentos, relacionados com este, como *“o aumento da probabilidade de sucesso da investigação/ produto criado”* e *“um sentido de responsabilidade e de democracia”*.

Estamos perante um novo paradigma também para a investigação desenvolvida na área da saúde e das ciências de enfermagem, ficando aqui este pequeno apontamento para despertar os colegas para uma nova visão para quem quer *“produzir atividades de IC&DT com um valor acrescido para a sociedade!”*

Arménio Cruz, Corpo Editorial, RIE

Referências bibliográficas

- Rede portuguesa ambientes saudáveis, inteligentes e amigáveis. Consultar em <https://www.esenfc.pt/event/event/home/index.php?target=home&event=572&defLang=1>
- Fundação para a Ciência e Tecnologia (2019). Agenda temática de I&I Saúde, Investigação Clínica e de Translação. FCT, Lisboa, Portugal.
- <https://www.cienciasedada.pt/>

O Cidadão no Centro da Investigação

Ao longo de muitos anos os cidadãos têm sido solicitados a participar em diversos projetos de investigação, nomeadamente na área das ciências da saúde. Essa participação tem sido dirigida à colheita de dados e informações que possam contribuir para o esclarecimento de questões/problemas em estudo.

Globalmente, o cidadão tem contribuído para a produção de conhecimento, em processos geridos por investigadores, mas não tem sido solicitado a sua envolvimento e participação ativa no próprio processo de investigação, nomeadamente desde a definição dos problemas a estudar até aos resultados/conclusões e respetivas formas de divulgação.

Recentemente, essa situação tem sido analisada e refletida pela comunidade científica, e existem alguns propósitos em modificar esse paradigma, no sentido de “envolver o cidadão (doente, ou não) nas atividades científicas, em particular, incitar a sua participação nos debates relacionados com as atividades de investigação científica e desenvolvimento tecnológico (IC&DT), como uma estratégia para melhor se responder às questões e necessidades do mundo real”.

Esta preocupação e necessidade tem existido também no âmbito da União Europeia (EU), sendo um dos seus principais compromissos atuais, fomentar a participação da sociedade civil nos processos decisórios relativos à ciência e tecnologia (C&T), constituindo também alguns dos desafios para o desenvolvimento da Saúde, Investigação Clínica e de Translação em Portugal até 2030.

Os argumentos que suportam esse envolvimento, a parceria e a presença do cidadão nas unidades de investigação são bastantes, salientando-se como um dos mais consistente a “qualidade que é imprimida na investigação que é produzida”; seguindo-se outros fortes argumentos, relacionados com este, como “o aumento da probabilidade de sucesso da investigação/ produto criado” e “um sentido de responsabilidade e de democracia”.

Estamos perante um novo paradigma também para a investigação desenvolvida na área da saúde e das ciências de enfermagem, ficando aqui este pequeno apontamento para despertar os colegas para uma nova visão para quem quer “produzir atividades de IC&DT com um valor acrescido para a sociedade!”

Arménio Cruz, Corpo Editorial, RIE

A INFLUÊNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA LIDERANÇA DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM

Lúis Pratas⁽¹⁾; Catarina Freitas⁽²⁾



Resumo

Introdução: A inteligência emocional poderá ser um indicador determinante na liderança de equipes de enfermagem.

Objetivo: Compreender a influência dos aspetos da inteligência emocional na eficácia da liderança.

Metodologia: Estudo exploratório, transversal com abordagem quantitativa, numa amostra de conveniência com a dimensão de 160 inquiridos. O questionário aplicado resultou de uma adaptação de diversas métricas presentes na literatura relacionados com a matriz da investigação. Constituído por três categorias distintas, a primeira de caracterização sócio profissional da amostra, a segunda diz respeito às relações interpessoais com a chefia direta e os sentimentos dos indivíduos, a terceira relaciona-se as emoções do dia-a-dia. Foi realizado um pré-teste de validação do questionário. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Saúde do CMRRC-RP e cumpridos os demais deveres éticos inerentes à pesquisa.

Resultados: Dos 160 enfermeiros inquiridos, a maioria são mulheres (71,3%), na situação profissional destacou-se o contrato por tempo indeterminado (70%) e no setor público. Numa escala de 1 a 5, nas relações interpessoais, a chefia direta tem uma avaliação positiva de 3,31; os sentimentos dos inquiridos apresentam uma média de 3,67 e no que diz respeito às emoções do dia a dia uma avaliação positiva de 3,46.

Conclusão: Inteligência emocional e liderança são a face da mesma moeda, enfermeiros com grau de inteligência emocional positivo e uma liderança eficaz, originam equipas maduras, coesas e funcionais com desempenhos de excelência.

Palavras-chave: Liderança, Inteligência Emocional, Equipes de enfermagem

Abstract

THE INFLUENCE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE ON THE LEADERSHIP OF NURSING TEAMS

Introduction: Emotional intelligence may be a determining indicator in the leadership of nursing teams.

Objective: Understand the influence of aspects of emotional intelligence on leadership effectiveness.

Methodology: Exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, in a convenience sample with the size 160 respondents. The questionnaire applied resulted from an adaptation of several metrics present in the literature related to the research matrix. Consisting of three distinct categories, the first of the socio-professional characterization of the sample, the second concerns interpersonal relationships with the direct supervisor and the feelings of individuals, the third relates to daily emotions. A pre-test to validate the questionnaire was carried out. This study was approved by the Ethics Committee in Health of the CMRRC-RP and the other ethical duties inherent to the research were fulfilled.

Results: Of the 160 nurses surveyed, the majority are Women (71.3%), in the professional situation, the indefinite contract (70%) and in the public sector stood out. On a scale from 1 to 5, in interpersonal relationships, the direct manager has a positive rating of 3.31, the respondents' feelings have an average of 3.67 and with regard to everyday emotions a positive evaluation of 3.46.

Conclusion: Emotional Intelligence and leadership are the face of same coin, nurses with a degree of positive emotional intelligence and effective leadership, originate mature, cohesive and functional teams with excellent performances.

Keywords: Leadership, Emotional Intelligence, Nursing teams.

Resumen

LA INFLUENCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL LIDERAZGO DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA

Introducción: La inteligencia emocional puede ser un indicador determinante en el liderazgo de los equipos de enfermería.

Objetivo: Conocer la influencia de los aspectos de la inteligencia emocional en la eficacia del liderazgo.

Metodología: Estudio transversal exploratorio con un enfoque cuantitativo, utilizando una muestra de conveniencia de 160 encuestados. El cuestionario aplicado resultó de una adaptación de varias métricas presentes en la literatura relacionadas con la matriz de investigación. Consta de tres categorías distintas, la primera de la caracterización socioprofesional de la muestra, la segunda se refiere a las relaciones interpersonales con el supervisor directo y los sentimientos de los individuos, la tercera se refiere a las emociones diarias. Se realizó una prueba previa para validar el cuestionario. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Salud del CMRRC-RP y se cumplieron los demás deberes éticos inherentes a la investigación.

Resultados: De los 160 enfermeros encuestados, la mayoría son mujeres (71,3%), en la situación profesional destaca el contrato indefinido (70%) y en el sector público. En la escala de 1 a 5, en las relaciones interpersonales, la cocina directa tiene una valoración positiva de 3,31; los sentimientos de los encuestados presentan una media de 3,67 y en lo que respecta a las emociones del día a día una valoración positiva de 3,46.

Conclusión: La inteligencia emocional y el liderazgo son das caras de la misma moneda; las enfermeras con un nivel de inteligencia emocional positivo y un liderazgo eficaz dan lugar a equipos maduros, cohesionados y funcionales con un rendimiento excelente.

Palabras clave: Liderazgo, inteligencia emocional, equipos de enfermeira

Submissão realizada em setembro 2021. Aceite para publicação em outubro 2021

⁽¹⁾ Vogal Executivo e Enfermeiro Diretor do CMRRC-Rovisco Pais

⁽²⁾ Enfermeira nomeada em funções de Chefia na UCCA do CMRRC- Rovisco Pais

INTRODUÇÃO

A ligação entre a Liderança e a Inteligência Emocional tem um grande peso dentro de qualquer organização hospitalar, nomeadamente no seio das equipas de enfermagem.

De acordo com (Moreira, 2019), a Inteligência Emocional é a base da liderança. Ainda que existam características como uma mente analítica e várias boas ideias aliadas a um Know-how, estas não garantem per se a existência de bons líderes.

(Goleman, 2000), vem comprovar a afirmação de que o desempenho é influenciado pela inteligência emocional, ou seja, a transversalidade da ação parte do líder e termina em resultados. “Líderes com elevada inteligência emocional ajudam as organizações a criar e manter vantagens competitivas através do aumento de performance, melhorando a inovação e o uso dos seus recursos, criando laços de confiança, trabalho de equipa e motivação”.

Assente nestas premissas, o presente estudo tem como ponto de partida a seguinte questão de investigação - Qual a influência da inteligência emocional na liderança das equipas de enfermagem?

O objetivo geral é compreender a influência dos aspetos da inteligência emocional na eficácia da liderança.

No contexto atual de grande desenvolvimento tecnológico, de necessidade de adaptação à mudança e competitividade nas equipas de enfermagem, a destacamos a relevância deste estudo de forma a assimilar a importância da inteligência emocional na liderança, indicador que poderá trazer resultados positivos quer individuais quer coletivos.

FUNDAMENTAÇÃO

A inteligência humana foi primeiramente estudada pelo pesquisador Alfred Binet, criador do primeiro teste de inteligência e responsável por deliberar sobre a relação entre idade cronológica e idade mental (Teixeira, 2019).

Definições de inteligência, ou seja, aquela que é medida através de testes de QI (Quociente de Inteligência), são apresentadas segundo (Goleman, Como ser líder: A importância da Inteligência emocional, 2015) através de referências como Frame of Mind – The 11 Theory of Multiple Intelligences (Gardner, 1993), The Concept of Intelligence and its Role in Lifelong Learning and Success (Stenberg, 1997), Emotional Intelligence. New Ability or Eclectic Traits (Mayer, Caruso, 2008), Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais (Dalgalarrodo, 2008) e Inteligência Emocional – A Teoria Revolucionária que Redefine o que é Ser Inteligente (Goleman, 1995).

De acordo com (Goleman, Como ser líder: A importância da Inteligência emocional, 2015), Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, partiram da premissa que a inteligência enquadra a capacidade de distinguir objetos e invoca-se em campos como o conhecimento e conteúdo. Apoiados nesta premissa concluíram que a inteligência é compartimentada em quatro partes e é subdividida em Inteligência verbal e está relacionada ao raciocínio sobre a linguagem e emocional que difere da anterior por considerarem que as emoções possuem informações sobre relacionamentos e que quando o relacionamento acontece entre duas pessoas ou só uma pessoa, mas sempre que existe alteração de objeto as emoções também se alteram.

À medida que se tornou evidente que a emoção é indissociável do processo cognitivo, e conseqüentemente do comportamento, surgiu o interesse em compreender como pode a emoção tornar o pensamento mais inteligente e como pode a inteligência promover uma utilização mais adequada das emoções (Anand & Suriyan, 2010).

E para operacionalizar a investigação sobre estas questões, surge o conceito de inteligência emocional (IE).

Para os autores, a Inteligência Emocional refere-se à capacidade de reconhecer os significados das emoções e de seus

relacionamentos e usá-los como base no raciocínio e na solução de problemas (Goleman, *Trabalhar com inteligência emocional*, 2012).

O trabalho é um ambiente complexo onde as emoções ocupam um lugar privilegiado e onde existe potencial de realização e de construção da felicidade pessoal (Boyatzis & Mckee, 2006).

A competência emocional reveste-se de extrema importância para a liderança pois, o papel do líder é levar os outros a desempenhar os seus papéis com eficiência. A inépcia dos líderes leva os seus subordinados a percorrer um caminho de desmotivação perda de tempos, conflitos internos, desinteresses aumentando cada vez mais o fosso da excelência do desempenho.

Segundo (Afonso, 2010), os pontos fortes ou fracos de um líder em competência emocional podem medir-se no ganho ou na perda para a organização dos talentos totais daqueles que os dirigentes gerem.

Os estudiosos compreenderam que a IE apresentava um notório potencial para esclarecer os diversos processos da vida organizacional e surge assim mais do que uma crença, a imposição de estudar este constructo, bem como a habilidade para a gestão de conflitos, a influência no desempenho ou o bem-estar no local de trabalho (Goleman, *Trabalhar com inteligência emocional*, 2012).

Estes contributos alteraram o paradigma da valorização anteriormente definida como essencial para os desempenhos dos líderes, as competências técnicas. Estas perdem a sua primordial característica de ser únicas em detrimento das emocionais.

Diversas pesquisas demonstram claramente que a inteligência emocional é a base da liderança. Para (Cunha & Rego, 2016), a existência de gestores treinados, dotados de hard skills, com grandes ideias, mas sem IE dificilmente vão conseguir ser bons líderes.

Refere (Moreira, 2019) que estudos levados a cabo por Rosete e Ciarrochi em 2005, sobre eventual relação existente entre

IE, personalidade, inteligência cognitiva e liderança foram conclusivos para poderem afirmar que elevada IE estava relacionada com uma elevada liderança, o mesmo não se passou em relação as outras variáveis, estas não apresentaram o mesmo nível de correlação.

Em sintonia com o anterior autor, (Lopes & Salovey, 2008) explicam que a IE representa 85 a 90% das diferenças entre os líderes de destaque e os demais, em que ninguém dá pela sua falta.

O Center for Creative Leadership (CCL), nos EUA, levou a cabo uma investigação sobre a relação entre a IE e a liderança, os participantes eram executivos estado-unidenses e que ocupavam diversas posições de liderança, sem se ter feito diferença no género. De acordo com (Bharwaney et al., p. 46, 2007), citado por (Moreira, 2019), os dados extraídos indicaram que pelo menos 55% de uma liderança de sucesso é baseada em IE. De acordo com este modelo, os fatores que têm maior impacto na liderança são a empatia, as relações interpessoais, a responsabilidade social, a resistência ao stress e a resolução de problemas.

A literatura define a Inteligência Emocional como um fator chave na capacidade de se ser socialmente eficaz e como tornar a uma liderança eficaz (George, 2000). O mesmo autor argumenta que os líderes dotados de inteligência emocional, conseguem promover a eficácia em todos os níveis da organização.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal com abordagem quantitativa, numa amostra de conveniência com a dimensão de 160 inquiridos. Para a concretização do questionário foram utilizadas métricas presentes na literatura, sendo que cada uma delas foi conjugada com outras, formando assim um questionário adaptado á matriz da investigação. O questionário adaptado, foi alvo de um pré- teste online, a 20 indivíduos, com as mesmas características da população

alvo, com o objetivo da sua validação, para entender a clareza das perguntas, a sua compreensão, categorização das perguntas e codificação das respostas, sequência das perguntas, assim como o tempo necessário ao seu preenchimento. (Marconi & Lakatos, 2007). O questionário aplicado apresenta três categorias distintas, a primeira de caracterização sócio profissional da amostra, a segunda diz respeito às relações interpessoais com a chefia direta, corresponde à Escala de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores, sendo que foi adaptada do Questionário de Avaliação da Satisfação de Colaboradores- Segurança Social (2010), e os sentimentos dos indivíduos, que corresponde à Escala de inteligência emocional, foi adaptada do Questionário de Weisinger (adaptado por Castro, 2010) citado por (Afonso P. , 2011) terceira relaciona-se e denomina-se “Questionário: Emoções do dia a dia”, de Rego e Fernandes (2005), adaptado para a população portuguesa por Barreto&Caldeira (2005) citado por (Graça, 2016).

Devido à situação atual do país, o inquérito por questionário foi elaborado na plataforma Google Forms e divulgado por email e pelas redes sociais, pois dessa forma conseguimos obter as respostas de forma fácil, rápida e segura. O tamanho do inquérito e a construção das questões, de carácter fechado, foram pensados tendo em conta o seu tipo de aplicação bem como o tempo despendido por parte dos indivíduos. Julgou-se que este tipo de aplicação online deu aos inquiridos liberdade para responderem sem o constrangimento da presença do inquiridor. Relativamente à duração máxima do inquérito, é de 10 minutos.

Neste caso, a aplicação do inquérito por questionário só possibilitou o conhecimento da opinião dos subordinados relativamente aos seus líderes (identificando-lhes determinadas características, comportamentos e valores) como também o conhecimento da opinião dos indivíduos sobre o seu desempenho, revelando a sua insatisfação/satisfação.

Assim, o questionário é formado por

treze questões, dividido em três partes. A primeira parte é constituída por dez questões de escolha múltipla que têm como objetivo caracterizar o inquirido e a organização onde trabalha, no que diz respeito ao seu género, idade, antiguidade na empresa, situação profissional, se exerce funções de chefia, e caracterização da organização. A segunda parte é constituída por duas questões (numa escala 1 a 5, em que 1 a afirmação não se adequa de todo e 5 a afirmação adequa-se perfeitamente) que dizem respeito às relações interpessoais relativamente à chefia direta e aos sentimentos dos indivíduos. Por fim, a terceira parte é constituída por uma questão (numa escala 1 a 5) que diz respeito às emoções do dia a dia, ou seja, como o individuo se sente com ele e com os outros.

É de salientar que todas as questões foram respondidas pelos 160 participantes, não havendo respostas nulas ou em branco e que a colheita de dados ocorreu durante o mês de junho de 2021.

Utilizou-se como técnicas de amostragem, a amostra por conveniência, onde os inquiridos foram previamente selecionados, ou seja, fazem parte do nosso grupo de amigos/conhecidos; e a amostra efeito de bola de neve (os indivíduos selecionados convidam novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos), onde os indivíduos que selecionámos partilharam com a sua rede de amigos/conhecidos.

A análise dos dados realizou-se através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para realização da análise inferencial e tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes paramétricos, e após realizado o teste da normalidade de Kolmogorov Smirnov, assumiu-se que a amostra não segue uma distribuição normal, nesse sentido, realizaram-se testes não-paramétricos.

Para correlacionar as variáveis em estudo utilizou-se o coeficiente de correlação de

Spearman. A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna. O Alfa de Cronbach deve ser superior a 0,70 sugerido por (Murteira, Ribeiro, Silva, & Pimenta, 2007) que indicou a fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, o que permitiu um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de ética em saúde do CMRRC-RP, a 17.05.2021. Somente após o deferimento para a execução da pesquisa e aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, se deu início à recolha de dados, cumprindo-se os demais deveres éticos inerentes à pesquisa.

RESULTADOS

A amostra total é constituída por 160 enfermeiros dos quais a maioria é do sexo feminino (71,3%), com idade entre 36-45 anos (39,4%).

Na situação profissional destacou-se o contrato por tempo indeterminado (70%) e a maioria não tinha funções de chefia (68,8%).

Tabela 1 - Frequência das variáveis sociodemográficas

	n	%
Sexo		
Masculino	46	28,8
Feminino	114	71,3
Faixa Etária		
<= 25 anos	15	9,4
26-35 anos	21	13,1
36-45 anos	63	39,4
46-55 anos	46	28,8
>= 55 anos	15	9,4
Situação Profissional		
Contrato a termo certo	48	30,0
Contrato por tempo indeterminado	112	70,0
Tem funções de chefia?		
Sim	110	68,8
Não	50	31,3

A maioria dos inquiridos trabalha no setor público (80,6%), em organizações de grande dimensão, (58,1%).

Tabela 2 - Frequência das variáveis da Organização

	n	%
Caraterize a sua organização		
Setor Público	129	80,6
Setor Privado	31	19,4
Dimensão da organização		
Micro (< 10 trabalhadores efetivos)	0	0
Pequena (< 50 trabalhadores efetivos)	15	9,4
Média (< 250 trabalhadores efetivos)	52	32,6
Grande (> 250 trabalhadores efetivos)	93	58,1

Considerou-se que o item A minha chefia direta diz respeito à liderança e os itens “No trabalho, sinto que ...” e as “*Emoções do dia-a-dia*” dizem respeito à inteligência emocional.

O item “*Tem confiança em mim*” que pertence, “*A minha chefia direta*”, assume o maior valor de média (3,56) e o item “*Sou um funcionário eficaz*” pertencente ao “*No trabalho sinto que...*” assume o maior valor de média de 3,94.

Tabela 3 - Frequência dos itens da “*Chefia Direta*” e “*No trabalho sinto que ...*”

	n	Média	Desvio Padrão	Min	Máx
A minha chefia direta	160	3,31	1,1	1	5
Reconhece o meu potencial	160	3,29	1,2	1	5
Tem confiança em mim	160	3,56	1,1	1	5
Tem uma boa relação comigo	160	3,45	1,2	1	5
Está sempre disponível	160	3,17	1,2	1	5
Percebe os meus problemas e necessidades	160	3,08	1,1	1	5
No trabalho, sinto que ...	160	3,67	0,9	2	5
Sou um funcionário eficaz	160	3,94	0,9	2	5
Estou satisfeito com o trabalho que desempenho	160	3,65	1,1	1	5
Os meus colegas veem me como alguém produtivo	160	3,69	1,0	1	5
Sou parte da família na minha organização	160	3,39	1,1	1	5

(1 = não se adequa de todo; 5 = adequa-se perfeitamente)

No que diz respeito à tabela frequência dos itens das “*Emoções no dia-a-dia*” salientou-se o item “*Sou consciente dos meus sentimentos*” que apresentou uma média superior com um valor de 3,71.

Tabela 4 - Frequência dos itens das *Emoções no dia-a-dia*

	n	Média	Desvio padrão	Min	Máx
Emoções do dia-a-dia	160	3,46	1,0	2	5
Sou consciente dos meus sentimentos	160	3,71	1,2	1	5
Penso, cuidadosamente, sobre o ponto de vista e a perspectiva das outras pessoas	160	3,66	1,2	1	5
Imagino como um líder aborda uma situação desafiadora	160	3,56	1,2	1	5
Avalio os meus pressupostos limitadores numa situação complicada	160	3,55	1,2	1	5
Procuro escolher, adotar e manter o meu estado emocional positivo	160	3,54	1,1	1	5
Penso sobre os meus valores e em estratégias para evoluir na carreira	160	3,54	1,2	1	5
Penso em maneiras de influenciar outras pessoas de modo eficiente	160	3,49	1,1	1	5
Dedico tempo para ensaiar mentalmente antes de um evento crítico	160	3,48	1,1	1	5
Reservo tempo na minha agenda para me concentrar no autodesenvolvimento	160	3,44	1,2	1	5
Dou um passo atrás e revejo situações a partir de um ponto de vista externo	160	3,36	1,2	1	5
Influencio o estado emocional das pessoas, para melhorar a sua performance	160	3,30	1,2	1	5
Trabalho para resolver potenciais conflitos com outras pessoas	160	2,89	1,2	1	5

No estudo, a consistência das dimensões (tabela 5) é muito boa para a “*Chefia Direta*” ($\alpha=0,948$) e para as Emoções no dia-a-dia ($\alpha=0,974$) enquanto que “*No trabalho sinto que... é boa*” ($\alpha=0,890$).

Tabela 5 - Coeficiente do Alfa de Cronbach (α)

	Nr. Itens	Alpha de Cronbach
Chefia Direta	5	0,948
No trabalho sinto que ...	4	0,890
Emoções do dia-a-dia	12	0,974

Os cinco itens da questão “*Chefia Direta*” (ou seja, da liderança) apresentam uma correlação forte com o item total tendo sido superiores a 0,80. A totalidade dos cinco itens apresentou um alfa de Cronbach (0,948), nesse sentido, caso algum dos cinco itens fosse excluído, o valor do alfa de Cronbach seria inferior a este alfa total (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação entre os cinco itens da questão “*Chefia Direta*”

Chefia Direta	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Reconhece o meu potencial	0,831	0,941
Percebe os meus problemas e necessidades	0,868	0,934
Está sempre disponível	0,840	0,939
Tem confiança em mim	0,869	0,934
Tem uma boa relação comigo	0,883	0,932

Os doze itens da questão “*Emoções do dia-a-dia*” (ou seja, da inteligência emocional) apresentam uma correlação forte com o item total tendo sido superiores a 0,70. A totalidade dos doze itens apresentou um alfa de Cronbach (0,974), desta forma, caso algum dos doze itens fosse excluído, o valor do alfa de Cronbach seria inferior a este alfa total (Tabela 7).

Tabela 7 - Correlação entre os cinco itens da questão “Emoções do dia-a-dia”

Emoções do dia-a-dia	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
Sou consciente dos meus sentimentos	0,832	0,972
Penso, cuidadosamente, sobre o ponto de vista e a perspectiva das outras pessoas	0,900	0,970
Imagino como um líder aborda uma situação desafiadora	0,866	0,971
Avalio os meus pressupostos limitadores numa situação complicada	0,896	0,970
Procuo escolher, adotar e manter o meu estado emocional positivo	0,899	0,970
Penso sobre os meus valores e em estratégias para evoluir na carreira	0,844	0,972
Penso em maneiras de influenciar outras pessoas de modo eficiente	0,891	0,970
Dedico tempo para ensaiar mentalmente antes de um evento crítico	0,812	0,972
Reservo tempo na minha agenda para me concentrar no autodesenvolvimento	0,780	0,973
Dou um passo atrás e revejo situações a partir de um ponto de vista externo	0,884	0,971
Influencio o estado emocional das pessoas, para melhorar a sua performance	0,846	0,972
Trabalho para resolver potenciais conflitos com outras pessoas	0,846	0,972

Relativamente à correlação do grau de adequação dos itens da Chefia Direta com os itens de “*No trabalho sinto que ...*” e das “*Emoções no dia-a-dia*” (tabela 8) cuja escala foi de 1 a 5 (em que 1, não se adequa de todo e 5, se adequa perfeitamente), existem correlações positivas moderadas estatisticamente significativas entre todos os itens das três dimensões em estudo.

Estas correlações indicam que quanto maior é o grau de adequação de “*No trabalho sinto que ...*” e das “*Emoções no dia-a-dia*”, maior é o grau de adequação da “*Chefia Direta*”, ou seja, quanto maior é o grau de adequação da inteligência emocional maior é o grau de adequação da liderança.

Tabela 8 – Correlação entre grau de adequação da “*Chefia Direta*” com os itens “*No trabalho sinto que ...*” e das “*Emoções no dia-a-dia*”

	Chefia Direta
No trabalho sinto que ...	0,779**
Emoções do dia-a-dia	0,682**

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

Tabela 9 – Correlação entre grau de adequação dos itens da “Chefia Direta” dos itens “no trabalho sinto que...” e os itens das “Emoções no dia-a-dia”

Categorias	A minha chefia direta				
	Reconhece o meu potencial	Percebe os meus problemas e necessidades.	Está sempre disponível	Tem confiança em mim	Tem uma boa relação comigo
No trabalho, sinto que ...					
Sou um funcionário eficaz	0,557**	0,503**	0,531**	0,608**	0,590**
Sou parte da família na minha organização	0,678**	0,658**	0,659**	0,671**	0,645**
Os meus colegas veem me como alguém muito produtivo	0,627**	0,590**	0,676**	0,673**	0,636**
Estou satisfeito com a qualidade do trabalho que desempenho	0,574**	0,561**	0,545**	0,649**	0,642**
Emoções do dia-a-dia					
Sou consciente dos meus sentimentos	0,526**	0,507**	0,454**	0,516**	0,480**
Penso, cuidadosamente, sobre o ponto de vista e a perspetiva das outras pessoas	0,592**	0,600**	0,527**	0,596**	0,570**
Imagino como um líder aborda uma situação desafiadora	0,622**	0,620**	0,585**	0,615**	0,593**
Avalio os meus pressupostos limitadores numa situação complicada	0,564**	0,589**	0,560**	0,578**	0,587**
Procuro escolher, adotar e manter o meu estado emocional positivo	0,611**	0,616**	0,536**	0,610**	0,591**
Penso sobre os meus valores e em estratégias para evoluir na carreira	0,566**	0,604**	0,546**	0,564**	0,564**
Penso em maneiras de influenciar outras pessoas de modo eficiente	0,533**	0,531**	0,508**	0,511**	0,529**
Dedico tempo para ensaiar mentalmente antes de um evento crítico	0,531**	0,650**	0,527**	0,552**	0,536**
Reservo tempo na minha agenda para me concentrar no autodesenvolvimento	0,497**	0,576**	0,447**	0,473**	0,463**
Dou um passo atrás e revejo situações a partir de um ponto de vista externo	0,528**	0,531**	0,471**	0,475**	0,450**
Influencio o estado emocional das pessoas, para melhorar a sua performance	0,553**	0,549**	0,497**	0,518**	0,501**
Trabalho para resolver potenciais conflitos com outras pessoas	0,508**	0,495**	0,477**	0,526**	0,462**

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

Relativamente aos itens da Chefia Direta com No trabalho sinto que..., verificou-se que o item com maior correlação (0,678) é o Reconhece o meu potencial com o Sou parte da família da minha organização, ou seja, quando o líder reconhece o potencial dos seus subordinados, eles sentem-se bem e integrados na organização. No que diz respeito aos itens da Chefia Direta com Emoções do dia- a -dia, verificou-se que o item com maior correlação (0,622) é o *Reconhece o meu potencial com o Imagino como um líder aborda uma situação desafiante*, ou seja, quando o líder reconhece o potencial dos seus subordinados, eles conseguem colocar-se no lugar do líder com mais facilidade.

DISCUSSÃO

Propôs-se explorar a inteligência emocional e a liderança nas equipas de enfermagem, assim como, assimilar a importância da inteligência emocional na liderança.

Através da análise dos dados, conclui-se que relativamente às relações interpessoais, a chefia direta tem uma avaliação positiva por parte dos inquiridos, a média da pontuação é de 3,31, numa escala de 1 a 5. Os sentimentos por parte dos inquiridos têm, também, uma avaliação positiva, com uma média de 3,67, numa escala de 1 a 5. No que diz respeito às emoções do dia a dia, a avaliação foi positiva, com uma média de 3,46, numa escala de 1 a 5.

Demonstrou-se que, de entre os inúmeros fatores que podem influenciar a satisfação dos indivíduos com o seu desempenho (ambiente de trabalho, incentivos profissionais, remuneração, segurança profissional, entre outros), a liderança tem, também, um papel a cumprir. Estes resultados demonstram a adequação das afirmações de (Goleman, Como ser líder: A importância da Inteligência emocional, 2015) quando refere que as ações do líder explicam 50 a 70% dos sentimentos dos subordinados relativamente ao ambiente humano no trabalho.

Deste modo, segundo (Boyatzis & Mckee, 2006), se os líderes falharem na tarefa de

encaminhar as emoções na direção correta, todas as suas ações ficarão comprometidas ou, pelo menos, não terão um resultado tão favorável.

Segundo (Hopper & Potter, 2010), as organizações que possuem líderes excecionais têm melhores resultados em todos os indicadores relativos ao ambiente organizacional, desde a clareza na comunicação até ao facto de as pessoas sentirem flexibilidade e liberdade para introduzirem mudanças/ inovações nas formas de trabalhar.

De acordo com (Cunha & Rego, 2016), os bons líderes sempre foram as pessoas junto de quem os outros procuram a segurança e clareza, e que funcionam como guias emocionais do grupo. As capacidades do líder são reconhecidas pelos subordinados, nomeadamente o modo como contribui para o desempenho das pessoas que lidera.

Assim, a inteligência emocional e a liderança andam de mãos dadas, uma vez que, pessoas com um grau de inteligência emocional positivo e uma boa liderança na organização onde estão inseridos, trará ótimos resultados individuais e coletivos (Miguel, Rocha, & Rohrich, 2014)

Tendo como objetivo compreender a influência dos aspetos da inteligência emocional na eficácia da liderança, este estudo tem como principal limitação o facto de ser transversal, não permitindo estabelecer relações causais, pelo que estudos longitudinais prospetivos é necessária. A recolha de dados fica restrita a uma área geográfica e ter sido uma amostragem não probabilística não permite a generalização dos resultados

Por fim, seria interessante a realização de outros estudos semelhantes, em diferentes contextos, a fim de permitir análises comparativas, dada a importância que a mesma pode assumir no contexto organizacional da atividade de enfermagem.

CONCLUSÃO

Como principais conclusões podemos salientar que a inteligência emocional poderá ser um indicador determinante na liderança eficaz de equipes de enfermagem. Os resultados deste estudo demonstram que as ações do líder explicam os sentimentos dos colaboradores, neste caso enfermeiros, relativamente ao ambiente humano no trabalho.

Se quem exerce a liderança falharem na tarefa de encaminhar as emoções na direção correta, todas as suas ações ficarão comprometidas ou, pelo menos não terão um resultado tão favorável.

Bons líderes sempre foram as pessoas de quem os outros procuram a segurança e orientação funcionando como guias emocionais das equipas, sendo que as suas habilidades e competências são reconhecidas pelos seus colaboradores e são determinantes na otimização de resultados individuais e coletivos.

Assim, a inteligência emocional e a liderança andam de mãos dadas, uma vez que, pessoas com um grau de inteligência emocional positivo e uma boa liderança traduzem-se em sucesso das equipas que integram.

REFERÊNCIAS

Afonso, P. (2010). *Liderança: Elementos - Chave do processo*. Lisboa: Escolar Editora.

Anand, A., & Suriyan, U. (2010). Emotional intelligence and its relationship with leadership practices. *International Journal of business and Management*, 5.

Boyatzis, R., & Mckee, A. (2006). *O poder da liderança emocional - Liderança vibrante com empatia, esperança e compaixão*. Elsevier Editora.

Cunha, M., & Rego, A. (2016). *Que lider sou eu? - Manual de apoio ao desenvolvimento de competências de liderança (1ª edição ed.)*. Lisboa: Edições Silabo.

George, J. (2000). Emotions and leadership: The role of Emotional Intelligence. *Human Relations*, 1027-1055.

Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. pp. 78-90.

Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

Goleman, D. (2015). *Como ser líder: A importância da Inteligência emocional*. Lisboa: temas e debates.

Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2013). *Primal Leadership: Unleashing the power of emotional intelligence*.

Hopper, A., & Potter, J. (2010). *Liderança inteligente - Criar a paixão pela mudança (8ª Edição ed.)*. Actual Editora.

Lopes, P., & Salovey, P. (2008). *Emotional intelligence and leadership: Implications for leader development- Leadership at the crossroads*. *Psychology and Leadership*.

Miguel, A., Rocha, A., & Rohrich, O. (2014). *Gestão emocional de equipas (5ª Edição ed.)*. Lidel - Edições Técnicas.

Moreira, P. (2019). *Inteligência Emocional uma abordagem prática*. Lisboa: Idioteque.

Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J., & Pimenta, C. (2007). *Introdução à estatística*. Mc GrawHill.

Teixeira, S. (2019). *Gestão das Organizações (3ª Edição ed.)*. Escolar Editora.

CREW RESOURCE MANAGEMENT E TEAMSTEPPS® EDUCAR PARA NÃO ERRAR

Ângela Sáli dos Santos Júdice Pais⁽¹⁾; Sílvia Liliana Teixeira Mendes⁽²⁾; Sónia Isabel Vieira Candeias Horta⁽³⁾; Maria Fernanda Henriques Pereira de Melo⁽⁴⁾; Helena Maria Guerreiro José⁽⁵⁾; Maria José Baltazar dos Reis de Pinto Gouveia⁽⁶⁾



Resumo

A qualidade dos cuidados e consequente segurança do cliente depende do desempenho da equipa interprofissional. Este desempenho pode ser desenvolvido através da educação interprofissional, e para tal são necessários programas que permitam esse desenvolvimento. Crew Resource Management (CRM) e TeamSTEPPS® são dois dos programas que podem ser aplicados em equipas de saúde, incluindo obviamente a equipa de enfermagem. Esta revisão tem como objetivo identificar a importância dos programas CRM e TeamSTEPPS® na qualidade dos cuidados e segurança do cliente. A metodologia utilizada assenta na pesquisa bibliográfica, com o intuito de desenvolver uma revisão integrativa. A partir dessa pesquisa bibliográfica foram selecionados estudos pertinentes com vista o objetivo desta revisão. Pode-se concluir que o CRM e o TeamSTEPPS® obtêm resultados positivos relativamente ao desempenho da equipa, liderança, comunicação e diminuição de erros, logo, são promotores da qualidade dos cuidados e segurança do cliente.

Palavras-chave: Crew Resource Management, enfermagem, TeamSTEPPS®

Abstract

CREW RESOURCE MANAGEMENT AND TEAMSTEPPS® - EDUCATE TO AVOID ERROR

Quality of care and consequent client safety depends on the performance of the interprofessional team. This performance can be developed through interprofessional education, and programs are needed to enable this development. Crew Resource Management (CRM) and TeamSTEPPS® are two of the programs that can be applied in healthcare teams, obviously including the nursing team. This review aims to identify the importance of the CRM and TeamSTEPPS® programs in the quality of care and client safety. The methodology used is based on a literature search, with the purpose of developing an integrative review. From this literature search, relevant studies were selected in view of the objective of this review. It can be concluded that CRM and TeamSTEPPS® have positive results regarding team performance, leadership, communication, and reduction of errors, thus promoting quality of care and customer safety.

Keywords: Crew Resource Management, nursing, TeamSTEPPS®

Resumen

CREW RESOURCE MANAGEMENT E TEAMSTEPPS® - EDUCAR PARA NO COMETER ERRORES

La calidad de la atención y la consiguiente seguridad del cliente dependen de la actuación del equipo interprofesional. Este rendimiento puede desarrollarse a través de la educación interprofesional, y para ello se necesitan programas que permitan este desarrollo. Crew Resource Management (CRM) y TeamSTEPPS® son dos de los programas que pueden aplicarse en los equipos sanitarios, incluyendo obviamente al equipo de enfermería. Esta revisión pretende identificar la importancia de los programas CRM y TeamSTEPPS® en la calidad de la atención y la seguridad del cliente. La metodología utilizada se basa en una búsqueda bibliográfica con el fin de desarrollar una revisión integradora. A partir de esta búsqueda bibliográfica, se seleccionaron los estudios pertinentes para el objetivo de esta revisión. Se puede concluir que el CRM y el TeamSTEPPS® tienen resultados positivos en cuanto al rendimiento del equipo, el liderazgo, la comunicación y la disminución de los errores, promoviendo así la calidad de la atención y la seguridad del cliente.

Palabras clave: Crew Resource Management, enfermería, TeamSTEPPS®

Artigo submetido em julho 2021. Aceite para publicação em setembro 2021

⁽¹⁾ Estudante do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Licenciada em Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Lisboa-Pólo Artur Ravara, Mestre em Gestão de Unidades de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar de Quarteira

⁽²⁾ Estudante do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Licenciada em Enfermagem na Escola Dr. José Timóteo Montalvão Machado, Mestre em Gestão de Unidades de Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar de Quarteira

⁽³⁾ Estudante do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, Licenciada em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, Enfermeira Responsável pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Quarteira

⁽⁴⁾ Mestre em Gerontologia, Professora Adjunta Convidada. UAlg

⁽⁵⁾ Doutora em Enfermagem, Professora Coordenadora. UAlg

⁽⁶⁾ Mestre em Comportamento Organizacional, Professora Coordenadora. UAlg

INTRODUÇÃO

A comunicação está na base da eviçãõ do erro na prestação de cuidados de saúde. Para que a comunicação seja desenvolvida de forma a promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente, é necessário haver programas de educação interprofissional. A comunicação ineficaz continua a ser uma das principais causas do erro (The Joint Commission, 2013). Crew Resource Management (CRM) é um processo de comunicação, que engloba uma formação da equipa de saúde, com vista a segurança do cliente, eviçãõ do erro, e dinâmica da equipa (Kuy, & Romero, 2017). O programa CRM foi originalmente pensado em 1979, e inicialmente aplicado em equipas de aviação, de forma a evitarem o erro. Em 1994 foi aplicado pela primeira vez na saúde, no bloco operatório do Hospital Universitário da Basileia, na Suíça (McConaughy, 2008).

É detetada uma lacuna na educação interprofissional, bem como na educação da liderança, segundo a Agency for Healthcare Research and Quality (2006), podendo isto levar ao erro. Assim, em 2006 o Department of Defense's Patient Safety Program em colaboração com a Agency for Healthcare Research and Quality, desenvolveu um programa de educação interprofissional intitulado TeamSTEPS®, direcionado especificamente para a área da saúde, e com conceitos bem definidos nesse âmbito.

Esta revisão integrativa tem como objetivo desenvolver conhecimento sobre os programas de educação interprofissional CRM e TeamSTEPS®, bem como identificar a sua importância na qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente. Assim, incia-se com a fundamentação do tema. Fez-se uma pesquisa bibliográfica, de forma a serem identificados estudos relevantes, apresentada na metodologia. Segue-se a apresentação e discussão dos resultados. Por fim, finaliza-se com uma breve conclusão de todo o trabalho.

FUNDAMENTAÇÃO

É necessário haver uma formação interprofissional com o objetivo focado na segurança do cliente, e um delinear de estratégias de comunicação e de trabalho em equipa. Isto é possível alcançar através do CRM, que Sculli, Fore, Neily, Mills, & Sine (2011) referem ser um método focado na gestão do erro humano e na redução do risco do ambiente, constituindo-se como um método com características únicas, com vista a diminuição das falhas de comunicação. Este programa baseia-se em simulações, reuniões de equipa interativas, e avaliação do desempenho da equipa. O objetivo do CRM baseia-se no desenvolvimento de medidas relacionadas com o erro com três linhas de defesa: evitar o erro, identificar o erro antes de ser cometido, e atenuar as consequências do erro quando cometido (Helmreich, Merritt, & Wilhelm, 1999). Uma liderança eficaz, assente numa estratégia de comunicação assertiva, fatores humanos e delineação de objetivos e conceitos, estão na base do treino do CRM (Tschannen, Dorn, & Tedesco, 2018).

A qualidade dos cuidados e consequente segurança do cliente depende do desempenho da equipa interprofissional. A equipa de enfermagem é a maior equipa em número de profissionais existentes diretamente ligados à prestação de cuidados, pelo que investir nas competências desta equipa, significa investir na qualidade desses cuidados (Barton, Bruce, & Schreiber, 2018).

Cerca de 95% dos erros relacionados com medicação, não são reportados por receio de represálias (Mayo, & Duncan, 2004). Daí ser tão importante haver educação na comunicação, para que o erro seja reportado e gerido, de modo a ser evitado no futuro, sendo necessária uma cultura de segurança organizacional não punitiva para promover o reporte.

O aumento da mortalidade por erro humano nos Estados Unidos da América, impulsionou o desenvolvimento de estratégias para que esse erro fosse erradicado ou diminuído,

desenvolvendo conhecimento e qualidade na liderança das equipas de saúde.

A liderança é a base de um trabalho em equipa, e o catalisador para a sustentabilidade e efetividade de programas de treino dessa equipa, de forma a fomentar a comunicação (Barton, Bruce, & Schreiber, 2018). Pode-se então afirmar que a implementação do CRM na equipa interdisciplinar será uma excelente estratégia a ser integrada na sua formação, com vista a qualidade dos cuidados de saúde.

Um dos problemas do CMR é que não existe um programa universal, não sendo fácil a sua aplicação na área da saúde devido à complexidade hierárquica que existe (Clapper, & Kong, 2012). Ultrapassa-se o facto do CMR não se constituir universal, com o desenvolvimento do programa TeamSTEPPS®.

O programa TeamSTEPPS®, teve origem nos Estados Unidos, em 2006, e atualmente é aplicado em diversos países no mundo (Staines, Lécureux, Rubin, Baralon, & Farin, 2020).

Segundo a Agency for Healthcare Research and Quality (2020), TeamSTEPPS® é um sistema de trabalho de equipa, direcionado para profissionais de saúde, que é:

- Produto do Department of Defense's Patient Safety Program em colaboração com a Agency for Healthcare Research and Quality;
- Enraizado em mais de 20 anos de pesquisas sobre princípios de trabalho em equipa;
- Fonte de conhecimento e treino desse mesmo conhecimento;
- Uma ferramenta essencial para aumentar a segurança do cliente;
- Um sistema de trabalho de equipa baseado na evidência que desenvolve a comunicação e qualidade das competências nos profissionais de saúde.

O programa TeamSTEPPS®, tem uma representação triangular, como verificado na figura seguinte:

Figura 1. Princípios chave do programa TeamSTEPPS®

Fonte: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html>



Os princípios chave deste programa são portanto, segundo a Agency for Healthcare Research and Quality (2020):

- Uma estrutura da equipa de saúde, que colabora com vista a segurança do cliente;
- Uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa;
- Uma liderança que garanta a partilha de informação entre os elementos da equipa, e que providencie os recursos necessários;
- Uma monitorização da situação, de forma a identificar como manter a equipa de saúde a funcionar com qualidade;
- Um suporte para que as necessidades dos elementos da equipa sejam antecipadas.

Este programa promove a qualidade dos cuidados e segurança do cliente através de (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020):

- Aumento da qualidade dos cuidados através da produção de equipas de saúde eficazes;
- Aumento do estado de alerta da equipa de saúde, clarificando as regras e responsabilidades da equipa;
- Resolução de conflitos e promoção de partilha de informação;
- Eliminação de barreiras à qualidade e segurança.

Para criar uma cultura de segurança, este programa apoia-se em três fases (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020):

- Uma primeira fase de pré-treino, de forma a serem identificadas as necessidades;
- Uma segunda fase de treino de todos os elementos da equipa, de forma a implementar e executar o programa, com evidente colaboração da liderança;
- E por fim, a fase de sustentabilidade do programa e avaliação contínua dos resultados.

A liderança é a cola para todos os princípios do TeamSTEPS® (Clapper, & Kong, 2012). Deve existir uma liderança adequada, para que a qualidade dos cuidados e segurança do cliente

sejam fruto da educação interprofissional. Muitos profissionais têm treino em gestão, mas gestão e liderança são termos diferentes. Enquanto gestão refere-se à organização de atividades com vista o alcance dos objetivos de uma instituição (Management, 2010, citado em Clapper, & Kong, 2012), liderança é o poder de influenciar os outros com vista uma missão (United States Army Cadet Command, 2005). Torna-se então essencial definir as bases de uma liderança eficaz.

Os princípios da liderança, segundo United States Army Cadet Command (2005) são:

- Ser proeficiente;
- Gerir a sua equipa de acordo com a sua capacidade, em que o líder deve identificar os pontos fortes da equipa de forma a aplicá-los nas situações corretamente;
- Conhecer os elementos da equipa e zelar pelo seu bem-estar;
- Manter a equipa informada;
- Ser o exemplo;
- Educar os elementos como uma equipa;
- Tomar decisões atempadamente;
- Desenvolver o sentido de responsabilidade na equipa;
- Desenvolver a equipa conforme as suas capacidades;
- Transmitir responsabilidade e ser responsável pelas suas ações.

Através de exercícios de simulação e do programa TeamSTEPS®, a equipa desenvolve competências para aumentar a sua capacidade de evitar o erro e melhorar a comunicação, garantindo a segurança do cliente e qualidade dos cuidados.

Nos últimos anos, é notória a necessidade de se desenvolver cuidados cada vez com maior qualidade, visto a complexidade desses e tecnologia associada ter aumentado. Isto vem confirmar a importância da educação interprofissional, que deve ser desenvolvida desde cedo nos profissionais de saúde, de forma a desenvolver competências essenciais a um trabalho de equipa com qualidade.

Uma equipa é a soma de todos os seus elementos, que trabalham em conjunto, proporcionando cuidados ao cliente para que este mantenha ou melhore a sua saúde. A educação interprofissional pode integrar programas, tal como já referido, como CRM e TeamSTEPS®, com base na simulação de situações possíveis, de forma a desenvolver as competências dos profissionais de saúde a esse nível.

Welsch, Hoch, Poston, Parodi, & Akpınar-Elci (2018) referem que a educação interprofissional que incorpora o TeamSTEPS® e a simulação interativa de saúde, obtém uma variedade de mudanças positivas.

O amplo conceito do TeamSTEPS® é que o cuidado e a segurança do cliente, é um compromisso de todos os elementos da equipa de saúde, do próprio cliente, e sua família, cujo objetivo é guiarem com sucesso a experiência de saúde vivida por todos os intervenientes (Epps, & Levin, 2015). Quando este objetivo comum é atingido com sucesso, pode-se dizer que o trabalho em equipa é eficaz, e para tal, é necessário o desenvolvimento de competências. Assim, a implementação do TeamSTEPS®, com destaque nos seus princípios é crucial.

A cultura de segurança baseia-se no esforço, dedicação e persistência de todos os elementos, e tem de partir da liderança, para que cada elemento sinta que faz parte da equipa.

Um bom trabalho em equipa vence guerras, leva o homem ao espaço, trá-lo com segurança e salva vidas através de cuidados de saúde. De forma a desenvolver este essencial trabalho em equipa, com base no desenvolvimento da comunicação e desempenho, os programas CRM e TeamSTEPS® são cruciais (Clapper, & Kong, 2012).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho assenta numa pesquisa bibliográfica, com o objetivo de realizar uma revisão integrativa.

Desta forma, primeiramente fez-se uma pesquisa nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval system online (MEDLINE), ScienceDirect e Academic Search Complete.

Os critérios de inclusão foram: ano de publicação (entre 2012-2021), idioma (inglês, português e espanhol), disponibilidade (texto integral), descritores (Crew Resource Management, nursing, TeamSTEPS®).

Tem-se como ponto de partida, a questão: Qual a importância dos programas CRM e TeamSTEPS® na qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente?

Seguidamente apresenta-se o fluxograma da pesquisa bibliográfica efetuada.

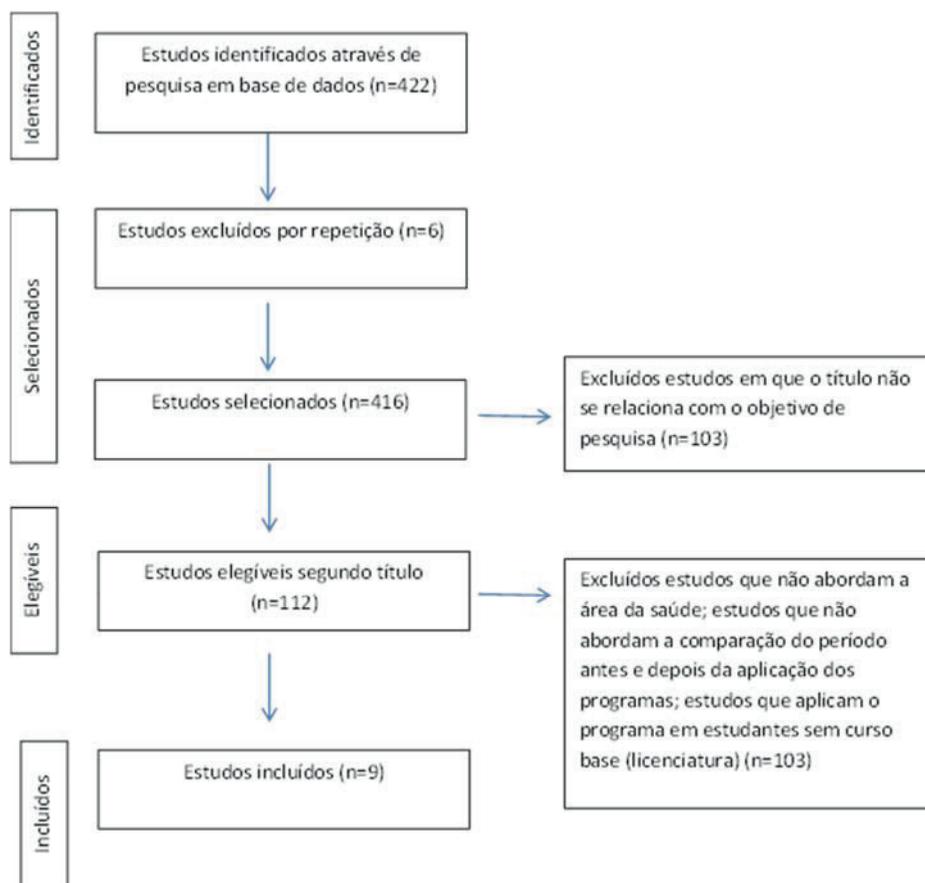


Fig.2 – Resultados da pesquisa, seleção e inclusão dos estudos segundo o modelo PRISMA (Page *et al.*, 2021).

RESULTADOS

Foram incluídos nove artigos nesta revisão, disponíveis nas seguintes bases de dados: MEDLINE (5), ScienceDirect (2), Academic Search Complete (2). De forma a sistematizar os resultados apresenta-se seguidamente uma tabela (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados dos artigos incluídos.

Base de dados	Título	Ano	Autores	Artigo	Programa abordado	Resultados do programa
ScienceDirect	TeamSTEPS: The Patient Safety Tool That Needs to Be Implemented	2012	Clapper, T.C., Kong, M.	Clinical Simulation in Nursing, 8 (8), 367-373.	TeamSTEPS®	Consolidação do trabalho em equipa e da comunicação, desenvolvimento da liderança.
MEDLINE	TeamSTEPS and patient safety in healthcare	2013	Sheppard, F., Williams, M., & Klein, V. R.	Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management, 32(3), 5–10.	TeamSTEPS® no serviço de obstetria em diversos hospitais.	Aumento da competência da liderança, monitorização da situação, suporte mútuo e comunicação. Houve ainda aumento da percepção do cliente sobre os seus cuidados de saúde. Aumento da qualidade da comunicação e do trabalho em equipa, bem como diminuição de erros e efeitos adversos.
Academic Search Complete	Examining the effects of an interprofessional crew resource management training intervention on perceptions of patient safety	2016	Wu, W. T., Wu, Y. L., Hou, S. M., Kang, C. M., Huang, C. H., Huang, Y. J., Wang, V. Y., & Wang, P. C.	Journal of interprofessional care, 30(4), 536–538.	CRM num hospital.	Diminuição de erros e consequente aumento da segurança do cliente, proximidade entre profissionais e chefia.
Academic Search Complete	Improving staff perception of a safety climate with crew resource management training	2017	Kuy, S., & Romero, R.	The Journal of surgical research, 213, 177–183	CRM numa clínica de cirurgia.	Aumento do desempenho profissional, especificamente nas áreas de reuniões com objetivos definidos, na colaboração entre equipa de enfermagem e equipa médica, no trabalho de enfermagem e consequente aumento da sua qualidade, e no conhecimento sobre como aumentar a segurança do cliente.

ScienceDirect	Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles	2018	Wakeman, D., & Langham, M. R., Jr.	Seminars in pediatric surgery, 27(2), 107–113.	CMR em clínica médicas, TeamSTEPS® no bloco operatório.	Diminuição de 18% na mortalidade nas clínicas que completaram o programa, em comparação com os 7% nas clínicas que não o completaram, redução dos tromboembolismos venosos, das infecções associadas a cirurgias e outras, e da morbidade geral. Melhoria no trabalho em equipa, melhoria na comunicação, aumento da qualidade dos cuidados pré-operatórios, melhoria do tempo operatório, diminuição da mortalidade e da morbidade.
MEDLINE	Improving knowledge and behavior of leadership and followership among the interprofessional team.	2018	Tschannen, D., Dorn, R., & Tedesco, C.	International journal of medical education, 9, 182–188.	CMR em profissionais de saúde.	Aumento de conhecimento na equipa interdisciplinar, estando em foco a equipa de enfermagem e o seu aumento de eficácia no que trata à liderança, melhorando também a comunicação.
MEDLINE	Interprofessional education involving didactic TeamSTEPS® and interactive healthcare simulation: A systematic review.	2018	Welsch, L. A., Hoch, J., Poston, R. D., Parodi, V. A., & Akpinar-Elci, M.	Journal of interprofessional care, 32(6).	TeamSTEPS® na área da saúde.	Consolidação do trabalho em equipa e da comunicação, com vista o resultado positivo nos cuidados ao cliente.
MEDLINE	Crew resource management training in healthcare: a systematic review of intervention design, training conditions and evaluation.	2019	Gross, B., Rusin, L., Kiesewetter, J., Zottmann, J. M., Fischer, M.R., Pruckner, S., & Zech, A.	BMJ Open, 9 (2).	CRM na área da saúde.	Impacto positivo na maior parte das intervenções.
MEDLINE	Impact of TeamSTEPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward	2020	Staines, A., Lécureux, E., Rubin, P., Baralon, C., & Farin, A.	International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care, 32(9), 618–624.	TeamSTEPS® numa maternidade.	Melhoria em três, das doze dimensões da cultura de segurança do cliente: aumento das expectativas da liderança e promoção da segurança, aumento da qualidade do trabalho em equipa, aumento das respostas não punitivas em relação ao erro.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

É unânime na literatura que os programas CRM e TeamSTEPPS® promovem a qualidade dos cuidados e a segurança do cliente.

Clapper & Kong (2012), referem que o programa CMR consolida o trabalho em equipa, a comunicação, e promove o desenvolvimento da liderança.

Sheppard, Williams, & Klein (2013) verificaram que o TeamSTEPPS® aplicado no serviço de obstetrícia em diversos hospitais, proporcionou o aumento da competência da liderança, monitorização da situação, suporte mútuo e comunicação. Houve ainda aumento da perceção do cliente sobre os seus cuidados de saúde. Segundo os mesmos autores, o sucesso dos resultados partiram de uma liderança empenhada em melhorar o trabalho de equipa e a comunicação com vista a segurança do cliente. Ainda neste estudo, um grupo de hospitais em Nova Iorque integrou o TeamSTEPPS® em todos os profissionais que constituem a equipa dessas instituições, desde médicos, a enfermeiros, administrativos, segurança, e verificou-se um aumento da qualidade da comunicação e do trabalho em equipa, bem como diminuição de erros e efeitos adversos.

Um estudo, realizado por Wu et al. (2016), em que se aplicou o CRM num hospital, à equipa médica e de enfermagem, resultou na diminuição de erros e consequente aumento da segurança o cliente. A equipa interdisciplinar refere que após o treino CRM, sentiram-se mais próximos dos seus superiores e que poderiam expressar as suas opiniões de forma a ser encontrada uma melhor solução juntamente com a liderança.

A implementação da formação interprofissional numa unidade de saúde promove portanto a comunicação dos erros, sua discussão, diminui a distância entre profissional e liderança, promovendo assim a qualidade dos cuidados e consequente segurança do cliente.

Um estudo realizado por Kuy & Romero (2017), numa clínica de cirurgia, em que

aplicaram o CRM, verificaram o aumento da qualidade do desempenho, especificamente nas áreas de reuniões com objetivos bem definidos, na colaboração entre equipa de enfermagem e equipa médica, no trabalho de enfermagem e consequente aumento da sua qualidade, e no conhecimento sobre como aumentar a segurança do cliente. No mesmo estudo, identificaram quatro áreas que regrediram com o CRM, tais como: expressão sobre problemas relacionados com os cuidados ao cliente, sobre desagrado relacionado com a equipa médica, relacionado com o número de profissionais serem insuficientes para a quantidade de clientes, e ainda, na dificuldade de discussão de erros identificados. Embora na maior parte das áreas tenha aumentado o clima de segurança, estas quatro são evidentemente também importantes para a segurança do cliente. Aqui, como verificado na literatura, será possivelmente onde se nota a necessidade de standardizar os conceitos do CRM, aplicando o TeamSTEPPS®.

Implementar um clima de segurança demora tempo, sendo necessário provavelmente continuar o treino continuamente, de forma a atingir o maior clima de segurança possível. A aplicação do CRM numa equipa interdisciplinar, promove a sua comunicação, identificação de erros e sua discussão, de forma a evitar e melhorar esses mesmos erros, e assim aumentar a segurança do cliente. Aqui, é de extrema importância o compromisso por parte da liderança, uma vez que parte desta a implementação do CRM e sua eficácia. Sem uma liderança capaz, a equipa não consegue por si só beneficiar do CRM.

Pode-se verificar o benefício do CRM, aplicado em unidades hospitalares com equipas de enfermagem bem estruturada, a incidência de menos cuidados desadequados ao cliente (Kalisch, & Lee, 2010) e ainda menos quedas do clientes (Kalisch, Curley, & Stefanov, 2007).

Wakeman, & Langham (2018), identificam no seu artigo resultados positivos na aplicação do CRM e do TeamSTEPPS®, sendo que

este artigo aborda diversos estudos. Num estudo realizado pelo Veterans Administration National Center for Patient Safety, que implementou um programa de treino com base no CRM em clínicas médicas, entre 2003 e 2006, houve diminuição de 18% na mortalidade nas clínicas que completaram o programa, em comparação com os 7% nas clínicas que não o completaram (Neily, et al., 2010). Ainda ressalva dizer que houve redução dos tromboembolismos venosos, das infeções associadas a cirurgias e outras, e da morbidade geral (Young-Xu, et al., 2011). Em 2011, a Universidade de Creighton fez um estudo sobre a aplicação do TeamSTEPS® num bloco operatório, a todos os profissionais de saúde da equipa (Forse, Bramble, & McQuillan, 2011), em que os resultados foram: melhoria no trabalho em equipa, melhoria na comunicação, aumento da qualidade dos cuidados pré-operatórios, melhoria do tempo operatório, diminuição da mortalidade e da morbidade.

Um estudo efetuado por Tschannen, Dorn, & Tedesco (2018), em que avaliaram a implementação do CRM, verificaram que houve significativo aumento de conhecimento na equipa interdisciplinar, estando em foco a equipa de enfermagem e o aumento de eficácia da liderança, melhorando também a comunicação. Sendo a comunicação a base da cooperação entre os elementos da equipa interdisciplinar, a sua abordagem e desenvolvimento deve estar presente na formação contínua da equipa.

Welsch, Hoch, Poston, Parodi, & Akpinar-Elci (2018), realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre a educação interprofissional com aplicação do programa TeamSTEPS® e simulações nos cuidados de saúde. Verificou-se consolidação do trabalho em equipa e da comunicação, com vista o resultado positivo nos cuidados ao cliente.

A importância da aplicação do programa TeamSTEPS® pode ser ainda evidenciada na revisão sistemática feita por Gross et al. (2019), em que avalia a bibliografia existente

na aplicação do CRM na área da saúde. Aqui confirma-se a necessidade e consequente benefício de se standardizar conceitos, termos e técnicas, com vista a consistência dos cuidados. O TeamSTEPS® é um exemplo de programa que pode estruturar o CRM em contexto de unidades de saúde, de forma a ser um quadro conceptual, e assim, proporcionar-se a qualidade dos cuidados e segurança do cliente.

Staines, Lécureux, Rubin, Baralon, & Farin (2020) realizaram um estudo em que foi aplicado o programa TeamSTEPS® numa maternidade de um hospital na Suíça, incluindo a equipa médica e de enfermagem, com o objetivo de verificar a sua influência nas dimensões da cultura da segurança do cliente. Houve melhoria em três das doze dimensões: aumento das expectativas da liderança e promoção da segurança, aumento da qualidade do trabalho em equipa, aumento das respostas não punitivas em relação ao erro.

Estes resultados podem ser verificados também nos estudos de Neilly, et al. (2013) e Fore, Sculli, & Neilly (2013), nos quais referem que a implementação do CRM promove a segurança do cliente, incluindo a diminuição da mortalidade, aumento da eficiência no bloco operatório e diminuição do erro relacionado com medicação.

CONCLUSÃO

Pode-se verificar com certeza a importância da existência de programas de educação interprofissional, com vista a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente.

O CRM, programa destacado na aviação e transportado para a saúde é deveras um instrumento que promove a comunicação e a eviçao do erro, e consequentemente, a melhoria dos cuidados de saúde. Este, muito abrangente, consegue ser mais eficaz na saúde através de um ramo seu, o programa TeamSTEPS®. Este programa foi desenvolvido através de uma base de liderança, monitorização da situação, comunicação e suporte mútuo, que visam desenvolver o desempenho, atitudes

e conhecimento dos elementos de uma equipa. Foi especificamente desenvolvido na área da saúde, culminando a necessidade de standardização de conceitos e técnicas abordadas no CRM.

Tanto o CRM como o TeamSTEPS® obtêm resultados positivos em relação ao desempenho da equipa, liderança, comunicação, diminuição de erros, e portanto, são promotores da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente.

Deve haver um investimento nestes programas por parte das instituições, e a sua aplicação não deve ser momentânea, mas sim vitalícia, pois sem treino constante o erro torna-se fácil, o desempenho e a qualidade diminuem, e consequentemente ocorre um decréscimo da segurança dos cuidados prestados ao cliente.

A equipa deve ser estimulada, educada, através de uma liderança promotora dessa missão, com vista no horizonte a qualidade dos cuidados e segurança do cliente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (2020). Pocket Guide: TeamSTEPS. Disponível em : <https://www.ahrq.gov/teamsteps/instructor/essentials/pocketguide.html>

Barton, G., Bruce, A., & Schreiber, R. (2018). Teaching nurses teamwork: Integrative review of competency-based team training in nursing education. 129–137. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.019>

Clapper, T.C., Kong, M. (2012). TeamSTEPS®: The Patient Safety Tool That Needs to Be Implemented. *Clinical Simulation in Nursing*, 8 (8), 367-373. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.03.002>.

Dunn, E.J., Mills P.D., Neily, J., Crittenden, M.D., Carmack, A.L., & Bagian, J.P.(2007). Medical team training: applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 33 (6), 317–325. doi: [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33036-5](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33036-5)

Epps, H. R., & Levin, P. E. (2015). The TeamSTEPS Approach to Safety and Quality. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. 35 (5), 30-S33. doi: [10.1097/BPO.0000000000000541](https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000000541)

Fore, A.M., Sculli, G.L., Albee, D., & Neily, J. (2013). Improving patient safety using the sterile cockpit principle during medication administration: a collaborative, unit-based project. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 106-111. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01410.x>

Forse, R.A., Bramble, J., & McQuillan, R. (2011). Team training can improve operating room

performance. *Surgery*, 150 (4).771–778. doi: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2011.07.076>

Gross, B., Rusin, L., Kiesewetter, J., Zottmann, J. M., Fischer, M.R., Pruckner, S., & Zech, A. (2019). Crew resource management training in healthcare: a systematic review of intervention design, training conditions and evaluation. *BMJ Open*, 9 (2). doi:10.1136/bmjopen-2018-025247

Helmreich R.L., Merritt, A.C., & Wilhelm, J.A.(1999). The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *International Journal of Aviation Psychology*, 9 (1),19–32. doi:10.1207/s15327108ijap0901_2

Kalisch, B.J., Curley, M., & Stefanov, S. (2007). An Intervention to Enhance Nursing Staff Teamwork and Engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 37(2), 77-84. doi:10.1097/00005110-200702000-00010

Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing outlook*, 58(5), 233–241. doi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.06.004>

Kuy, S., & Romero, R. (2017). Improving staff perception of a safety climate with crew resource management training. *The Journal of surgical research*, 213, 177–183. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2016.04.013>

Mayo, A.M., & Duncan D. (2004). Nurse perceptions of medical errors: What we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 209-217. doi: [10.1097/00001786-200407000-00007](https://doi.org/10.1097/00001786-200407000-00007)

McConaughy, E. (2008). Crew Resource Management in Healthcare – The Evolution

of Teamwork Training and MedTeams®. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(2), 96-104. doi: 10.1097/01.JPN.0000319095.59673.6c

Neily, J., Mills, P.D., Young-Xu, Y., Carney, B., West, P., Berger, D.H., Mazzia, L.M., Paull, D.E., & Bagian, J.P. (2010). Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA*, 304 (15), 1693–1700. doi:10.1001/jama.2010.1506

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). doi:10.1136/bmj.n71

Sculli, G.L., Fore, A.M., Neily, J., Mills, P.D., & Sine, D.M. (2011). The case for training Veterans Administration frontline nurses in crew resource management. *The Journal of Nursing Administration*, 41(12), 524-530. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182378b93

Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320, 745–749. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.745>

Sheppard, F., Williams, M., & Klein, V. R. (2013). TeamSTEPS and patient safety in healthcare. *Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management*, 32(3), 5–10. doi: <https://doi.org/10.1002/jhrm.21099>

Staines, A., Léclureux, E., Rubin, P., Baralon, C., & Farin, A. (2020). Impact of TeamSTEPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(9), 618–624. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz062>

The Joint Commission (2013). Sentinel event data, root causes by event type 2004-2014. Office of Quality and Patient Safety. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/root_causes_by_

[event_type_2004-2014.pdf?db=web&hash=6E76D1931B9208849FF7F6BE8543FB1E](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/root_causes_by_event_type_2004-2014.pdf?db=web&hash=6E76D1931B9208849FF7F6BE8543FB1E)

Tschannen, D., Dorn, R., & Tedesco, C. (2018). Improving knowledge and behavior of leadership and followership among the interprofessional team. *International journal of medical education*, 9, 182–188. doi: <https://doi.org/10.5116/ijme.5b30.9a84>

United States Army Cadet Command (2005). *Leadership Education and Training (Let 4)*. New Jersey: Parson. Disponível em: https://westhigh.issnc.org/uploaded/West_Iredell_JROTC/Core_LET_4_Student_Text.pdf

Young-Xu, Y., Neily, Mills, P.D., Carney, B.T., West, P., Berger, D.H., Mazzia, Paull, D.E., Bagian, J.P. (2011). Association between implementation of a medical team training program and surgical morbidity. *Archives of Surgery*, 146 (12), 1368–1373. doi:10.1001/archsurg.2011.1049

Wakeman, D., & Langham, M. R., Jr (2018). Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles. *Seminars in pediatric surgery*, 27(2), 107–113. doi: <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.02.008>

Welsch, L. A., Hoch, J., Poston, R. D., Parodi, V. A., & Akpınar-Elci, M. (2018). Interprofessional education involving didactic TeamSTEPS® and interactive healthcare simulation: A systematic review. *Journal of interprofessional care*, 32(6), 657–665. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1472069>

Wu, W. T., Wu, Y. L., Hou, S. M., Kang, C. M., Huang, C. H., Huang, Y. J., Wang, V. Y., & Wang, P. C. (2016). Examining the effects of an interprofessional crew resource management training intervention on perceptions of patient safety. *Journal of interprofessional care*, 30(4), 536–538. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1181612>

EMPREENDEDORISMO NA ENFERMAGEM: UM CAMINHO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS HOLÍSTICOS

Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro⁽¹⁾; Luís Miguel Mendes Canas⁽²⁾; Paulo Alexandre Ferreira⁽³⁾



Resumo

Introdução O conceito de empreendedorismo apresenta várias perspectivas, ou seja, depende do tipo de análise e/ou contextualização que lhe for atribuído. Ser empreendedor é transformar a procura em oferta e reagir às transformações que ocorrem no mercado.

Na Enfermagem, o empreendedorismo, como referem Copelli, Erdmann e Santos (2019), tem-se evidenciado desde o século XIX, através da atuação pioneira de Florence Nightingale, nos cuidados aos soldados durante a Guerra da Crimeia e da fundação da Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas.

O empreendedorismo na Enfermagem configura-se como fundamental para a dilatação da visibilidade e consolidação da profissão enquanto “ciência, tecnologia e inovação nos mais diversos cenários e campos de atuação” (Copelli et al., 2019, p. 302).

Objetivo: Analisar como é que o empreendedorismo é realizado pelos enfermeiros e de que forma este afeta a sua atividade profissional.

Metodologia: Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, com utilização do método PI[C]OD que inclui artigos científicos com data de publicação de 2015 a 2020. Foram pesquisados artigos em inglês, recorrendo à plataforma eletrónica de bases de dados: “web of Science”.

Resultados: O corpus da revisão ficou constituído por 10 artigos. Os estudos revelam que o empreendedorismo “empresarial” na Enfermagem se fundamenta na necessidade de responsabilidade, visão estratégica, experiência profissional, compromisso pessoal e profissional, autoestima, persistência e determinação. Assim, o enfermeiro empreendedor tem de ter uma capacidade holística, isto é, possuir uma visão do todo, independentemente das condições socioeconómicas e políticas. Ao oferecer cuidados de saúde eficientes e de qualidade, os enfermeiros empreendedores também estão a contribuir para a criação de uma imagem pública positiva da própria Enfermagem.

Conclusão: Ser enfermeiro empreendedor significa empreender, assumir a responsabilidade e o risco de descobrir ou criar oportunidades para usar talentos pessoais, habilidades e energia, usando de um processo de planeamento para transferir essa oportunidade para um serviço ou produto.

Descritores: Empreendedor; Empreendedorismo; Enfermeiros.

Abstract

ENTREPRENEURSHIP IN NURSING: A WAY TO PROVIDE HOLISTIC CARE

Introduction The concept of entrepreneurship has several perspectives, that is, it depends on the type of analysis and / or contextualization that is attributed to it. Being an entrepreneur means turning demand into supply and reacting to the transformations that take place in the market.

In Nursing, entrepreneurship, as mentioned by Copelli, Erdmann and Santos (2019), has been evident since the 19th century, through the pioneering performance of Florence Nightingale, in the care of soldiers during the Crimean War and the foundation of the School of Nursing at Saint Thomas Hospital.

Entrepreneurship in Nursing is fundamental for the expansion of visibility and consolidation of the profession as “science, technology and innovation in the most diverse scenarios and fields of activity” (Copelli et al., 2019, p. 302).

Objective: To analyze how entrepreneurship is carried out by nurses and how it affects their professional activity.

Methodology: This is an Integrative Literature Review, using the PI [C] OD method that includes scientific articles with publication date from 2015 to 2020. Articles in English were searched, using the electronic database platform: “web of Science”.

Results: The review corpus consisted of 10 articles. Studies reveal that “entrepreneurial” entrepreneurship in Nursing is based on the need for responsibility, strategic vision, professional experience, personal and professional commitment, self-esteem, persistence and determination. Thus, the entrepreneurial nurse must have a holistic capacity, that is, have a vision of the whole, regardless of socioeconomic and political conditions. By offering efficient and quality healthcare, entrepreneurial nurses are also contributing to the creation of a positive public image of Nursing itself.

Conclusion: Being an entrepreneur nurse means undertaking, taking responsibility and the risk of discovering or creating opportunities to use personal talents, skills and energy, using a planning process to transfer that opportunity to a service or product.

Descriptors: Entrepreneur; Entrepreneurship; Nurses.

Methodology: This is an Integrative Literature Review, using the PI [C] OD method that includes scientific articles with publication date from 2015 to 2020. Articles in English were searched, using the electronic database platform: “web of Science”.

Results: The review corpus consisted of 10 articles. Studies reveal that “entrepreneurial” entrepreneurship in Nursing is based on the need for responsibility, strategic vision, professional experience, personal and professional commitment, self-esteem, persistence and determination. Thus, the entrepreneurial nurse must have a holistic capacity, that is, have a vision of the whole, regardless of socioeconomic and political conditions. By offering efficient and quality healthcare, entrepreneurial nurses are also contributing to the creation of a positive public image of Nursing itself.

Conclusion: Being an entrepreneur nurse means undertaking, taking responsibility and the risk of discovering or creating opportunities to use personal talents, skills and energy, using a planning process to transfer that opportunity to a service or product.

Descriptors: Entrepreneur; Entrepreneurship; Nurses.

Resumen

EMPREDIMIENTO EN ENFERMERÍA: UNA FORMA DE BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL

Introducción El concepto de emprendimiento tiene varias perspectivas, es decir, depende del tipo de análisis y / o contexto que se le atribuya. Ser emprendedor significa convertir la demanda en oferta y reaccionar ante las transformaciones que se producen en el mercado.

En Enfermería, el emprendimiento, como lo mencionan Copelli, Erdmann y Santos (2019), se ha evidenciado desde el siglo XIX, a través de la actuación pionera de Florence Nightingale, en el cuidado de los soldados durante la Guerra de Crimea y la fundación de la Escuela de Enfermería, en el Hospital Saint Thomas.

El emprendimiento en Enfermería es fundamental para la expansión de la visibilidad y consolidación de la profesión como “ciencia, tecnología e innovación en los más diversos escenarios y campos de actividad” (Copelli et al., 2019, p. 302).

Objetivo: Analizar cómo las enfermeras llevan a cabo el emprendimiento y cómo afecta a su actividad profesional.

Metodología: Se trata de una Revisión de Literatura Integrativa, utilizando el método PI [C] OD que incluye artículos científicos con fecha de publicación de 2015 a 2020. Se buscaron artículos en inglés, utilizando la plataforma de base de datos electrónica: “web of Science”.

Resultados: El corpus de revisión estuvo conformado por 10 artículos. Los estudios revelan que el emprendimiento “empresarial” en Enfermería se fundamenta en la necesidad de responsabilidad, visión estratégica, experiencia profesional, compromiso personal y profesional, autoestima, perseverancia y determinación. Así, la enfermera emprendedora debe tener una capacidad holística, es decir, tener una visión de conjunto, independentemente de las condiciones socioeconómicas y políticas. Al ofrecer una atención de salud eficiente y de calidad, las enfermeras emprendedoras también están contribuyendo a la creación de una imagen pública positiva de la propia Enfermería.

Conclusión: Ser enfermera emprendedora significa emprender, asumir la responsabilidad y el riesgo de descubrir o crear oportunidades para utilizar los talentos, habilidades y energías personales, utilizando un proceso de planificación para trasladar esa oportunidad a un servicio o producto.

Descritores: Emprendedor; Emprendimiento; Enfermeras

Metodología: Se trata de una Revisión de Literatura Integrativa, utilizando el método PI [C] OD que incluye artículos científicos con fecha de publicación de 2015 a 2020. Se buscaron artículos en inglés, utilizando la plataforma de base de datos electrónica: “web of Science”.

Resultados: El corpus de revisión estuvo conformado por 10 artículos. Los estudios revelan que el emprendimiento “empresarial” en Enfermería se fundamenta en la necesidad de responsabilidad, visión estratégica, experiencia profesional, compromiso personal y profesional, autoestima, perseverancia y determinación. Así, la enfermera emprendedora debe tener una capacidad holística, es decir, tener una visión de conjunto, independentemente de las condiciones socioeconómicas y políticas. Al ofrecer una atención de salud eficiente y de calidad, las enfermeras emprendedoras también están contribuyendo a la creación de una imagen pública positiva de la propia Enfermería.

Conclusión: Ser enfermera emprendedora significa emprender, asumir la responsabilidad y el riesgo de descubrir o crear oportunidades para utilizar los talentos, habilidades y energías personales, utilizando un proceso de planificación para trasladar esa oportunidad a un servicio o producto.

Descritores: Emprendedor; Emprendimiento; Enfermeras

Artigo submetido em julho 2021. Aceite para publicação em setembro 2021

⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>

⁽²⁾ <https://orcid.org/0000-0001-5486-0901>

⁽³⁾ <https://orcid.org/0000-0003-1984-1750>

INTRODUÇÃO

O conceito de empreendedorismo apresenta várias perspectivas, ou seja, depende do tipo de análise e/ou contextualização que lhe for atribuído. Na base do conceito está implícita a iniciativa das pessoas em criar uma atividade/negócio. Associa-se frequentemente “o empreendedorismo à criação de uma empresa, mas dependendo das perspectivas, ter um negócio em si não é necessariamente condição obrigatória para se considerar alguém como empreendedor” (Ferreira, 2015, p. 13). Ser empreendedor é transformar a procura em oferta e reagir às transformações que ocorrem no mercado. Assim, Ferreira (2015), partindo do conceito de Adam Smith (1723-1790), autor da icônica obra *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*, conhecida em português como *A riqueza das nações*, identifica três diferentes tipos de atividade empresarial: “especulação e alto risco”, que se pode associar a investidores; “produção de invenções”, onde o risco está inerente à própria atividade; “realização de projetos”, feito de forma ponderada.

Peter Drucker (1970, cit. por Dees, 1998) defende que os empreendedores não têm que provocar mudança, mas fundamentalmente explorar as oportunidades que despontam através dela, isto é, veem as oportunidades criadas pela mudança em vez de verem os problemas que dela resultam. Fazendo-se uma paráfrase do autor: “o empreendedor está sempre à procura da mudança, reage à mudança e explora-a como uma oportunidade” (Drucker, 1970, cit. por Dees, 1998, p. 2). Foi com Drucker que o conceito de oportunidade começou a ter outra expressão e ganhou valor na definição de empreendedorismo.

O empreendedorismo foi reconhecido como um constituinte basilar para a viabilização e condução de empreendimentos e, em última instância, do processo de manutenção, desenvolvimento e ampliação do sistema capitalista, inerente ao surgimento da economia de mercado, das transformações sociais e comportamentais daí resultantes,

bem como da aceitação do lucro como a origem do mercado de trabalho (Pastro & Busanello, 2014). Neste contexto, os autores citados destacam que o valor concedido ao empreendedorismo despontou no seio do paradigma liberal do século XIX e com a Revolução Industrial.

Empreender significa rever os conceitos de negócios, inovar e recriar as empresas quotidianamente, no seu mais amplo sentido. O impacto de novos conceitos de negócios valoriza ainda mais o empreendedorismo, na medida em que é difícil, perante este contexto, manter a independência política e económica, bem como não investir intensamente em iniciativas centradas na inovação, para fins exclusivos de enfrentar as constantes transformações que dizem respeito ao cenário mundial dos negócios (Pastro & Busanello, 2014).

Embora os conceitos de iniciativa e empreendedorismo sejam definidos de maneiras diferentes, é possível referir que empreendedor é aquele que toma a iniciativa de responder a uma necessidade. O empreendedor cria uma saída assumindo riscos ou iniciativas. Assim, é possível dizer que a história do empreendedorismo é tão antiga como a história da humanidade (Corbett, Neck, & DeTienne, 2007; Sarkar, 2014).

Na Enfermagem, o empreendedorismo, como referem Copelli, Erdmann e Santos (2019), tem-se evidenciado desde o século XIX, através da atuação pioneira de Florence Nightingale, nos cuidados aos soldados durante a Guerra da Crimeia e da fundação da Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, marcos das bases científicas da Enfermagem. Atualmente, o empreendedorismo na Enfermagem configura-se como fundamental para a dilatação da visibilidade e consolidação da profissão enquanto “ciência, tecnologia e inovação nos mais diversos cenários e campos de atuação” (Copelli et al., 2019, p. 302). Ainda em conformidade com os mesmos autores, apenas desta forma a sociedade

pode conhecer os avanços da Enfermagem, através da “sua missão social e dos ganhos em saúde”. Por conseguinte, a “aproximação ao conceito de empreendedorismo orienta a promoção de visibilidade social da Enfermagem, bem como o alcance de novos patamares de desenvolvimento profissional aos enfermeiros” (p. 302).

É neste contexto que se realizou a presente revisão integrativa da literatura, que pretende responder à seguinte questão de investigação: Como é que o empreendedorismo é realizado pelos enfermeiros e de que forma este afeta a sua atividade profissional?

METODOLOGIA

Tendo-se como objetivo a sistematização do conhecimento atual sobre como o empreendedorismo é realizado pelos enfermeiros e de que forma este afeta a sua atividade profissional, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que se assume como uma síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A prática baseada na evidência torna-se na atualidade o ponto fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Na formulação da questão de investigação, aplicou-se o método PI[C]OD: participants - participantes [P]; interventions - intervenções [I]; comparators – comparações [C], caso existam; outcomes – resultados [O].

Tendo por base estes pressupostos teóricos, elaborou-se a seguinte questão de investigação:
 - Como é que o empreendedorismo é realizado pelos enfermeiros e de que forma este afeta a sua atividade profissional?

O método PI[C]O, de acordo com Ramalho (2008), permite sistematizar a informação recolhida nos estudos de acordo com cinco critérios:

- Participantes: quem foi estudado - Enfermeiros
- Intervenção: o que foi feito – Estudos de investigação com a utilização de metodologias quantitativas, qualitativas e revisões da literatura.
- Comparação: qual o contexto/intervenções estudados – não se aplica
- Outcomes: Resultados/efeitos/consequências que foram obtidos – Fatores profissionais e pessoais associados ao empreendedorismo na enfermagem.
- Desenho: Como é que as evidências foram recolhidas – Revisão integrativa

Com o objetivo de selecionar os artigos com a melhor evidencia, que irão constituir esta revisão integrativa da literatura, foram definidos e aplicados critérios de seleção:

Tabela 1. Critérios de inclusão para a seleção dos estudos

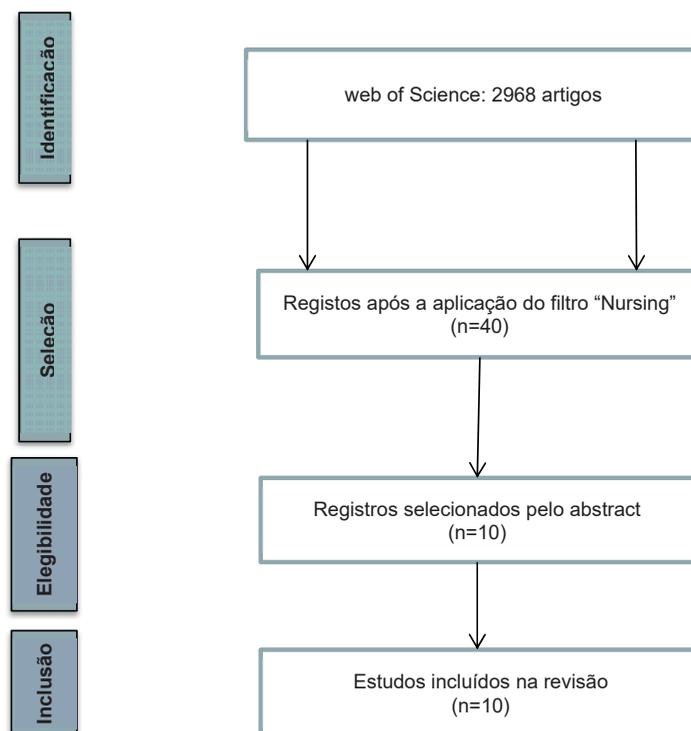
Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
[P] Participantes	Enfermeiros
[I] Intervenção	Empreendedorismo
[C] Comparações/contexto estudo	Não aplicável
[O] Resultados	Forma como o empreendedorismo afeta a atividade profissional dos enfermeiros

Estratégia de busca dos estudos relevantes em conformidade com os critérios definidos, realizaram-se pesquisas que incluíram os estudos que datam entre 2015 a 2019, em inglês, recorrendo à seguinte plataforma eletrónica de bases de dados: "web of Science".

Foram utilizados os seguintes termos: entrepreneurship; entrepreneur; nursing no referido motor de busca científico, com o objetivo de realizar uma pesquisa mais profunda e para a obtenção dos textos completos das publicações que tinham sido identificadas. Da pesquisa na referida

plataforma eletrónica de bases de dados com o descritor “*entrepreneur*” obtiveram-se 2968 resultados, tendo-se refinado a pesquisa com o filtro “*Nursing*”, resultando em 40 estudos. Após a leitura dos respetivos *abstracts*, tendo em conta o objetivo da pesquisa, ficou-se com 10 artigos, cujos *outcomes* dão resposta à questão de investigação.

Figura 1. Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)



RESULTADOS

A etapa seguinte consiste num resumo narrativo onde se descrevem os objetivos ou finalidades dos artigos incluídos no corpus de análise, conceitos adotados e resultados relacionados com a questão de partida da revisão. Os resultados foram classificados nas principais categorias conceituais, tendo em conta as “evidências estabelecidas”. Esta seção engloba uma descrição geral das fontes incluídas, com referência a uma tabela detalhada das características de cada estudo incluído que consta da ferramenta de extração de dados. Deste modo, os resultados são apresentados numa tabela síntese dos estudos incluídos, seguindo-se as sugestões do JBI (2020), segundo o qual a apresentação dos resultados pode mapear o material revisto de uma forma lógica, diagramática ou tabular e/ou em formato descritivo, desde que esteja em consonância com o objetivo da revisão.

Estudo 1	Brooks, B. (2019). The Smartphone Generation as New Nurse Entrepreneurs. <i>Nursing Economic\$</i>; Vol. 37, 6, 332-335.
Amostra	Enfermeiros empreendedores – enfermeiros empresários
Evidências estabelecidas	As principais razões que levaram os jovens enfermeiros empresários a atuar por conta própria são a sua dedicação e amor à profissão, a necessidade de ajudar as pessoas e fazer a diferença na vida dos doentes. Acreditam que algumas das melhores inovações vêm de enfermeiros que frequentemente usam equipamentos adequados para a tarefa. Relatam que podem melhorar porque veem claramente o problema, são motivados para realmente fazer a inovação acontecer, ter espírito e desejo de ser muito criativo e pensar fora do normal. Sentem-se confortáveis por serem empreendedores, tendo em conta que a sua formação em enfermagem lhes permitiu compreender profundamente os problemas e as questões relacionadas com a saúde e ensinou-lhes como pensar crítica e logicamente, para resolver os problemas, observando e ouvindo os seus doentes. Os gestores de enfermagem devem reger-se por princípios como a inovação, incentivar líderes e enfermeiros da equipa a participar em conferências sobre inovação. Foi criada uma nova associação de enfermagem - <i>Society of Nurse Scientists, Innovators, Entrepreneurs and Leaders</i> (SONSIEL) que procura ampliar, conectar em rede e elevar a experiência dos enfermeiros inovadores, como agentes de transformação que contribuem para a reforma dos cuidados de saúde.
Estudo 2	Lopez, E., Gonzalez, J.L., Cordo, J.A., Janvier-Anglade, M., & Fitzpatrick, T.A. (2019). Entrepreneurses: Nursing's Evolving Role in Innovation Strategy. <i>Nursing Economic\$</i>; Vol. 37, 3, 159-163.
Amostra	Enfermeiros
Evidências estabelecidas	Com base no compromisso de melhorar os resultados dos doentes e com vasta experiência na prestação de cuidados, os enfermeiros geralmente são os melhores solucionadores de problemas criativos para os doentes e suas famílias. Oportunidades de inovação e empreendedorismo surgem durante momentos únicos de identificação de problemas na prática profissional de enfermeiros que prestam cuidados diretos aos doentes. O enfermeiro líder tem um papel distinto no desenvolvimento e apoio de uma cultura de vanguarda na procura de maneiras inovadoras de criar soluções na prestação de cuidados. Várias abordagens podem ser usadas para melhorar as oportunidades de resolução de problemas

	<p>identificados pelos enfermeiros na sua prática profissional, incluindo a troca de conselhos interprofissionais que apoiam a inovação e a pesquisa em enfermagem ou seguir as práticas baseadas em evidências que promovam novas ideias e novas abordagens para os problemas. Por exemplo, o <i>American Nurses Credentialing Center</i>, componente do modelo <i>Magnet® do New Knowledge, Innovations, & Improvements</i> (2019) incentiva e reconhece as inovações/práticas que melhoram a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros. Todavia, o empreendedorismo em enfermagem implica uma liderança compartilhada. Como tal, o enfermeiro gestor desempenha um papel fundamental fornecendo apoio aos esforços, seja financeiro, tempo ou outro tipo de recursos, incluindo o suporte através de filantropia, subsídios ou prémios. Para estimular a criatividade, o enfermeiro gestor deve reconhecer o valor dos enfermeiros inovadores, estimulando o envolvimento, a comunicação e a disseminação do sucesso das inovações. Os sucessos e os insucesso devem ser compartilhados entre a equipa, sendo este um processo que abre um caminho informado e especializado em direção à inovação, melhor atendimento aos doentes e cuidados de qualidade.</p>
Estudo 3	Coke, L.A. (2019). Integrating Entrepreneurial Skills Into Clinical Nurse Specialist Education. <i>Clinical Nurse Specialist</i>; 146-147.
Amostra	Enfermeiros
Evidências estabelecidas	<p>Foram identificadas categorias essenciais para o desenvolvimento de habilidades necessárias para os enfermeiros empreendedores: habilidades interpessoais cognitivas, habilidades de negócios e habilidades estratégicas. Neste sentido, os programas de mestrado especializados tornaram-se essenciais para o desenvolvimento de habilidades empresariais e estratégicas. As habilidades cognitivas incluem: (1) autorregulação, (2) "know-how" profissional e (3) compreender o contexto alargado. Para as habilidades de autorregulação, sé necessário promover habilidades que ajudem a desenvolver o equilíbrio entre a vida profissional e familiar e a capacidade de gestão do stresse. O "know-how" profissional inclui ter prática avançada focada na população, conhecimento obtido a partir de experiências de ensino clínico e conteúdo teórico para garantir a perícia na prática profissional. A</p>

	<p>compreensão do contexto alargado requer a necessidade de programas educacionais para garantir o conhecimento de todo o sistema de saúde. As habilidades interpessoais incluem: (1) <i>networking</i> e <i>marketing</i> de serviços, (2) lidar com a resistência contextual e (3) comunicação clara. Muitos ambientes educacionais atualmente incluem serviços de educação interprofissionais e oportunidades de interação multidisciplinar; como garantia de melhorias nas redes e compreensão dos vários papéis da equipa. No entanto, existe ainda uma lacuna, nomeadamente a tomada de consciência das organizações acerca das responsabilidades do papel do enfermeiro e a sua promoção a nível organizacional. É importante proporcionar a troca ideias com modelos mais experientes, incluindo gestores de negócios, para que o enfermeiro empreendedor adquira habilidades de negociação e participar de relações mentor-mentorando. É importante a aquisição da habilidade de resistência contextual que inclui a capacidade de gerir e resolver conflitos. A gestão de conflitos é identificada como uma habilidade crítica quando se interage com outras pessoas, incluindo colegas e doentes ou familiares. A capacidade de comunicação é categorizada em habilidades de comunicação eficazes e no desenvolvimento de assertividade e confiança. Uma boa comunicação no seio da equipa faz com que o enfermeiro se torne mais confiante e aprenda a ser mais assertivo. Como tal, é fundamental que as escolas de enfermagem revejam o seu currículo para abordar as lacunas em termos de formação, para que se possa formar enfermeiros empreendedores.</p>
Estudo 4	<p>Bagheri, A., & Akbar, M. (2018). The Impact of Entrepreneurial Leadership on Nurses' Innovation Behavior. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>; 50, 1, 28-35.</p>
Amostra	<p>273 enfermeiros de hospitais públicos e privados do Irão</p>
Evidências estabelecidas	<p>Ao avaliarem a influência da liderança empreendedora no comportamento do trabalho de inovação dos enfermeiros, através de um estudo transversal, os autores verificaram que a liderança empreendedora teve um impacto positivo significativo no comportamento do trabalho de inovação dos enfermeiros, resultando numa ideia mais forte de exploração, implementação e criação de ideias. A liderança empreendedora foi eficaz no aprimoramento do comportamento dos enfermeiros e em termos de inovação no trabalho. É importante apostar-se mais no desenvolvimento de competências de liderança empresarial e</p>

	Nursing Liberal. res.: fundam. Care; 11(n. esp), 370-376.
Amostra	4 enfermeiros empreendedores
Evidências estabelecidas	O estudo procurou compreender o processo de construção da autonomia do enfermeiro como profissional liberal, realizado com quatro enfermeiros empreendedores, à luz dos conceitos de “estabelecidos”, “outsiders”, “alteridade” e “estigmatização”, dos teóricos Norbert Elias, Anthony Giddens e Goffman. Foram identificados enfermeiros autônomos que, de forma sistêmica, se encontravam como <i>outsiders</i> e que eram vítimas de estigmatização por outros profissionais de saúde, comunidade e pelos próprios <i>outsiders</i> . Em relação à motivação, os enfermeiros relataram que se tornaram empreendedores por necessidades profissionais da região e necessidades dos doentes, bem como pelo retorno financeiro. As maiores dificuldades encontradas no início do exercício como profissionais liberais foram: a rejeição e o preconceito por alguns profissionais de saúde, pouca aceitação por parte da comunidade e dificuldades financeiras. Todos os entrevistados admitiram não estar preparados para o empreendedorismo, enfatizando a falta de preparação sobre o conhecimento de contabilidade. A autonomia, em enfermagem, alcançada pelos profissionais liberais está, em alguns aspetos, restrita por leis e resoluções que regem a sua atuação. Os enfermeiros ainda dependem de uma maior organização da categoria e de incentivos na fase académica através de disciplinas de empreendedorismo para, assim, procurarem a efetivação de políticas públicas que desburocratizem o exercício liberal da profissão.
Estudo 7	Hains, T., Strand, H., & Turner, C. (2018).Complexities of the Australian perioperative nurse entrepreneur. Australian Journal of Advanced Nursing; Vol. 36, 1, 48-55.
Amostra	Enfermeiros
Evidências estabelecidas	Um enfermeiro empreendedor é um “empresário” que oferece serviços de enfermagem no contexto de cuidados preventivos, reabilitação, educação, pesquisa, administração ou especialidade clínica, atendimento direto ao doente. A progressão dos papéis dos enfermeiros na prática privada serve para suprir lacunas e as necessidades não atendidas no setor de saúde pública. O papel do enfermeiro empreendedor requer conhecimentos e habilidades mais complexos que os do enfermeiro contratado. O enfermeiro empreendedor utiliza uma mistura de práticas avançadas de enfermagem e habilidades corporativas para atender às

	<p>necessidades dos doentes. Existe ainda questões burocráticas que impedem a regulamentação da atuação destes enfermeiros por parte dos órgãos de enfermagem e da sua acreditação. A motivação para os enfermeiros que assumem o papel de enfermeiro empreendedor inclui a evolução profissional, a satisfação no trabalho, recuperar um senso de autonomia em relação ao equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e preencher áreas deficitárias na área da saúde.</p>
Estudo 8	<p>Vannucci, M.J., & Weinstein, S.M. (2017). The nurse entrepreneur: empowerment needs, challenges, and self-care practices. <i>Nursing: Research and Reviews</i>; 7, 57-66.</p>
Amostra	<p>44 enfermeiros empreendedores</p>
Evidências estabelecidas	<p>Estudo exploratório com o objetivo de melhor conhecer as experiências e os desafios dos enfermeiros empreendedores. Os enfermeiros relataram as suas transições em termos de emprego para o empreendedorismo, motivos chave para a decisão de iniciar o empreendedorismo e os desafios que enfrentam no campo da saúde. Relataram taxas mais elevadas de práticas de autocuidado do que uma amostra comunitária padrão. O empoderamento psicológico, a necessidade de crescimento profissional e a tomada de decisões foram os fatores que os motivaram a serem empreendedores, mais do que fatores associados ao empoderamento estrutural, como o ganho financeiro, o emprego ou restrições organizacionais. Alguns desafios de equilíbrio entre o trabalho e vida pessoal, como equilibrar as próprias necessidades com as de outras pessoas, gestão de tempo e responder às necessidades familiares e empresariais, foram associados a menos comportamentos de autocuidado. Os maiores desafios para o seu sucesso foram a implementação de uma estratégia de <i>marketing</i> e o trabalho em rede.</p>
Estudo 9	<p>Hong, S. (2017). New Nurse Entrepreneur Reflection and Guidance. <i>Nurse Leader</i>, 352-356.</p>
Amostra	<p>Enfermeiro empreendedor</p>
Evidências estabelecidas	<p>Fatores-chave para ser enfermeiro empreendedor: atributos pessoais, anos de experiência em enfermagem, conhecimentos clínicos avançados e capacidade de gestão, criatividade envolvida na resolução de problemas, formação de equipas, liderança, facilidade de trabalhar em grupos de trabalho inovadores, capacidade monetária para a conclusão do plano de negócios. Ser enfermeiro empreendedor implica identificar as</p>

	<p>necessidades não atendidas da população. É fundamental identificar as necessidades e as potenciais soluções (o que melhorará a situação) ouvindo e dialogando com os clientes pessoalmente ou através da tecnologia baseada na web; analisar os serviços ou os produtos existentes e encontrar lacunas no atual mercado; explorar áreas geográficas que são minimamente atendidas ou não atendidas pelos serviços ou produtos que a empresa pode oferecer, como, por exemplo, a necessidades do setor de assistência domiciliária, incluindo a falta de cuidados culturalmente competentes.</p>
Estudo 10	<p>Richter, S.A., Santos, E.P., Kaiser, D.E., Capellari, C., & Ferreira, G.E. (2019). Being an entrepreneur in nursing: challenges to nurses in a strategic leadership position. <i>Acta Paul Enferm.</i>; 32(1), 46-52.</p>
Amostra	<p>12 enfermeiras, em posição estratégica de liderança, em diferentes organizações e serviços de saúde de um município do Sul do Brasil.</p>
Evidências estabelecidas	<p>O estudo objetivou conhecer os desafios a nível do desenvolvimento de ações empreendedoras na perspectiva de enfermeiras em posição estratégica de liderança. As evidências mostram que as enfermeiras em posição estratégica de liderança visualizam desafios importantes no desenvolvimento de ações empreendedoras, representados pelas seguintes estruturas temáticas: movimentos da ação empreendedora por enfermeiras em posição estratégica de liderança; empreender em posição estratégica de liderança: situações (i)mobilizadoras; aprender a empreender: desafios de uma responsabilidade avançada. No contexto do estudo, a posição ocupada pelas enfermeiras representa uma oportunidade ímpar na disseminação de uma cultura empreendedora em diversos cenários de atuação profissional, pelo seu potencial estratégico na condução de pessoas e processos, bem como o estímulo ao desenvolvimento de ações empreendedoras na gestão dos cuidados e na gestão de serviços de saúde e enfermagem. O estudo apela para a necessidade de procurar caminhos e possibilidades que possibilitem gerenciar os paradoxos que permeiam a condição nem sempre favorável de ser mulher enfermeira num cargo estratégico de liderança nas instituições de saúde e de ensino.</p>

Após a análise dos artigos incluídos nesta revisão integrativa da literatura, pode afirmar-se que o empreendedorismo “empresarial” na Enfermagem fundamenta-se na necessidade de responsabilidade, visão estratégica, experiência profissional, compromisso pessoal e profissional, autoestima, persistência e determinação. Assim, o enfermeiro empreendedor tem de ter uma capacidade holística, isto é, possuir uma visão do todo, independentemente das condições socioeconómicas e políticas. Em termos de limitações salienta-se a escassez de artigos publicados na área do empreendedorismo em enfermagem. Note-se que de 2968 artigos apenas 40 englobavam a área de enfermagem e só 10 foram elegíveis para análise.

O enfermeiro empreendedor deve, como salienta Hong (2017), integrar os seus conhecimentos, habilidades e experiências para preservar, promover e restaurar a saúde dos clientes da comunidade através da sua capacidade empreendedora. Deste modo, pode atender as necessidades não atendidas das populações por parte do sistema de saúde. Ser empreendedor em enfermagem equivale a transformar a vida das pessoas que precisam de assistência. Um empreendedorismo criativo e responsável pode oferecer resultados consistentes de cuidados de saúde de qualidade e facilitar as metas dos indivíduos, famílias e organizações. Esta é uma forma de prestar assistência de qualidade, confiável e culturalmente competente no domicílio, oferecendo aos clientes a oportunidade de maximizar as suas habilidades funcionais e possivelmente prolongar as suas vidas.

Há unanimidade de que ser enfermeiro empreendedor significa atender as necessidades das comunidades e colmatar as lacunas do sistema de saúde desarticulado e ineficiente. Esta é uma oportunidade de ajudar os outros, num trabalho colaborativo em rede (Coke, 2019; Brooks, 2019). Todavia, como demonstra Hains et al. (2018), existem ainda questões burocráticas que impedem a regulamentação da atuação destes enfermeiros

por parte dos órgãos de enfermagem e da sua acreditação. Silva et al. (2019) referem que outra condicionante para a prática de empreendedorismo em enfermagem, como profissão liberal, é a rejeição e o preconceito por parte de outros profissionais de saúde, a pouca aceitação por parte da comunidade e as dificuldades financeiras, bem como a falta de preparação para o empreendedorismo, particularmente o que envolve o conhecimento de contabilidade. No estudo de Richter et al. (2019) sobressaiu a dificuldade de se aceitar que seja uma enfermeira a ocupar uma posição estratégica de liderança.

As evidências mostram que a motivação para os enfermeiros que assumem o papel de empreendedor compreende a evolução profissional, a satisfação no trabalho, recuperar um senso de autonomia em relação ao equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e preencher áreas deficitárias na área da saúde (Hains et al., 2018).

Coke (2019) refere que o enfermeiro empreendedor tem de possuir habilidades cognitivas: autorregulação, “know-how” profissional e compreensão do contexto alargado, para que possa satisfazer as necessidades da população em termos de cuidados de saúde. Como referem Copelli et al. (2019), ser enfermeiro empreendedor inclui ser autónomo o suficiente para que possa estimular, inclusive, uma reforma do sistema de saúde. Por conseguinte, estimular para o empreendedorismo autónomo do enfermeiro configura-se como primordial para a própria profissão, na medida em que facilita a conquista de novos campos de atuação, a própria valorização social da enfermagem, bem como impulsiona o crescimento económico de um país, tendo em conta que novas empresas geram novos empregos para uma parcela da população.

Segundo Saraiva (2011), os motivos que levam os empreendedores a iniciar um novo projeto, em grande parte das situações, não são direcionados para o lucro ou enriquecimento pessoal no curto prazo, mas a motivação pelo

acréscimo da realização pessoal, pelo reforço da autonomia e pela dificuldade que os empreendedores têm em conseguir encontrar facilmente outras opções de vida.

Andrade, Dal Bem e Sanna (2015) reforçam que para que o enfermeiro empreendedor possa alcançar os seus objetivos, necessita de criar processos inovadores, o que deve ser aliado à sua capacidade de formação de redes de contacto e à sua utilização, saber fixar metas e alcançá-las, bem como diagnosticar os problemas e necessidades para criar soluções viáveis de uma prestação de cuidados de qualidade. Deste modo, o enfermeiro empreendedor tem de ser organizado, conhecedor da utilização de recursos e de conhecimentos, procurar sempre um feedback de modo a aprimorar e assumir riscos calculados, para além de agregar valor para a sociedade.

Conclusão

Na procura de maneiras mais satisfatórias de realização pessoal e profissional, bem como para suprimir as lacunas existentes no sistema de saúde no que se refere a uma mais eficaz prestação de cuidados de saúde às comunidades, os enfermeiros estão a enveredar pelo empreendedorismo, oferecendo serviços inovadores, com foco principalmente na promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados a doentes crónicos e paliativos, serviços de reabilitação e apoio, atendimento clínico baseado numa prática especializada.

Como em qualquer mudança sistémica ou organizacional, a reintrodução de enfermeiros empreendedores requer uma preparação cuidadosa dos praticantes e do campo de ação, criando-se ao mesmo tempo estruturas legais, socioeconómicas, profissionais e pessoais necessárias. Neste sentido e como referido nos estudos analisados, as escolas de enfermagem também têm um papel importante a desempenhar na preparação e evolução contínua do empreendedorismo, uma vez que tudo isto implica uma grande responsabilidade de monitorização e de avaliação dos resultados

em termos de resultados das pessoas alvo dos cuidados e o senso de bem-estar profissional dos enfermeiros.

Importa ressaltar que assumir riscos é um aspeto fundamental do empreendedorismo, uma vez que, como demonstram os estudos, ser enfermeiro empreendedor, na maioria dos casos, equivale a iniciar o seu próprio negócio e são trabalhadores independentes. No entanto, o termo não se deve limitar ao status de emprego, na medida em que o empreendedorismo tem a ver com o espírito de imaginação e de criatividade, e a coragem para desenvolver novas ideias. Um enfermeiro empreendedor é autónomo, diretamente responsável perante o cliente, a quem ou em nome do qual presta serviços de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Andrade, C., Dal Bem, I.W., & Sanna, M.C. (2015). Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.*; 68(1), 40-44. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680106p>
- Bagheri, A., & Akbar, M. (2018). The Impact of Entrepreneurial Leadership on Nurses' Innovation Behavior. *Journal of Nursing Scholarship*; 50, 1, 28-35.
- Brooks, B. (2019). The Smartphone Generation as New Nurse Entrepreneurs. *Nursing Economic\$*; Vol. 37, 6, 332-335.
- Coke, L.A. (2019). Integrating Entrepreneurial Skills Into Clinical Nurse Specialist Education. *Clinical Nurse Specialist*; 146-147.
- Copelli, F.H.S., Erdmann, A.L., & Santos, J.L.G. (2019). Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*; 72(Suppl 1), 301-310. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>
- Corbett, A.C., Neck, H.M., & DeTienne, D.R. (2007). How corporate entrepreneurs learn from fledgling initiative: entrepreneurial cognition and the development of a termination script. *Entrepreneurship: Theory & Practice*, Vol. 31, 6, 829-852.

Dees, J.G. (1998). *The meaning of social entrepreneurship*. Kansas: Ewing Marion Kauffman Foundation.

Ferreira, P.J.S. (2015). *Empreendedorismo. Uma abordagem sintética*. Faro: SÍLABAS & DESAFIOS – UNIPESSOAL, LDA. ISBN: 978-989-99310-4-6

Hains, T., Strand, H., & Turner, C. (2018). Complexities of the Australian perioperative nurse entrepreneur. *Australian Journal of Advanced Nursing*; Vol. 36, 1, 48-55.

Hong, S. (2017). New Nurse Entrepreneur Reflection and Guidance. *Nurse Leader*, 352-356.

Joanna Briggs Institute (2020). *Introduction to JBI Systematic reviews*. Acedido em <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/1.1+Introduction+to+JBI+Systematic+reviews>

Lopez, E., Gonzalez, J.L., Cordo, J.A., Janvier-Anglade, M., & Fitzpatrick, T.A. (2019). *EntrepreNurses: Nursing's Evolving Role in Innovation Strategy*. *Nursing Economic\$*; Vol. 37, 3, 159-163.

Marques, C.S., Valente, S., Lages, M. (2018). The influence of personal and organisational factors on entrepreneurship intention: An application in the health care sector. *J Nurs Manag.*;26, 696-706.

Pastro, I., & Busanello, G.F. (2014). *Empreendedorismo: Estratégia e Inovação*. In: Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicada, 3., Francisco Beltrão/PR. pp. 1-18.

Ramalho, A. (2008). *Redacção de estudos e projectos de revisão integrativa: com e sem metanálise*. Coimbra: Editora Formasau.

Richter, S.A., Santos, E.P., Kaiser, D.E., Capellari, C., & Ferreira, G.E. (2019). Being an entrepreneur in nursing: challenges to nurses in a strategic leadership position. *Acta Paul Enferm.*; 32(1), 46-52.

Sarkar, S. (2014). *Empreendedorismo e Inovação*. Lisboa: Escolar Editora.

Silva, E.K.B., Junior, J.N.O.S., Neto, M.N.G., Costa, L.S., Rodrigues, K.F., & Alexandre, A.C.S. (2019). *The Art and Science of Caring: Appreciation, Established*

and Outsiders in the Autonomy of the Nursing Liberal. *res.: fundam. Care*; 11(n. esp), 370-376.

Vannucci, M.J., & Weinstein, S.M. (2017). The nurse entrepreneur: empowerment needs, challenges, and self-care practices. *Nursing: Research and Reviews*; 7, 57-66.

ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: A PRÁTICA SUSTENTADA NO REFERENCIAL TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

Marlene Patrícia Ribeiro⁽¹⁾, Fábio Daniel Barros de Oliveira⁽²⁾, Maria Fernanda da Rocha Rodrigues⁽³⁾, Marco Antônio dos Santos Alves⁽⁴⁾, Carina Ferreira Silva⁽⁵⁾, Virgínia Maria Pereira Prazeres⁽⁶⁾, Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro⁽⁷⁾, Maria Mercília Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus⁽⁸⁾



Resumo

Introdução: A assunção de uma orientação conceitual para a prática em enfermagem de reabilitação traduz-se numa otimização dos cuidados. Torna-se pertinente que os enfermeiros compreendam o contributo dos referenciais teóricos que mais se adequam à área de especialidade. **Objetivo:** refletir sobre o contributo do referencial teórico de Dorothea Orem para a prática em enfermagem de reabilitação. **Método:** estudo teórico-reflexivo elaborado a partir da literatura e experiência dos autores. **Resultados:** da revisão e reflexão realizadas emergiram dois tópicos de análise: descrição e contributo do referencial teórico de Dorothea Orem e aplicabilidade do referencial teórico de Dorothea Orem no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Este referencial teórico oferece uma base compreensiva para a prática dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, na medida em que impulsiona, no âmbito do autocuidado, a evolução intencional de um sistema totalmente compensatório, para parcialmente compensatório e, por fim, de apoio-educação. **Conclusão:** A promoção, a recuperação e a potencialização das capacidades da pessoa, afetada por doença ou incapacidade, para a concretização do autocuidado, além de constituírem o cerne do referencial teórico de Dorothea Orem, são também os desígnios que sustentam a intervenção diária dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. **Palavras Chave:** Teoria de enfermagem; Modelos de enfermagem; Autocuidado; Enfermagem em reabilitação.

Abstract

REHABILITATION NURSING: THE PRACTICE BASED ON THE THEORETICAL FRAMEWORK OF DOROTHEA OREM

Introduction: The assumption of a conceptual orientation for the practice in rehabilitation nursing translates into an optimization of care. It is pertinent that nurses understand the contribution of theoretical references that best fit the area of specialty. **Objective:** reflect about the contribution of Dorothea Orem's theoretical framework to the practice of specialized care in rehabilitation nursing. **Method:** theoretical-reflective study based on the literature and the authors' experience. **Results:** two topics of analysis emerged from the review and reflection: description and contribution of the Dorothea Orem's theoretical framework and applicability of the Dorothea Orem's theoretical framework in the context of specialized care in rehabilitation nursing. It should be noted that this theoretical framework offers a comprehensive basis for the practice of specialized care in rehabilitation nursing, as it drives, within the scope of self-care, the intentional evolution from a wholly compensatory system for a partially compensatory and finally supportive-educative. **Conclusion:** The promotion, recovery and empowerment of the person's abilities, affected by illness or disability, to perform self-care, in addition to being the core of Dorothea Orem's theoretical framework, are also the designs that support the daily intervention of specialist nurses in rehabilitation nursing, which reflects the relevance of this conceptual orientation for the performance of these professionals. **Keywords:** Nursing theory; Nursing Models; Self care; Rehabilitation nursing.

Resumen

ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN: LA PRÁCTICA SOSTENIDA EN EL MARCO TEÓRICO DE DOROTHEA OREM

Introducción: La asunción de una orientación conceptual para la práctica en enfermería de rehabilitación se traduce en una optimización de los cuidados. Es pertinente que las enfermeras comprendan el aporte de referencias teóricas que mejor se ajusten al área de especialidad. **Objetivo:** reflejar sobre la contribución del referencial teórico de Dorothea Orem a la práctica del cuidado especializado en enfermería de rehabilitación. **Método:** estudio teórico-reflexivo basado en la literatura y la experiencia de los autores. **Resultados:** de la revisión y reflexión surgieron dos temas de análisis: descripción y contribución del referencial teórico de Dorothea Orem y aplicabilidad del referencial teórico de Dorothea Orem en el contexto de la atención de enfermería especializada en rehabilitación. Cabe señalar que este referencial teórico ofrece una base integral para la práctica del cuidado especializado en enfermería de rehabilitación, ya que impulsa, en el ámbito del autocuidado, la evolución intencional de un sistema plenamente compensatorio, a parcialmente compensatorio y, finalmente, apoyo-educación. **Conclusión:** La promoción, recuperación y mejora de las capacidades de la persona, afectada por enfermedad o discapacidad, para la realización del autocuidado, además de ser el núcleo del referencial teórico de Dorothea Orem, son también los diseños que sustentan la intervención diaria de enfermeros especialistas en enfermería de rehabilitación, lo que refleja la relevancia de esta orientación conceptual para la actuación de estos profesionales. **Palabras llave:** Teoría de enfermería; Modelos de enfermería; Autocuidado; Enfermería en rehabilitación.

Submetido em setembro 2021. Aceite para publicação em outubro 2021

⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0003-3041-7731>

⁽²⁾ <https://orcid.org/0000-0002-6545-3364>

⁽³⁾ <https://orcid.org/0000-0002-4207-2817>

⁽⁴⁾ <https://orcid.org/0000-0002-2464-3292>

⁽⁵⁾ <https://orcid.org/0000-0002-6252-8842>

⁽⁶⁾ <https://orcid.org/0000-0002-6888-9753>

⁽⁷⁾ <https://orcid.org/0000-0001-9982-9537>

⁽⁸⁾ <https://www.cienciaevitae.pt/portal/AE17-AE77-2FDF>

INTRODUÇÃO

No percurso de desenvolvimento da enfermagem, as questões colocadas relativamente ao seu carácter científico, contribuíram para o desenvolvimento de várias teorias que sustentam tanto a prática dos cuidados como a formação e a investigação.

No entanto, atualmente, existem poucos estudos realizados por enfermeiros que enunciem práticas baseadas em teorias de enfermagem (Karnick, 2014). De igual modo, percebe-se que estas teorias têm vindo a desvanecer a sua importância, não só nas pesquisas, mas também, na formação e na prática, o que pode estar relacionado com um afastamento sobre o real foco da enfermagem e sobre a sua fundamentação teórica (Hoeck & Delmar, 2017; Thorne & Sawatzky, 2014). O referido poderá fazer com que a enfermagem fique reservada a ser apenas um conjunto de tarefas, tomada por regras e decisões propostas por outros profissionais, e não mais uma profissão essencial no cuidado das pessoas e dos seus familiares cuidadores (Karnick, 2014). Como salientam Ribeiro, Martins, Tronchin e Forte (2018), o trabalho inicial dos teóricos visou esclarecer o que distinguia a enfermagem da mera realização de tarefas e, por esse motivo, a desvalorização dos referenciais poderá constituir um retrocesso na enfermagem.

De facto, as teorias de enfermagem não podem ser menosprezadas, mas sim enaltecidas, tanto no processo formativo do enfermeiro, como na prática clínica, com o objetivo de promover e melhorar o estado de saúde das pessoas e grupos e não apenas aumentar os indicadores e a produtividade, pois a disciplina de enfermagem tem, necessariamente, de se fundamentar em pressupostos teóricos (Jensen & Andersen, 2025).

O pensamento teórico em enfermagem tem evoluído num percurso de enriquecimento concetual que deverá ser apropriado pelos enfermeiros de forma teórica e metodológica (Queirós, Vidinha & Filho, 2014). Na área da

prestação de cuidados de enfermagem, surge a necessidade de elevar o nível de conhecimento dos enfermeiros acerca dos fundamentos teóricos da disciplina, bem como dos aspetos relacionados com a regulamentação do exercício profissional (Ribeiro, 2018). É, assim, essencial o desenvolvimento de estratégias que melhorem a adoção de práticas sistematizadas, sustentadas no conhecimento formal de enfermagem.

Na prática, o recurso a teorias serve de fio condutor para uma atuação sistematizada que se traduz em eficiência e onde se procede à colheita e organização intencional dos dados, à formulação de diagnósticos, ao planeamento e implementação das intervenções, bem como à definição de resultados, tendo por base a mesma orientação (Martins, Ribeiro & Silva, 2018).

Apesar de não representar a resolução de todos os problemas, uma teoria é uma componente essencial para a melhoria da prática, no contexto de um ambiente clínico em constante evolução, sendo um pilar para o processo de tomada de decisão, quer no âmbito dos cuidados gerais quer dos especializados (McCrae, 2011).

No que se refere aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), concebe, realiza e avalia planos de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, fundamentados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 392, 2019). As competências destes profissionais integram uma dinâmica de cuidar das pessoas com necessidades especiais em todos os seus contextos, com o intuito de reinserção e exercício de cidadania, assim como maximizar a funcionalidade da pessoa recorrendo ao desenvolvimento de todas as suas capacidades (Regulamento n.º 392, 2019).

Constando que os EEER alicerçam os seus cuidados em referenciais teóricos de enfermagem, num estudo sobre as orientações concetuais dos EEER em hospitais

portugueses, Martins, Ribeiro e Silva (2018) concluíram que estes profissionais consideram que os referenciais teóricos de Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger, são os que mais se adequam ao seu exercício profissional especializado.

Assumindo que o valor de qualquer teoria de enfermagem, sobretudo das grandes teorias, está na sua capacidade expansiva de sustentar a ciência humana prática (Queirós, Vidinha & Filho, 2014), considerou-se pertinente realizar uma reflexão sobre o contributo do referencial teórico de Dorothea Orem uma vez que este sustenta e molda a prática de cuidados especializados dos EEER, em Portugal.

Efetivamente, as concepções de Dorothea Orem têm sido utilizadas por inúmeras escolas de enfermagem, bem como, por organizações de saúde (Petronilho, 2012), sendo que os EEER têm orientado a sua concepção de cuidados a partir deste referencial teórico.

Assim, estabelecemos como objetivo deste artigo refletir sobre o contributo do referencial teórico de Dorothea Orem para a prática dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

MÉTODO

Estudo teórico-reflexivo, realizado a partir da literatura e da experiência dos autores. Com relação ao referencial teórico de Dorothea Orem e às suas contribuições, além do recurso a fontes primárias, foram tidas em consideração as análises de diversos autores a este referencial teórico, e que estão publicadas em artigos científicos e livros.

Quanto ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, o enfoque centrou-se nos instrumentos reguladores do exercício profissional, em especial nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assunção de uma orientação concetual para a prática especializada em enfermagem de reabilitação traduz-se numa otimização dos cuidados prestados. Torna-se, assim, pertinente que os enfermeiros especialistas compreendam o contributo dos referenciais teóricos que mais se adequam a esta área de especialidade. Neste sentido, da reflexão realizada emergiram dois tópicos de análise: descrição e contributo do referencial teórico de Dorothea Orem e aplicabilidade do referencial teórico de Dorothea Orem no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Descrição e contributo do referencial teórico de Dorothea Orem

O referencial teórico de Dorothea Orem integra três teorias que se relacionam entre si: a teoria do autocuidado, onde é feita a descrição da forma como as pessoas cuidam de si próprias e o porquê de o fazerem; a teoria do défice de autocuidado, onde se explica porque é que a enfermagem pode ajudar as pessoas, e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se faça enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

As teorias supracitadas incluem seis conceitos centrais: autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, défice de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem. Para além destes, há um conceito periférico, que a autora denomina de fatores condicionantes básicos, como seja a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde (Petronilho, 2012).

Para uma interpretação compreensiva do referencial teórico de Dorothea Orem, é essencial a definição do seu conceito-chave: o autocuidado, que se refere à prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, que a iniciam e

desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos e cujos objetivos são a preservação da vida, bem como o bem-estar pessoal (Orem, 2001).

O referencial teórico de Dorothea Orem vem oferecer uma base compreensiva para a prática de enfermagem, na medida em que é impulsionador do desenvolvimento da pessoa para as ações do autocuidado (Orem, 2001). Para Orem (2001), as necessidades das pessoas estão relacionadas com os défices no domínio do autocuidado e nesta perspetiva, o enfermeiro deve enfatizar a sua intervenção no âmbito do autocuidado, estimulando a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Orem (2001) refere ainda que, o enfermeiro em conjunto com a pessoa deve identificar os défices, para que se possa desenvolver nesta os potenciais existentes para a prática do autocuidado.

A capacidade da pessoa se envolver e ajustar ao autocuidado, denomina-se ação de autocuidado, sendo que esta, pode ser afetada pelos já mencionados condicionantes básicos, nomeadamente a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, os fatores ambientais, o estado sociocultural, os aspetos relativos à família e a disponibilidade e adequação de recursos (Petronilho, 2012).

As necessidades de autocuidado são variáveis, bem como a capacidade autónoma para a sua satisfação e a necessidade de apoio nas diferentes fases do ciclo de vida, às quais a pessoa nem sempre se consegue adaptar convenientemente (Queirós, 2010).

A teoria do défice de autocuidado reconhece que as necessidades no autocuidado que as pessoas evidenciam são superiores à sua capacidade, existindo uma relação entre a capacidade que a pessoa possui e a exigência com que se depara, sendo esta a perspetiva de Orem. Esta teórica refere ainda que, a sociedade deverá integrar serviços de ajuda para pessoas dependentes. A intervenção do enfermeiro, depois de identificadas as necessidades no âmbito do autocuidado, pode passar por: fazer, orientar, ensinar,

prestar apoio físico/psicológico, bem como providenciar recursos para garantir um meio adequado ao desenvolvimento pessoal (Petronilho, 2012).

O défice de autocuidado permite a compreensão do papel da pessoa no autocuidado fornecendo orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (Tomey & Allgood, 2004).

O enfermeiro assume-se como o agente terapêutico que está presente para iniciar e manter a relação com a pessoa, família ou grupo até que os mesmos não necessitem desses cuidados de enfermagem. Por sua vez, determina se a pessoa pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem, indo ao encontro das necessidades desta. Acrescenta-se ainda, que o enfermeiro é o agente terapêutico com competência para prescrever e proporcionar ajuda direta ao doente e pessoas significativas coordenando e integrando os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa e/ou outra assistência de saúde necessária (Tomey & Allgood, 2004).

Orem desenvolveu ainda o conceito de requisitos de autocuidado, apresentando três categorias: requisitos universais de autocuidado, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado no desvio de saúde (Tomey & Allgood, 2004).

Os requisitos universais de autocuidado encontram-se relacionados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, podendo estes, na pessoa com limitações, estarem amplamente alterados, nomeadamente: na necessidade em se assegurar um equilíbrio entre a solidão e a interação social; na prevenção de perigos à vida humana, relativamente ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano e na promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal (Orem, 2001).

A prática de atividades que as pessoas

realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar diz respeito ao autocuidado. Numa visão mais ampla do conceito, do que aquela que foi apresentada por Orem, acrescenta-se que o autocuidado se refere à capacidade da pessoa para cuidar de si própria, assumindo, desta forma, a responsabilidade do seu próprio bem-estar. Assim a pessoa desempenha um papel ativo para prevenir a doença e a incapacidade, restabelecer e manter a saúde. Nesta ordem de ideias, sendo o autocuidado realizado, torna-se possível manter a integridade estrutural e o funcionamento humano (Martins, Araújo, Peixoto & Machado, 2016).

Neste seguimento, a capacidade de adquirir ou de recuperar o autocuidado, poderá ser obtida pelo próprio ou por um interveniente, ocorrendo em três fases dependentes. A primeira, fase de autocuidado estimativo, identifica o que deve ser feito para o utente retomar o autocuidado; a segunda, fase de autocuidado transitivo, reconhece e seleciona as diferentes e mais favoráveis opções para a recuperação do autocuidado; e a terceira fase, intitulada de autocuidado produtivo, verifica a capacidade real do indivíduo para o autocuidado, demonstrando capacidade para cuidar de si. A capacidade de autocuidado só é afirmada quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter e restabelecer a saúde e o bem-estar sozinho (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, relacionados com: o processo de desenvolvimento humano, com condições e situações que ocorrem durante diversas fases do ciclo vital, bem como com os eventos que podem influenciar negativamente o desenvolvimento individual, podem encontrar-se também alterados. Especialmente em relação ao providenciar condições e promover comportamentos que prevenirão a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento, nomeadamente: problemas na adaptação social, défice de saúde individual, perda de bens e de segurança

ocupacional, problemas associados ao status, saúde inapropriada ou incapacidade (Orem, 2001).

Por fim, em relação aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, exigidos em condições de doença ou de lesão, consideram-se seis categorias: i) procurar a garantia de uma assistência médica adequada nos eventos de exposição a agentes específicos (físicos ou biológicos) ou condições ambientais associadas a eventos patológicos humanos ou quando resulta de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas conhecidas; ii) estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento; iii) realizar, de uma forma efetiva, as prescrições diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de patologias específicas, às normas de funcionamento humano integral, à correção de deformidades e anormalidades, e à compensação das incapacidades; iv) estar consciente e tentar diminuir ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos de desenvolvimento; v) modificar o autoconceito (e a autoimagem) em aceitar estar num estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde e aprender a viver com os efeitos e condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções; vi) diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida que promovam um continuado desenvolvimento pessoal (Orem, 2001).

Perante a existência de um desequilíbrio entre as necessidades de autocuidado e as capacidades da pessoa no desempenho das atividades de autocuidado, será o enfermeiro a assumir o papel de agente de autocuidado terapêutico, dando resposta às limitações dos requisitos de autocuidado da pessoa, nomeadamente, através da conceção, implementação e avaliação de planos e programas especializados, com o propósito de promover capacidades adaptativas, com vista

ao autocuidado, surgindo assim a teoria dos sistemas de enfermagem.

Esta teoria refere-se às ações executadas pelos enfermeiros no sentido de diminuir as limitações no desempenho do autocuidado, podendo ser dirigidas à pessoa ou à família detentora de necessidades terapêuticas de autocuidado. Esta teoria une todos os elementos essenciais à Teoria do Deficit do Autocuidado de Enfermagem.

A teoria dos sistemas de enfermagem determina como as necessidades de autocuidado da pessoa são satisfeitas pelo enfermeiro, pela pessoa, ou por ambos, no sentido de colmatar as limitações no desempenho do autocuidado (George, 2000). O mesmo autor acrescenta que se houver um déficit entre o que o indivíduo é capaz de fazer e o que precisa de fazer para manter o funcionamento ideal e o bem-estar, é exigida a existência de cuidados de enfermagem (George, 2000).

Assim, a teoria dos sistemas de enfermagem descreve e explica as relações que necessitam ser elaboradas e mantidas para que se produza enfermagem tendo em conta o autocuidado e o déficit de autocuidado da pessoa. Está ainda subordinada à teoria do déficit do autocuidado e à teoria do autocuidado. Esta teoria poderá ser aplicada a pessoas saudáveis, pessoas que constituam uma unidade de cuidar-dependente, a grupos em que os seus elementos possuam necessidades de autocuidado terapêutico com componentes idênticas ou que apresentem limitações semelhantes para a ocupação com o autocuidado ou o cuidar-dependente, ou para famílias ou instituições (Orem, 2001).

Caso a pessoa requeira um sistema totalmente compensatório, o enfermeiro deverá concretizar o autocuidado da pessoa, compensar a incapacidade desta em executar o autocuidado, apoiando-a e protegendo-a (exemplo: ao doente com tetraplegia, o enfermeiro executa a totalidade dos autocuidados tomar banho, arranjar-se, vestir-se e despir-se, alimentar-se, virar-se e transferir-se).

Num sistema parcialmente compensatório o enfermeiro deverá compensar as limitações do autocuidado da pessoa e assisti-la conforme necessário. Existirão algumas medidas de autocuidado que serão executadas quer pela pessoa quer pelo enfermeiro. Cabendo a ambos a regulação da atividade de autocuidado e a aceitação do cuidado e da assistência do enfermeiro (exemplo: ao doente com hemiplegia decorrente de acidente vascular cerebral, o enfermeiro assiste no autocuidado vestir e despir e, simultaneamente, informa, ensina, instrui e treina estratégias adaptativas).

Por último, no sistema de apoio-educação a pessoa executa todos os autocuidados e é o profissional de enfermagem que regula o desenvolvimento das atividades que concretizam cada autocuidado (exemplo: ao doente com patologia respiratória obstrutiva crónica, o enfermeiro realiza os ensinamentos sobre a autogestão da doença).

Aplicabilidade do referencial teórico de Dorothea Orem no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação

Um dos objetivos essenciais de um processo de reabilitação é a capacitação da pessoa para o autocuidado, promovendo um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo, atividade e participação (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A independência ou a máxima funcionalidade possível, podem ser atingidas pelo treino de capacidades e/ou através do uso de estratégias adaptativas, integrando os planos e programas de Enfermagem de Reabilitação. Neste sentido, o modelo do autocuidado revela-se estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O referencial teórico de Dorothea Orem apresenta-se assim, como um pressuposto adequado para planear e implementar princípios do autocuidado, fundamentais para a prestação de cuidados pelo EEER, sendo usados como uma estrutura concetual para orientar os programas de autocuidado.

A especialidade em enfermagem de reabilitação, surge muitas vezes associada ao conceito de autocuidado, termo que é considerado um componente essencial do modelo assistencial. Já em 2003, se afirmava que a reabilitação tinha o objetivo de tornar as pessoas portadoras de deficiência ou incapacidade, o mais independentes possível perante situações quotidianas, isto é, procurava a independência para a sua realização (Hesbeen, 2003). Contudo, Hesbeen (2003) reforçava, para que o cuidado de enfermagem seja eficiente neste processo, necessita de desenvolver a sua metodologia de trabalho fundamentada no método científico e baseada em teorias e modelos de enfermagem, no sentido de uma assistência individualizada, planeada e qualificada.

Apesar da especificidade de cada uma das teorias de Enfermagem, a verdade é que conceitos centrais como: enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, estão claramente definidos na maioria delas, podendo servir como guia orientador do exercício profissional. Relativamente aos vários referenciais, a maioria reconhece uma visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, bem como a importância da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (Ribeiro, 2018).

Conscientes da importância da reabilitação, no âmbito dos cuidados de saúde, os organismos públicos têm formulado políticas capazes de dotar esta área específica de intervenção de uma base legal que permita uma atuação capaz de prevenir, minimizar ou reverter as consequências das perdas ou alterações funcionais das pessoas, para que dessa forma possam alcançar e manter um nível ótimo de funcionalidade, autonomia e bem-estar (World Health Organization, 2016).

Já em 2004 se referia que, o aumento das incapacidades é um fenómeno que se deve essencialmente ao aumento da esperança média de vida, associada à crescente prevalência das doenças crónicas, o que leva a que os enfermeiros se deparem com a

necessidade de desenvolver a sua atividade no sentido de capacitar a pessoa para gerir com maior eficácia os processos saúde doença, focando a sua intervenção no autocuidado (Garcia & Nóbrega, 2004). Neste sentido, o EEER revela-se uma mais valia na promoção do autocuidado.

Osenfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação trabalham em proximidade com as pessoas, com o intuito de definir objetivos para obter níveis máximos de independência funcional, promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência, reforçar comportamentos de adaptação positiva, assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados, advogando uma melhoria na qualidade de vida (Hoeman, 2000).

Neste contexto, paralelamente aos referenciais teóricos que fundamentam a disciplina, existem os instrumentos reguladores do exercício profissional, quer no âmbito geral, quer no especializado. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este enfermeiro especialista deverá realizar diagnósticos precoces e intervenções preventivas de forma a manter as capacidades funcionais das pessoas, a prevenir complicações e a evitar incapacidades. Pretende-se, ainda, que as suas intervenções melhorem as funções residuais, mantenham ou recuperem a independência na concretização das atividades de vida diárias, minimizando o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 392, 2019).

O bem-estar e o autocuidado constituem um dos enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, em que o EEER, na procura permanente da excelência no exercício profissional, potencializa o bem-estar das pessoas e complementa/suplementa as atividades de vida às quais a pessoa apresenta dependência (Regulamento n.º 350, 2015).

Ainda relativamente ao bem-estar e ao autocuidado, são elementos essenciais

na prática dos EEER: i) a identificação precoce dos problemas reais ou potenciais da pessoa, relativamente aos quais tem conhecimentos para conceber, implementar e monitorizar as intervenções de enfermagem de reabilitação que contribuem para o bem-estar e para complementar atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente; ii) a definição de objetivos, metas e atividades com a pessoa e pessoas significativas de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida; iii) selecionar e prescrever produtos, ajudas técnicas e dispositivos de compensação, bem como o ensino e supervisão da utilização dos mesmos, por último, a iv) necessidade de ensinar, instruir e treinar a pessoa e pessoas significativas sobre as técnicas que provêm o autocuidado e a continuidade de cuidados nos diferentes contextos (Regulamento n.º 350, 2015).

Refletindo sobre a teoria do autocuidado de Orem, consideramos que no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, o EEER deve realizar, de forma efetiva e em função dos diagnósticos, a prescrição das terapêuticas de enfermagem de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de complicações específicas, às normas de funcionamento humano integral, à correção de deformidades e anormalidades e à compensação das incapacidades.

Analisando a legislação no âmbito do direito em saúde, os princípios éticos e o código deontológico dos enfermeiros, bem como os referenciais teóricos, constatamos que estes foram vetores para a elaboração dos documentos reguladores da prática profissional não só no domínio dos cuidados gerais, mas também dos especializados, nomeadamente em enfermagem de reabilitação.

No âmbito da perspetiva holística e científica da enfermagem, o referencial teórico de Dorothea Orem, é o que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa e pelo ambiente que a envolve, existindo um défice na sua ação de

autocuidado.

Orem parte do pressuposto que a pessoa é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, sendo este denominado de agente de autocuidado.

Perante o défice de autocuidado, o EEER detém um papel preponderante, pois a reabilitação constitui o mecanismo de apoio para a readaptação da pessoa, permitindo a aquisição de novas capacidades físicas e psicológicas. O objetivo é a promoção do seu autocuidado, através de um conjunto de intervenções que são efetuadas para ensinar e ajudar as pessoas a conhecer as suas necessidades de autocuidado, ajudando-as a exercitar ou desenvolver as suas ações de autocuidado ou as suas ações de dependência de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Através da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem, o EEER articula as suas capacidades terapêuticas, com as capacidades de autocuidado da pessoa com necessidades especiais e família, respondendo às suas necessidades, exercendo o seu papel de agente de autocuidado terapêutico. Os cuidados de enfermagem são exigidos uma vez que existe discrepância entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (Petronilho, 2012).

Deste modo, o EEER no planeamento dos cuidados de enfermagem, categoriza o estado da pessoa em: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório, ou sistema de apoio-educação, com o intuito de orientar as intervenções de enfermagem especializadas.

No sistema totalmente compensatório, o EEER vai sobretudo atuar e agir pela pessoa enquanto agente de autocuidado terapêutico, embora, também deva utilizar técnicas de orientação, apoio e suporte. No sistema parcialmente compensatório, o EEER para compensar as limitações da pessoa, tem um papel complementar na realização das tarefas

de autocuidado conjuntamente com a pessoa e familiar cuidador. Por fim, quando a pessoa já se encontra num nível de autocuidado, em que possui capacidade para o mesmo, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução para o exercício de desenvolvimento da atividade de autocuidado, pode referir-se que este já se enquadra no sistema de apoio-educação.

Com vista à excelência do exercício profissional, o EEER maximiza o bem-estar das pessoas e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente. Neste sentido, é um agente de autocuidado terapêutico e tem um papel preponderante na intervenção junto da pessoa com incapacidade e consequentemente com défice no autocuidado, bem como junto da família/cuidador, integrando-os como parceiros ativos de forma a que estes adquiram o máximo de autonomia aquando o seu regresso a casa, visando uma melhor reintegração na comunidade e sociedade e a melhoria da sua qualidade de vida.

A reabilitação da pessoa/família constitui um processo contínuo que engloba todas as atividades essenciais à sua recuperação ou manutenção da sua condição assim como o regresso à sua condição antes da ocorrência do evento.

CONCLUSÃO

Com base na análise reflexiva realizada a partir do referencial teórico de Dorothea Orem e dos instrumentos reguladores do exercício profissional, podemos concluir que tem uma importância significativa para a Enfermagem de Reabilitação pelos conceitos, propósitos e suposições que acrescentam valor aos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

O referencial teórico de Dorothea Orem permite implementar ações de ensino-aprendizagem com participação ativa da pessoa e do familiar cuidador durante a fase do tratamento, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e fortalecendo o trinómio pessoa, familiar cuidador e

comunidade.

A Enfermagem de Reabilitação enquanto especialidade, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar a pessoa com limitação, a maximizar o seu potencial funcional e a sua independência, tendo como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa. O enfoque no autocuidado é uma realidade de entre o amplo espectro das ações de enfermagem de reabilitação.

Sendo assim, o referencial de Dorothea Orem enquadra e dá sentido disciplinar à atividade profissional, constituindo um contributo muito importante para o conhecimento específico de enfermagem de reabilitação. Pelo princípio que centra o conceito de autocuidado na base da intervenção do EEER, existe portanto, uma relação de grande proximidade entre as três teorias desenvolvidas por Dorothea Orem e a enfermagem de reabilitação, uma vez que o cerne do referencial teórico visa a promoção, recuperação e potencialização das capacidades da pessoa afetada por doença ou incapacidade, sendo também estes os desígnios que sustentam a intervenção diária dos profissionais especializados em enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Garcia, T. R. & Nóbrega, M. M. (2001). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasileira Enfermagem*, 57(2), 228-32. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>
- George, B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ªed). Porto Alegre: Artes Médicas
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. 1ª ed. Loures: Lusociência.
- Hoeck, B., & Delmar, C. (2018). Theoretical development in the context of nursing-The hidden epistemology of nursing theory. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 19(1), 10.1111/nup.12196. <https://doi.org/10.1111/nup.12196>

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Loures: Lusociência

Jensen, U. J., & Andersen, P. F. (2005). *Sundhedsbegreber: Filosofi og praksis [Health concepts: Philosophy and practice]* (2ª ed.). Aarhus, Denmark: Philosophia

Karnick, P. M. (2014). The Elusive Profession Called Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 27(4), 292–293. <https://doi.org/10.1177/0894318414546422>

Martins, T., Araújo, M., Peixoto, M. & Machado, P. (2016) *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Loures: Lusodidacta

Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. (2018). Orientações conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 1(2), 42-48. <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1N2.pdf>

McCrae, N. (2011). Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), pp. 222–229. doi:10.1111/j.1365-2648

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer n.º 12/2011: Parecer sobre as Atividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6 ed. St. Louis: Mosby

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau

Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7

Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*.

Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22, 16655 – 16660

Regulamento n.º 392/2019 de 03 de maio (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568

Ribeiro, O. (2018). *Conceções e práticas dos enfermeiros – Olhares sobre um percurso em hospitais portugueses*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-84-0

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R. & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(2):e3970016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

Thorne, S., & Sawatzky, R. (2014). Particularizing the general: Sustaining theoretical integrity in the context of an evidence-based practice agenda. *ANS. Advances in nursing science*, 37(1), 5–18. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000011>

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6

World Health Organization (2016) *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*. [internet] 2016 [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf

INFLUÊNCIA DA HUMOROTERAPIA NA PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA PESSOA COM PATOLOGIA PSQUIÁTRICA

Ricardo Filipe de Sousa Correia⁽¹⁾



Resumo

Os benefícios do humor para a saúde são conhecidos. Os objetivos do estudo são: avaliar o sentido de humor da pessoa com patologia psiquiátrica internada numa unidade de longa duração antes e depois da participação na humoroterapia, identificar as atividades que a pessoa com patologia psiquiátrica internada numa unidade de longa duração participa e avaliar a influência da humoroterapia no aumento da participação em atividades da pessoa com patologia psiquiátrica internada numa unidade de longa duração. Este estudo é do tipo quase-experimental, de abordagem quantitativa, exploratório, do tipo pré-teste/pós-teste sem grupo de controlo. Constituíram a amostra oito pessoas. A participação no estudo foi voluntária e foram assegurados os pressupostos éticos às pessoas envolvidas. A utilização da escala multidimensional do sentido de humor evidenciou um aumento significativo em algumas dimensões, como a produção e uso social do humor após a participação nas atividades. Em média, existiu um aumento do sentido de humor. Igualmente, o número e frequência das atividades em que a pessoa participa, após a intervenção de grupo, aumentou significativamente. A combinação de técnicas especializadas em saúde mental com estratégias humorísticas mostrou-se uma mais-valia, pelos ganhos em saúde das pessoas doentes.

Palavras-chave: Participação do paciente; Humor; Enfermagem psiquiátrica; Cuidados de enfermagem.

Abstract

THE INFLUENCE OF HUMOR'S THERAPY IN THE PARTICIPATION IN ACTIVITIES OF THE SICK PERSON WITH PSYCHIATRIC DISORDERS
The benefits of humor to health are known. The main goals of this study were: to assess the people with psychiatric disorder admitted to a long-term unit sense of humor before and after the participation in humor's therapy, to identify the activities in which the sick person admitted to a long-term psychiatric unit participate and to assess the influence of humor's therapy in increasing the participation in the sick person admitted to a long-term psychiatric unit. This was a quasi-experimental study, with an exploratory and quantitative approach, using pre-test/post-test methodology without control group. The sample was formed by eight people. Sample participation was voluntary, and the study insures the same nursing care approach of the involved long-term psychiatric ward inpatients. The use of multidimensional sense of humor scale showed a significant increase in some dimensions, such as the production and social use of humor after participation in the activities of humor's therapy. On average, there was an increased sense of humor. Also, the number and frequency of activities in which the person participate after the group intervention increased significantly. The combination of technical expertise in mental health with humorous strategies proved to be an added value, by the health gains in the sick person living in a long-term psychiatric unit.

Keywords: Patient participation; Humor; Psychiatric nursing; Nursing care.

Resumen

INFLUENCIA DE LA HUMOROTERAPIA EN LA PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PSQUIÁTRICA
Los beneficios del humor para la salud son conocidos. Este estudio ha tenido como principales objetivos: evaluar el sentido de humor de la persona con patología mental ingresada en la unidad de largo plazo antes y después de la participación en humoroterapia, identificar las actividades en que participa la persona con patología psiquiátrica ingresada en una unidad de largo plazo y evaluar la influencia de la humoroterapia en el aumento de la participación en las actividades de la persona con patología mental internada en una unidad de largo plazo. Este estudio es cuasi-experimental, de enfoque cuantitativo y exploratorio, con pre-teste/pos-teste sin grupo de control. La muestra estuvo constituida por ocho personas. La participación en el estudio fue voluntaria y fueron asegurados los presupuestos éticos a las personas involucradas. Mediante el uso de escala multidimensional del sentido de humor, hubo un aumento significativo en algunas dimensiones, tales como la producción y uso social del humor después de la participación en las actividades. En media, hubo un incremento en el sentido de humor. Además, el número y la frecuencia de actividades en que la persona participa después de la intervención de grupo aumentaron significativamente. La combinación de técnicas especializadas en salud mental con las estrategias humorísticas demostró ser una regalia, por los beneficios en la salud de los enfermos.

Palabras clave: Participación del paciente; Humor; Enfermería psiquiátrica; Atención de enfermería.

Submetido em julho 2021. Aceite para publicação em setembro 2021

⁽¹⁾ Enfermeiro especialista e mestre. Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portimão, Portugal. E-mail: ricardo.fds.correia@gmail.com. Orcid: 0000-0001-8205-6347

INTRODUÇÃO

O enfermeiro é dos profissionais de saúde que mais tempo passa com a pessoa doente, e especificamente com a pessoa com patologia psiquiátrica. Partilham alegrias e tristezas, assim como incertezas, as pessoas doentes partilham os seus outros “eu”, que de um modo constrangedor tendem a se pronunciar.

Com isto, várias são as questões que surgem, e sobre as quais sempre se sentiu necessidade de refletir. Porque é que as pessoas com patologia psiquiátrica e numa unidade de longos internamentos perdem o gosto de realizar atividades? Porque perdem a cor no seu dia-a-dia, que teima em ser apenas cinzento? Como poderemos, enquanto enfermeiros, e especificamente enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, dar alguma cor à vida dessas pessoas doentes?

Compreender a pessoa por detrás da doença é crucial para o chegar até ao outro. O enfermeiro tem que «”colocar entre parêntesis” a sua conceção de saúde e compreender a do outro, para poder cuidar as pessoas de um modo que as faça encontrar sentido na sua existência» (José, 2008, p. 1). E quando a pessoa não reconhece esse sentido nela própria? Desse modo, motivar a pessoa é um verdadeiro desafio nesta área, dar cor, onde apenas o cinzento existe, para que deste modo a pessoa doente participe efetivamente nas atividades que lhe são propostas.

Escutemos o relato de um enfermeiro, acerca desta problemática: «Os objetivos da unidade, bem como as atividades da equipa de enfermagem direcionam-se a intervenções no âmbito da reabilitação, readaptação e reintegração: na vida familiar, nas atividades ergoterápicas, ocupacionais e lúdicas, bem como na promoção de insight. No entanto, o prolongado tempo de internamento tem-se apresentado como uma dificuldade na consecução destes objetivos, verificando-se um elevado grau de desmotivação dos utentes na adesão às atividades propostas, verbalizada pelos próprios utentes, com um consequente elevado número de utentes sedentários,

inativos e sem qualquer tipo de ocupação. A monotonia no dia-a-dia destes utentes é uma realidade gritante, sendo bastante difícil de intervir».

Partindo destas interrogações e da partilha de experiências com outros enfermeiros, surgiu o tema deste estudo de investigação: «A influência da humoroterapia na participação nas atividades da pessoa com patologia psiquiátrica».

FUNDAMENTAÇÃO

A monotonia e a desmotivação são problemas reais, que levam ao sedentarismo, à não participação em atividades práticas, e até à perda de interesse por atividades simples do dia-a-dia. As metas para o futuro são esquecidas e até mesmo eliminadas.

Fontaine (2005) refere que a motivação é um estado interno necessário para iniciar qualquer ação, mantê-la ou terminá-la, sendo o aspeto dinâmico da ação. Envolve assim afetos e emoções, e dá sentido à experiência. Ou seja, a motivação está intimamente relacionada com a forma como a pessoa tem consciência de si mesma.

Pequenas intervenções e as pequenas coisas dos cuidados de enfermagem, que revelam preocupação pela pessoa cuidada, por parte do enfermeiro, fazem toda a diferença, e são um contributo especial para a saúde dessas pessoas (Hesbeen, 2000), e logo para a mudança. Enquanto enfermeiro especialista, pretende-se que esteja capacitado para a intervenção em situações de elevada complexidade, conseguindo dar resposta às necessidades da pessoa doente a quem presta cuidados de forma eficaz, e tendo em conta as múltiplas variáveis da pessoa, e por vezes com a utilização de estratégias alternativas, como o é a humoroterapia.

De acordo com Beermann e Ruch (2009, p. 528), «*ao longo da história, assim como na pesquisa atual, a definição de “humor” tem causado uma infinidade de divergências, e às vezes até de maneiras contraditórias*». Este é um termo de difícil definição, e

existem inclusive autores que referem que o conceito preciso não é possível ser encontrado (Robinson, 1991). Contudo, José (2008) refere que o humor pode ser entendido como uma disposição de ânimo manifestada exteriormente e uma atitude que consiste em apresentar a realidade sob um aspeto geralmente cómico, sendo assim um elemento importante da vida de todos os dias e uma necessidade humana básica, assim como uma capacidade de uma pessoa considerar as coisas divertidas.

Desta forma, o humor pode ser utilizado como uma intervenção em enfermagem, cujo poder terapêutico é conhecido. O rir com a pessoa é assim essencial e fulcral em todo o processo de utilização do humor como terapia, e mais especificamente como uma técnica especializada.

«O humor desempenha um papel bem definido na vida quotidiana das pessoas e constitui um importante elemento para o bem-estar humano. Os enfermeiros têm, assim, que considerar o humor como parte do seu agir profissional já que, deste modo, estão a valorizar uma importante estratégia de cuidado» (José, 2008, p. 44). O humor pode assim ser uma estratégia utilizada pelo enfermeiro, com um planeamento de utilização da mesma, tendo em conta a finalidade e intenção da sua utilização. Não pode ser utilizado de uma maneira desmedida, sem se ter um conhecimento prévio da pessoa, grupo ou família, ou seja, é uma estratégia que como qualquer outra intervenção em enfermagem tem que ser individualizada tendo em conta o outro.

A intencionalidade do uso do humor permite um vivenciar de uma consciência de si próprio e do mundo que o rodeia, assim como permite modificar essa percepção, e logo as emoções associadas a esse processo.

O desconhecimento leva a dúvidas, daí que muitas vezes, o humor é entendido como falta de seriedade, existindo inclusive ditados populares como “muito riso, pouco siso”, que desvalorizam a utilização do humor. No

entanto, esta é uma estratégia de comunicação, de estabelecer conexões, de chegar perto do outro, de causar um sorriso, de aliviar a dor, de encontrar bem-estar, de humanizar, de ajudar, de unir. O uso pensado e adequado do humor, com conhecimento do que é apropriado, é alvo de respeito para com a pessoa doente, e simultaneamente permite brincar com ela.

Contudo, e como refere José (2008), o humor pode ser considerado positivo ou negativo, consoante a sua utilização traga benefícios ou não para a pessoa que o vivencia e partilha. A visão que cada um tem sobre o humor é individual, e varia de acordo com a forma que o mesmo é utilizado, tanto pela própria pessoa como pelos que nos rodeiam. Mas temos que estar cientes que o humor aumenta sentimentos de esperança, coesão, confiança e amor, que são essenciais para o bem-estar da pessoa.

O bem-estar da pessoa doente a que prestamos cuidados é a maior preocupação do enfermeiro. O conceito de bem-estar está atualmente associado a dimensões de natureza psicológica, e logo intra-individual, como a satisfação com a vida, a felicidade, o otimismo ou a autoestima (Fernandes, 2007). Estes aspetos são igualmente influenciados pela utilização do humor.

A humoroterapia, quando usada apropriadamente pode ser um meio de diagnóstico, assim como uma ferramenta de tratamento à disposição do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria junto dos pacientes com doença mental (Chiarello, 2010). O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria tem um papel preponderante no chegar até ao outro, a pessoa com patologia psiquiátrica, vindo para além da sua doença. O humor pode assim ser um elemento essencial, combinado com outras competências desenvolvidas. Christie e Moore (2005, p. 211) salientam isso mesmo, «o humor pode ser uma estratégia efetiva em enfermagem, mas em conjugação com as suas outras competências e concomitantemente com os cuidados aos pacientes».

Desta forma, o humor pode ser uma ferramenta adaptativa sofisticada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, e assim dar cor ao dia-a-dia que teima em ser apenas cinzento. O estudo em torno destas problemáticas é muito importante e crucial como meio de consolidação da utilização destas estratégias na prática clínica, e em benefício da pessoa doente com patologia psiquiátrica, com um aumento da sua atividade e bem-estar.

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo quase-experimental, exploratório, de abordagem quantitativa, do tipo pré-teste/pós-teste sem grupo de controlo. Com este estudo pretende-se conhecer a influência de uma intervenção em enfermagem sobre uma condição ou variável. Como referem Streubert e Carpenter (2002), uma das características fundamentais destes estudos é a procura de soluções para problemas identificados.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

a) Questões de investigação:

Questão 1: Qual é o sentido de humor das pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração?

Questão 2: Quais são as atividades em que as pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração participam?

Questão 3: Qual é a eficácia da humoroterapia na participação em atividades das pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração?

b) Hipótese:

Hipótese 1: A participação das pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração em atividades aumenta com a humoroterapia.

AMOSTRA

A amostra foi não probabilística intencional, uma vez que na sua seleção, cada elemento da população não tem igual probabilidade de ser

escolhido e também porque consiste na escolha prévia dos sujeitos a serem observados (Fortin, 2003). Neste caso, a amostra foi composta por pessoas com patologia psiquiátrica, conscientes, utilizando como critérios de inclusão os seguintes: estar internado na unidade de longa duração onde foi realizado o estudo, ter condições para participar nas intervenções (sem descompensação psicopatológica ativa), saber ler e escrever de modo a dar resposta à escala aplicada, e ter consentimento para a participação nas intervenções. Em relação aos critérios de exclusão, estes foram: rejeição de participação no estudo, e a existência de descompensação psicopatológica ativa. Os participantes foram indivíduos do sexo masculino (100%), com idades compreendidas entre os 33 e 65 anos de idade ($M = 51,25$; Desvio padrão = 11,671), maioritariamente solteiros ($N = 7$; 87,5%), com o diagnóstico médico de esquizofrenia (100%), maioritariamente com o ensino básico ($N = 4$; 50%), e com um tempo de internamento na unidade entre os 4 e 20 anos ($M = 9,75$; Desvio padrão = 6,541).

Elizalde (1997) refere que para os grupos de desenvolvimento pessoal, o número que é sugerido encontra-se entre oito e dez pessoas. O número de pessoas que constituíram a amostra, e que cumpriram os critérios de seleção, fez um total de oito. Estes grupos de desenvolvimento pessoal pretendem ajudar a melhorar a autoavaliação de si próprios e determinar formas de mudar os padrões de pensar, sentir e atuar (Guerra e Lima, 2005).

Instrumentos

Os instrumentos de recolha de dados foram adotados no sentido de dar respostas relativamente aos objetivos delineados e questões de investigação formuladas. Deste modo, neste estudo foi aplicada a escala multidimensional do sentido de humor e Indicadores de participação em atividades. Foi solicitada autorização aos autores que traduziram e validaram a escala para a população portuguesa, tendo sido a mesma

concedida.

A escala multidimensional do sentido de humor é composta por 24 questões, e em cada questão deve ser assinalada a resposta que mais se adequa à pessoa. Esta escala avalia os aspectos multidimensionais do sentido de humor, considerando cinco dimensões: Produção e uso social do humor; humor adaptativo; atitude pessoal face ao humor; objeção ao uso do humor; e apreciação do humor. Esta escala apresentou um alfa de Cronbach de 0,92 de fidelidade aquando da validação para português (José e Parreira, 2008). É apresentada sob a forma de uma escala Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente).

O indicador para a participação nas atividades é: Número de atividades (e quais) em que as pessoas com patologia psiquiátrica da unidade de longa duração participam.

Estes instrumentos são aplicados antes das intervenções, assim como depois das mesmas.

PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a realização deste estudo de investigação, foi executado o pedido formal e respetiva autorização à Direção de enfermagem, assim como à Coordenação da unidade em que o mesmo ocorreu, tendo sido expressamente concedida pelo comité ético da instituição.

O conhecimento prévio das pessoas envolvidas no estudo foi muito importante, pelo que, apenas após a apresentação e contato com elas com estabelecimento de uma relação significativa, o estudo teve início. Como refere Franzini (2001), a utilização do humor na psicoterapia é uma ferramenta muito poderosa, e deve ser utilizada apenas depois de se ter estabelecido uma forte relação terapêutica. A explicação do estudo de investigação, os objetivos, assim como a forma de preenchimento do instrumento de colheita de dados, e a obtenção do consentimento por parte da pessoa/representante legal foram muito importantes para que a participação

fosse livre.

Quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigações científicas (como costuma ocorrer na pesquisa em enfermagem) precisa-se ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos são protegidos (Polit e Hungler, 1995). Deste modo, a manutenção do anonimato e a confidencialidade foram assegurados, assim como foi possível a desistência durante o processo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em relação à apresentação e discussão dos resultados, inicialmente serão apresentados os resultados obtidos no primeiro momento (antes da intervenção em grupo) e posteriormente os do segundo momento (após a intervenção em grupo), dando resposta às questões e hipótese formuladas. Os dados recolhidos foram tratados no programa informático SPSS (Statistical package for the social science).

No sentido de dar resposta à questão de investigação: “Qual é o sentido de humor das pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração?”, antes da intervenção em grupo, assim como no final da intervenção em grupo, foi aplicada a Escala multidimensional do sentido de humor (Quadro 1), de modo a avaliar o sentido de humor das pessoas participantes no estudo de investigação, assim como todas as dimensões do humor (produção e uso social do humor, humor adaptativo, atitude pessoal face ao humor, objeção ao uso do humor, e apreciação do humor). Posteriormente, foi realizada uma análise de correlação dos resultados da avaliação da Escala multidimensional do sentido de humor antes e após a intervenção em grupo, com utilização do teste de Wilcoxon.

Relativamente à dimensão de produção e uso social do humor, os resultados obtidos com a aplicação da escala multidimensional do sentido de humor antes da intervenção em grupo, demonstram que os participantes do estudo apresentavam valores mais reduzidos ($M = 38,00$), comparativamente aos obtidos

após a intervenção em grupo ($M = 47,25$). Este é um resultado interessante e de saliente importância.

Afonso (2002) refere que as pessoas com esquizofrenia apresentam isolamento social, que é um sintoma negativo, e que se manifesta através de uma recusa em sair de casa e de se relacionar com os outros, existindo assim um desinteresse social e um desinvestimento no estabelecimento de relações. Para além destas características, as pessoas com esquizofrenia tendencialmente têm um discurso pobre, com pouca espontaneidade, limitando-se a algumas palavras, e restringindo-se a um número reduzido de temas e assuntos, muitas vezes em volta do seu conteúdo delirante e/ou alucinatório (Afonso, 2002).

Através da análise de correlação dos resultados relativamente à produção e uso social do humor, podemos verificar que os valores encontrados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) do início para o fim da intervenção em grupo, demonstrando que após esta intervenção, o uso social do humor sofreu, em média, uma melhoria significativa. Isto vai ao encontro do que José (2008) refere, em que o humor se afigura como uma das formas mais eficazes de interação social, ao dissolver tensões e fornecer pausas essenciais na conversação. Para além disso, o humor reduz o distanciamento social e favorece as relações interpessoais (Robinson, 1991).

No que concerne à dimensão do humor adaptativo, embora tenha existido, em média, uma melhoria dos resultados após a intervenção em grupo, relativamente ao primeiro momento de avaliação, este não foi muito acentuado, como era esperado. Como refere Townsend (2011), a adaptação ocorre quando a resposta física ou comportamental de um indivíduo a qualquer mudança no seu ambiente externo ou interno, que resulta na preservação da integridade individual ou regresso atempado ao seu equilíbrio. A teoria biológica do humor defende que o humor desempenha uma função de adaptação, já

que o considera inato ao sistema nervoso dos humanos (José, 2008), acrescentando ainda que o ponto de vista individual pode ser considerado um elemento essencial do sentido de humor, particularmente quando a perspetiva inclui a apreciação dos absurdos da vida, sendo que neste sentido pode ser visto como uma resposta adaptativa (José e Parreira, 2008).

Relativamente à atitude pessoal face ao humor, antes da intervenção em grupo, a média encontrava-se elevada ($M = 14,62$), pelo que a diferença existente para o segundo momento de avaliação ($M = 15,00$) foi reduzida. José (2008) refere que esta dimensão está relacionada com a predisposição ao humor, que como foi evidente nos resultados obtidos, esta já era elevada antes da intervenção em grupo, o que poderá ter facilitado a adesão às atividades humorísticas combinadas com intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria propostas.

A objeção ao uso do humor relaciona-se com os preconceitos existentes em relação à utilização do humor (José, 2008), e tal como em relação à dimensão discutida anteriormente, os resultados médios antes da intervenção em grupo ($M = 13,12$) encontravam-se elevados, sendo que o aumento foi mais discreto ($M = 15,00$).

Isto leva-nos a concluir que após a intervenção, a atitude pessoal face ao humor e a objeção ao humor dos participantes do grupo terá, em média, enfraquecido (tendo em conta que são dimensões com itens invertidos). Contudo, é de mencionar que este enfraquecimento não foi acentuado pela avaliação já existente antes da intervenção.

Em relação à apreciação do humor, a média após a intervenção em grupo ($M = 9,50$) melhorou face à média no primeiro momento de avaliação da escala ($M = 8,00$), o que revela uma maior apreciação do humor. Da análise de correlação dos resultados da avaliação relativamente à apreciação do humor antes e após a intervenção em grupo, podemos verificar que os valores encontrados

demonstram que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$).

No que concerne ao sentido de humor, como o resultado único e total da avaliação da escala multidimensional do sentido de humor, podemos verificar que houve um aumento no que diz respeito ao score final do mesmo, quando comparamos o momento antes da intervenção em grupo ($M = 89,12$) com o momento após a intervenção ($M = 104,50$).

Atendendo que as pessoas com um maior sentido de humor são mais motivadas, alegres, confiantes, com uma maior autoestima, e mais propensas para desenvolver relacionamentos sociais (Kelly, 2002), podemos referir que a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria combinada com estratégias humorísticas melhorou o sentido de humor dos participantes do grupo.

		Média	Mediana	Desvio padrão	Z	p	N
Produção e uso social do humor	Antes	38,00	37,50	6,84	-2,366	0,018	8
	Após	47,25	46,50	7,85			8
Humor adaptativo	Antes	15,37	15,00	3,50	-1,826	0,068	8
	Após	17,75	18,50	2,71			8
Atitude pessoal face ao humor*	Antes	14,62	15,00	0,74	-1,604	0,109	8
	Após	15,00	15,00	0,00			8
Objecção ao uso do humor*	Antes	13,12	15,00	4,15	-1,342	0,180	8
	Após	15,00	15,00	0,00			8
Apreciação do humor	Antes	8,00	7,50	1,51	-2,220	0,026	8
	Após	9,50	10,00	1,06			8
Sentido de humor	Antes	89,12	92,50	10,13	-2,524	0,012	8
	Após	104,50	103,50	9,60			8

* Com itens invertidos.

Quadro 1: Resultados obtidos com a escala multidimensional do sentido de humor antes e depois da intervenção em grupo.

De modo a dar resposta à questão de investigação: “Quais são as atividades em que as pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração participam?”, foi efetuada uma análise do indicador delineado.

Assim, foram identificadas detalhada e individualmente as atividades em que a pessoa doente participa antes e após a intervenção de grupo especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria combinada com estratégias humorísticas, assim como a frequência das mesmas (Quadro 2). Por uma questão de confidencialidade, as pessoas participantes no grupo foram designadas desde o paciente 1 até ao paciente 8. Posteriormente foi realizada uma análise de correlação dos resultados da participação nas atividades antes e após a intervenção em grupo, com utilização do teste de Wilcoxon (Quadro 3).

Relativamente ao número de atividades, assim como à frequência em que estas atividades são realizadas, verificou-se um aumento das mesmas em ambos os aspetos, número e frequência. Através da análise de correlação dos resultados da participação nas atividades antes e após a intervenção em grupo, podemos verificar que os valores encontrados demonstram que existem diferenças, sendo estas estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$), entre as atividades realizadas pela pessoa com patologia psiquiátrica no início e no fim da intervenção em grupo. O humor acentua a produtividade (Robinson, 1991; Association for Applied and Therapeutic Humor, 2005), conduz a um desempenho mais eficaz (José, 2008), assim como constitui um meio para que a pessoa se sinta ocupada (José, 2008).

Neste sentido, podemos afirmar que a participação no grupo terapêutico com combinação de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria com estratégias humorísticas foi eficaz na promoção da adesão da pessoa com patologia psiquiátrica, às atividades de grupo, assim como às atividades mais simples do

quotidiano.

No que se refere à hipótese do estudo de investigação: “A participação das pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração em atividades aumenta com a humoroterapia”, e como podemos verificar anteriormente, existiu um aumento considerável do número de atividades, assim como da frequência em que as mesmas são realizadas pela pessoa com patologia psiquiátrica internada na unidade de longa duração, o que dá resposta à última questão de investigação: “Qual é a eficácia da humoroterapia na participação em atividades das pessoas com patologia psiquiátrica internadas na unidade de longa duração?”.

Os resultados poderiam ser melhorados com o aumento da duração da intervenção global, em que existiu a combinação de intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria com estratégias humorísticas, assim como a existência de uma maior formação em estratégias humorísticas dos restantes elementos da equipa multidisciplinar, o que possibilitaria o seu maior envolvimento. Durante o processo de investigação, a equipa de enfermagem teve uma formação acerca de estratégias humorísticas.

	Antes da intervenção	Após a intervenção
Paciente 1	- Limpeza da unidade (cozinha e salão de fumo) – Diário - Reuniões comunitárias – 1/mês	- Limpeza da unidade (cozinha e salão de fumo) – Diário - Reuniões comunitárias – 1/mês - Grupo de teatro – 3/semana - Atividades de grupo – 1/semana - Jornal de papel – 1/mês

Quadro 2: Atividades em que a pessoa com patologia psiquiátrica participa antes e após a intervenção em grupo (Paciente 1).

		N	Média das ordens	Z	p
Atividades	Ordem positiva	8	4,50	-2,598	0,009
	Ordem negativa	0	0,00		
	Empates	0			

Quadro 3: Análise de correlação dos resultados obtidos do número de atividades em que a pessoa com patologia psiquiátrica participa com aplicação do teste de *Wilcoxon*.

Conclusão

Após a análise e discussão dos resultados obtidos, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas do sentido de humor e do número de atividades em que a pessoa com patologia psiquiátrica participa, antes e após a intervenção em grupo. Existiu um aumento significativo dos pontos referidos anteriormente, assim como em relação às dimensões produção e uso social do humor, e apreciação do humor, da escala multidimensional do sentido de humor.

Esta alteração significativa demonstrou ser de extrema importância, quando pensamos nas características e sintomas que a pessoa com esquizofrenia apresenta. Isto reforça a importância deste tipo de intervenção, e da combinação de intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental com outras técnicas, especificamente com estratégias humorísticas, como a humoroterapia.

Simultaneamente constatou-se um aumento

significativo do número de atividades, assim como da frequência em que a pessoa com patologia psiquiátrica as realiza, existindo uma relação estatisticamente significativa entre o antes e após a participação na intervenção de grupo.

Deste modo, surgem como sugestões para a melhoria destes resultados, em intervenções futuras neste contexto de prática: aumento do número de sessões de humoroterapia; aumento do tempo para a aplicação das intervenções; e formação mais detalhada e intensiva da equipa de enfermagem e multidisciplinar, relativamente a estratégias humorísticas.

A formação deste grupo terapêutico, demonstrou que a combinação de intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria com estratégias humorísticas é uma mais-valia, contribuindo para ganhos em saúde na pessoa com doença psiquiátrica internada numa unidade de longa duração. Demonstrou-se também que a

implementação destas estratégias é facilitada quando existe um conhecimento prévio dos participantes, em que as intervenções são individualizadas e adequadas às pessoas envolvidas. Isto vai ao encontro do que Franzini (2001) refere, em que a utilização do humor na psicoterapia é uma ferramenta muito poderosa, e deve ser utilizada apenas depois de se ter estabelecido uma forte relação terapêutica com os participantes.

Assim, e em suma, da análise dos resultados obtidos, podemos referir que a participação no grupo terapêutico de humoroterapia trouxe benefícios para a pessoa com patologia psiquiátrica, que constituem os ganhos em saúde.

«Cada sessão que participo, sinto-me mais forte»

«Isto é amor ágape»

«Devia-se manter estas coisas»

«Sinto-me com uma alma nova»

Testemunhos dos participantes nas sessões de humoroterapia.

Referências Bibliográficas

- AFONSO, P. (2002) – Esquizofrenia: Conhecer a doença. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- ASSOCIATION FOR APPLIED AND THERAPEUTIC HUMOR (2005). Association for applied and therapeutic humor: The home for humor and laughter professionals. Aliso Viejo: Association for Applied and Therapeutic Humor. Acedido em <http://www.aath.org>.
- BEERMANN, U.; RUCH, W. (2009) – How virtuous is humor? What we can learn from current instruments. The journal of positive psychology. Volume 4, Número 6. p. 528-539.
- CHIARELLO, M. (2010) – Humor as a teaching tool: Use in psychiatric undergraduate nursing. Journal of psychosocial nursing. Volume 48, Número 8. p. 34-41.
- CHRISTIE, W.; MOORE, C. (2005) – The impact of humor on patients with cancer. Clinical journal of oncology nursing. Volume 9, Número 2. p. 211-218.
- ELIZALDE, L. (1997) – Dinámica de grupos: Cincuenta años después. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- FERNANDES, H. (2007) – O bem-estar psicológico em adolescentes: Uma abordagem centrada no florescimento humano. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tese de doutoramento.
- FONTAINE, A. (2005) – Motivação em contexto escolar. Lisboa: Universidade Aberta.
- FORTIN, M. (2003) – O processo de investigação: Da concepção à realização. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- FRANZINI, L. (2001) – Humor in therapy: The case for training therapists in its uses and risks. The journal of general psychology. Número 128. p. 170-193.
- GUERRA, M.; LIMA, L. (2005) – Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- HESBEEN, W. (2000) – Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- JOSÉ, H. (2008) – Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento.
- JOSÉ, H.; PARREIRA, P. (2008) – Adaptação para português da escala multidimensional do sentido de humor (MSHS). Referência. IIª Série, Número 6. p. 7-18.
- KELLY, W. (2002). An investigation of worry and sense of humor. Journal of psychology. Número 136, p. 657-666.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995) – Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ROBINSON, V. (1991) – Humor and the health professions: The therapeutic use of humor in health care. 2ª Edição. Thorofare: Slack Incorporated.
- STREUBERT, H.; CARPENTER,

D. (2002) – Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

- TOWNSEND, M. (2011) – Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. 6ª Edição. Loures: Lusociência.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

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

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

Devem estruturar-se da seguinte forma:

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

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

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

Desenvolvimento da temática

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

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

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

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

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

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

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

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

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

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

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

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

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

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

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

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

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

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

A taxa de submissão de artigo é de 10€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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

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

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Monografias;

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

Artigos de publicações periódicas;

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

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