

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health



1

Série 2

pt

Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Instituto Politécnico de Viseu, Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)

Equipa Editorial | Editorial Team | Equipo Editorial

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Madalena Cunha

Editores Adjuntos | Assistant Publishers | Editores Adjuntos

José Luís Abrantes

José Paulo Lousado

Maria João Amante

Paula Correia

Editores das Seções | Section Publishers | Editores de Secciones

Ciências Agrárias, Alimentares e Veterinárias | Agricultural Sciences, Food and Veterinary | Ciencias Agrícolas, Alimentos y Veterinaria

Paula Correia - paulacorreia@esav.ipv.pt

Ciências da Vida e da Saúde | Life and Health Sciences | Ciencias de la Vida y la Salud

Madalena Cunha - mnunes@essv.ipv.pt

Educação e Desenvolvimento Social | Education and Social Development | Educación y Desarrollo Social

Maria João Amante - majoa@esev.ipv.pt

Engenharias, Tecnologia, Gestão e Turismo | Engineering, Technology, Management and Tourism | Ingeniería, Tecnología, Administración y Turismo

José Luís Abrantes - jlabrantes@estv.ipv.pt

José Paulo Lousado - jlousado@estgl.ipv.pt



millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

Madalena Cunha, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT), Presidente
Ana Sofia Carvalho, PhD, Universidade Católica, Porto (PT)
Alessandro Gandini, PhD, Pagora School, Grenoble Polytechnic, France (FR)
António Boletto Rosado, PhD, Universidade Técnica de Lisboa (PT)
António Sérgio Alfredo Guimarães, PhD, Universidade de S. Paulo (BR)
Carlos Fernandes da Silva, PhD, Professor Catedrático, Universidade de Aveiro (PT)
Carlos Gutiérrez García, PhD, Universidade de León (ES)
Elisabeth Kastenzholz, PhD, Universidade de Aveiro (PT)
Flávio Nelson Fernandes Reis, PhD, Universidade de Coimbra (PT)
Isabel Mateos Rubio, PhD, Universidade de Salamanca (ES)
João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha, PhD, Universidade de Aveiro (PT)
João Eduardo Quintela Varajão, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Javier Montero Martín, PhD, Universidade de Salamanca (ES)
José Luís Abrantes, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
José Paulo Lousado, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Luís Saboga Nunes, PhD, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa (PT)
Maria dos Anjos Pires, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Maria João Amante, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Margarida Gomes Moldão Martins, PhD, Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa (PT)
Oziris Borges Filho, PhD, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)
Paula Correia, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
Paulo Providência, PhD, Universidade de Coimbra (PT)
Soner Soyulu, PhD, Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)
Wojciech Cynarski, PhD, Rzeszów University (PL)
Mohamed Samer, PhD, Universidade do Cairo (EG)

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica


Propriedade | Property | Propiedad

Instituto Politécnico de Viseu (IPV)
Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde
Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu

Av. Cor. José Maria Vale de Andrade
Campus Politécnico
3504- 510 VISEU

 232 480 700 (ext.2100)

 millenium@pres.ipv.pt (Revista Millenium)

 <http://www.ipv.pt/millenium/> (Revista Millenium)

 <http://www.ipv.pt/ci>(Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)- Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu)

Ficha Catalográfica

Revista Millenium. / prop. Instituto Politécnico de Viseu, 1996- 2016

Título da Revista: Millenium- Revista do Instituto Politécnico de Viseu (IPV)

Título da Revista abreviado: Rev. Mill

Sigla da Revista: Mill

Depósito Legal Nº: 973 71/96

ISSNe (versão eletrónica) 1647-662X

Indexação

DIALNET – <http://dialnet.unirioja.es/>

Latindex – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

<http://www.latindex.unam.mx/index.html>

Avaliada por Qualis/CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior na área da Educação em B2 e na área de Letras/

Linguística em B4. <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>

DOAJ- Directory of Open Access Journals – <http://www.doaj.org/>

Periodicidade

Quadrimestral, sendo editada em fevereiro, junho e outubro.

Nota

- Os artigos assinados são da responsabilidade dos seus autores, não refletindo necessariamente os pontos de vista da Direção da Revista
- Publicação anotada na ERC
- Isenta de registo na ERC ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9 de junho, Artigo 12º, nº1, a)



Editorial | Editorial | Editorial

A *Millenium* está de parabéns! Perfaz um ciclo de 20 anos, coroados de sucesso com a publicação de múltiplos artigos a que dão corpo 50 números de edição regular e 2 edições especiais.

A aposta da nova Equipa Editorial da Revista iniciou-se com a opção de designá-la de *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. Segue-se a publicação dos artigos em texto integral, em formato bilingue, sempre com versão em língua inglesa e o processo de revisão de um artigo científico, da submissão à divulgação, em meio digital via Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (SARC) do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Com o número 1 que agora se publica inicia-se a sua série 2, afirmando como o seu principal objetivo divulgar ciência e tecnologia. A afiliação ao CI&DETS, Unidade de Investigação do IPV, em 2016, reafirma o desiderato de integrar novas redes de conhecimento de acesso livre, sólidas e credíveis capazes de conquistar novos públicos de autores/leitores.

A presente Equipa Editorial visa potenciar o debate científico, apoiar a mobilidade de talentos, a circulação de ideias e a transferência de saberes para públicos especializados e também para os menos especializados, pela via da difusão do conhecimento científico.

Nesta nova etapa da Revista, em que se procura conquistar inovação e rigor, define-se como missão divulgar os resultados das atividades académicas na vertente pedagógica e de investigação e consequentemente tornar acessíveis conhecimentos e tecnologias que ajudem a melhorar e desenvolver de uma forma sustentável os sectores económicos e sociais, proporcionando um aumento do nível de educação, saúde e qualidade de vida das pessoas com potenciais repercussões no desenvolvimento das empresas e das comunidades.

A *Millenium* tem contribuído, ao longo dos seus vinte anos de existência, para a difusão do conhecimento produzido nas áreas das ciências da vida e da saúde, das ciências agrárias, alimentares e veterinárias, da educação e desenvolvimento social, e das engenharias, tecnologia, gestão, turismo e artes, particularmente estudadas e investigadas por professores do Instituto Politécnico de Viseu. O presente número, integra 14 artigos, cuja versatilidade temática compreende a dimensão multidisciplinar que se pretende proporcionar a este periódico.

Acresce salientar que a implementação de novas formas de gestão e a mudança de procedimentos, implicam ajustes, pelo que a Equipa Editorial agradece aos autores, revisores e elementos das unidades técnicas, todo o apoio recebido para adequação da revista às exigências da contemporaneidade da didáctica editorial.

Bem hajam!

A Equipa Editorial

Madalena Cunha, José Luís Abrantes, Maria João Amante, José Paulo Lousado, Paula Correia

Millenium is to be congratulated! It completes a cycle of 20 years, crowned with success for the publication of multiple journal articles, embodied in 50 regular edition numbers and 2 special editions.

The commitment of the Journal's new Editorial Board began with the option to entitle it *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. Full-text articles follow, published bilingually, always having an English version and the process of review of a scientific article, from submission to its disclosure, in digital media via Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (SARC) do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

With the number 1 being published now, issue No. 2 is out, and it establishes the dissemination of science and technology as its main goal. Its affiliation with CI&DETS, the IPV Research Centre, in 2016, reaffirms the desideratum of integrating new knowledge networks, both sustainable and reliable, with open access and able to conquer new authors/reading audiences.

This Editorial Board aims to enhance the scientific debate, to support the mobility of talent, the circulation of ideas and the transfer of knowledge to specialised and also to less specialised audiences, through the dissemination of scientific knowledge.

In this Journal's new stage, in which innovation and rigour are to be sought, the mission is to disseminate the results of academic activities in the educational and research fields and, thus, make expertise and technologies available to help improve and develop both the economic and social sectors, in a sustainable manner, providing an increased level of education, health and quality of people's lives, with potential impacts on the development of companies and communities.

Over its twenty years of existence, *Millenium* has contributed to the dissemination of knowledge produced in the areas of life and health sciences, of agrarian, food and veterinary sciences, of education and social development, as well as of engineering, technology, management, tourism and arts, particularly studied and investigated by the teaching staff of the Polytechnic Institute of Viseu. This number includes 15 articles, whose thematic versatility includes the multidisciplinary dimension that this journal intends to facilitate.

It is worthwhile to stress that the implementation of new forms of management and the change in procedures result in adjustments; hence, the Editorial Board wishes to thank the authors, reviewers and members of technical units for all the support received in helping ensure the journal's adjustment to the requirements of contemporary editorial didactics.

A heartfelt thank you!

The Editorial Board

Madalena Cunha, José Luís Abrantes, Maria João Amante, José Paulo Lousado, Paula Correia

Millenium está de enhorabuena! Cumple un ciclo de 20 años, coronados por el éxito con la publicación de múltiples artículos que dan cuerpo a 50 números de edición regular y 2 ediciones especiales.

La apuesta del nuevo Equipo Editorial se ha iniciado con la opción de designarla *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. Se sigue la publicación de los artículos en texto integral, en formato bilingüe, siempre con traducción en lengua inglesa y el proceso de revisión de un artículo científico, de la publicación a la divulgación en medio digital via Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (SARC) del Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Con el número 1 que ahora se publica comienza su serie 2, reiterando como su principal objetivo divulgar ciencia y tecnología. La afiliación al CI&DETS, Unidad de Investigación del IPV, en 2016, confirma la determinación de integrar nuevas redes de conocimiento de acceso libre, sólidas y creíbles, capaces de conquistar nuevos públicos de autores/lectores.

En esta nueva etapa de la Revista, en que se busca conquistar innovación y rigor, se define como misión divulgar los resultados de las actividades académicas en el ámbito pedagógico y de investigación y, consecuentemente, volver accesibles conocimientos y tecnologías que ayuden a mejorar y desarrollar de una forma sustentable los sectores económicos y sociales, proporcionando un aumento del nivel de educación, salud y calidad de vida de las personas con potenciales efectos en el desarrollo de las empresas y de las comunidades.

El presente Equipo Editorial pretende potenciar el debate científico, apoyar la movilidad de talentos, la circulación de ideas y la transferencia de saberes para públicos especializados y también para los menos especializados por medio de la difusión del conocimiento científico.

Millenium viene contribuyendo, a lo largo de sus veinte años de existencia, para la difusión del conocimiento producido en las áreas de las ciencias de la vida y de la salud, de las ciencias agrarias, alimentarias y veterinarias, de la educación y desarrollo social, y de las ingenierías, tecnología, gestión, turismo y artes, particularmente estudiadas e investigadas por profesores del Instituto Politécnico de Viseu. El presente número integra 14 artículos con una versatilidad temática que contiene la dimensión multidisciplinar que se pretende proporcionar a esta publicación. Interesa subrayar que la implementación de nuevas formas de gestión y el cambio de procedimientos implican ajustes, por lo que el Equipo Editorial agradece a los autores, revisores y elementos de las unidades técnicas todo el apoyo recibido para adaptación de la revista a las exigencias de la contemporaneidad de la didáctica editorial.

Muchas gracias.

El Equipo Editorial

Madalena Cunha, José Luís Abrantes, Maria João Amante, José Paulo Lousado, Paula Correia

Sumário | Summary | Resumen

AGRICULTURAL SCIENCES, FOOD AND VETERINARY

| | |
|---|----|
| AVALIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS E FÍSICAS DE VARIEDADES DE AVELÃ | 13 |
| EVALUATION OF MORPHOLOGICAL AND PHYSICAL CHARACTERISTICS OF HAZELNUT VARIETIES | 13 |
| EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y FÍSICAS DE VARIEDADES DE AVELLANAS | 13 |

LIFE AND HEALTH SCIENCES

| | |
|---|----|
| SITUAÇÃO DE RISCO COM IMPACTO EM TODA A FAMÍLIA: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA | 27 |
| A RISKY SITUATION WITH IMPACT ON THE WHOLE FAMILY: TEENAGE PREGNANCY | 27 |
| SITUACION DE RIESGO CON IMPACTO EN TODA LA FAMILIA: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA | 27 |

| | |
|---|----|
| A INFORMAÇÃO COMO SUPORTE À SUPERVISÃO DE PARES EM ENFERMAGEM | 41 |
| INFORMATION AS SUPPORT FOR PEER SUPERVISION IN NURSING | 41 |
| LA INFORMACIÓN COMO SOPORTE DE SUPERVISIÓN DE PARES EN ENFERMERÍA | 41 |

| | |
|---|----|
| COMUNICAÇÃO INTERNA NAS ORGANIZAÇÕES: INSTRUMENTO PRÁTICO DE AUXÍLIO À PASSAGEM DE TURNO | 53 |
| INTERNAL COMMUNICATION IN ORGANIZATIONS: PRACTICAL INSTRUMENTS TO HELP THE SHIFT CHANGE | 53 |
| COMUNICACIÓN INTERNA EN LAS INSTITUCIONES: HERRAMIENTA PRÁCTICA DE AYUDA AL CAMBIO DE TURNO | 53 |

| | |
|--|----|
| COMUNICAÇÃO CLÍNICA (HANDOVER) E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA | 65 |
| CLINICAL COMMUNICATION (HANDOVER) AND SAFETY OF NURSING CARE: A LITERATURE REVIEW | 65 |
| COMUNICACIÓN CLÍNICA (HANDOVER) Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA | 65 |

| | |
|---|----|
| DESAFIOS À INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTO DO MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA | 75 |
| CHALLENGES OF CONDUCTING RESEARCH IN PALLIATIVE CARE: CONTRIBUTION OF THE MASTER'S DEGREE IN PALLIATIVE CARE BY THE FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF LISBON | 75 |
| DESAFÍOS A LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: APORTACIÓN DEL MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDADE DE LISBOA | 75 |

EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT

| | |
|---|----|
| FUNDAMENTOS DO AGIR ÉTICO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR | 93 |
| FUNDAMENTS OF THE ETHICAL ACTING IN HIGHER EDUCATION STUDENTS | 93 |
| FUNDAMENTOS DE LA ACCIÓN ÉTICA EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR | 93 |

ENGINEERING, TECHNOLOGY, MANAGEMENT AND TOURISM

| | |
|--|-----|
| ESTILOS DE LIDERANÇA DOS DIRETORES TÉCNICOS E SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES: ESTUDO REALIZADO EM IPSS'S DOS DISTRITOS DA GUARDA E VISEU | 107 |
| LEADERSHIP STYLES OF TECHNICAL DIRECTORS AND JOB SATISFACTION OF EMPLOYEES: A STUDY CONDUCTED IN PSSI'S OF THE DISTRICTS OF GUARDA AND VISEU | 107 |
| ESTILOS DE LIDERAZGO DE LOS DIRECTORES TÉCNICOS Y LA SATISFACCIÓN DEL EMPLEADO: UN ESTUDIO REALIZADO EN IPSS'S EL DISTRITO DE GUARDA Y VISEU | 107 |

| | |
|---|-----|
| PERCEÇÃO DO EMPOWERMENT DOS ENFERMEIROS NUMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE | 125 |
| PERCEPTION OF NURSES' EMPOWERMENT IN HEALTHCARE ORGANIZATION SETTINGS | 125 |
| PERCEPCIÓN DEL EMPOWERMENT DE LOS ENFERMEROS EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD | 125 |

Autores | Authors | Autores

Alexandra Rodrigues, 53

Alexandre Matos, 13

Ana Andrade, 27

António Barbosa, 75

Arminda Lopes, 13

Artur Pacheco, 41

Carlos Azevedo, 53

Cecília Alves, 41

Célia Ribeiro, 109

Cláudia Brás, 65

Inês Esteves, 27

Isabel Bica, 27

Jéssica Figueiredo, 93

Joana Breia, 93

João Pina, 93

Madalena Cunha, 93

Manuela Ferreira, 65

Maria do Céu Cunha, 93

Nuno Neves, 127

Olivério Ribeiro, 127

Paulo Pereira, 109

Raquel Guiné, 13

Sara Cruz, 27

Sónia Almeida, 93

Susana Gomes, 109

Tiago Oliveira, 93

Vítor Calvo, 53



CIÊNCIAS AGRÁRIAS, ALIMENTARES E VETERINÁRIAS
AGRICULTURAL SCIENCES, FOOD AND VETERINARY
CIENCIAS AGRÍCOLAS, ALIMENTOS Y VETERINARIA

millenium

AVALIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS E FÍSICAS DE VARIEDADES DE AVELÃ
EVALUATION OF MORPHOLOGICAL AND PHYSICAL CHARACTERISTICS OF HAZELNUT VARIETIES
EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y FÍSICAS DE VARIEDADES DE AVELLANAS

13
13
13

Millenium, 2(1), 13-23.

AVALIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS E FÍSICAS DE VARIEDADES DE AVELÃ
EVALUATION OF MORPHOLOGICAL AND PHYSICAL CHARACTERISTICS OF HAZELNUT VARIETIES
EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y FÍSICAS DE VARIEDADES DE AVELLANAS

*Arminda Lopes*¹
*Alexandre Matos*²
Raquel Guiné^{3,4}

¹Direção Regional de Agricultura e Pescas do Centro, Estação Agrária de Viseu, Viseu, Portugal

²Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior Agrária, Coimbra, Portugal

³Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESAV, Viseu, Portugal

⁴Instituto Politécnico de Coimbra, CERNAS, Coimbra, Portugal

Arminda Lopes - arminda.lopes@drapc.mim-agricultura.pt | Alexandre Matos - alexandrematos.poeta@hotmail.com | Raquel Guiné - raquelguine@esav.ipv.pt

Autor Correspondente

Arminda Lopes

Rua Estrada São João da Carreira

3500-188 Viseu, Portugal

arminda.lopes@drapc.mim-agricultura.pt

RECEBIDO: 22 de março, 2016

ACEITE: 02 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: As avelãs são culturas importantes em Portugal, cujos os frutos podem ser usados para consumo direto ou introduzidos numa gama alargada de alimentos.

Objetivos: Neste estudo foram avaliadas 15 variedades de avelã existentes numa coleção na Estação Agrária de Viseu.

Métodos: As avelãs foram estudadas no que respeita a características morfológicas, como peso do fruto, peso do miolo, índices de forma e de compressão e espessura da casca. O estudo foi complementado com análises de propriedades físicas como a cor e a textura, e ainda com a determinação da humidade e da atividade da água, uma vez que estes últimos parâmetros assumem bastante importância na capacidade de conservação dos frutos. Todas as determinações seguiram métodos standardizados, tendo ainda sido usados os seguintes equipamentos: texturómetro, colorímetro e higrómetro.

Resultados: Os resultados obtidos permitiram conhecer os intervalos espectáveis para cada um dos parâmetros cromáticos na casca, película e miolo: L*, a*, b* croma e tonalidade, havendo entre as cultivares em estudo diferenças estatisticamente significativas. No que respeita aos parâmetros de textura avaliados pelos testes de britagem da casta e corte do miolo (dureza, fraturabilidade e resiliência) verificaram-se também diferenças significativas. A avaliação da humidade revestiu-se de grande importância pois permitiu confirmar que a secagem solar, utilizada para extrair o excesso de humidade dos frutos, foi suficiente para que estes atingissem valores compatíveis com uma boa conservabilidade (entre 1,66% e 4,52%).

Conclusões: Este trabalho permitiu identificar as características de algumas variedades de avelã no que respeita às suas propriedades morfológicas e físicas.

Palavras-chave: *Corylus avellana* L.; dimensões; cor; textura; humidade.

ABSTRACT

Introduction: Hazelnut are an important crop in Portugal, with fruits can be used for direct consumption or introduced in a large range of food products.

Objectives: In this study 15 hazelnut varieties existing in a collection of Viseu Agricultural Station were evaluated.

Methods: The nuts were studied in respect of their morphological characteristics, such as fruit and kernel weight, index of compression and of shape and shell thickness. The study was complemented with analysis of physical properties such as colour and texture, and the determination of moisture content and water activity, given the importance that these parameters take in the conservation capacity of the fruits. All experiments followed standard methods, being also used the following equipment: texturometer, colorimeter and hygrometer.

Results: The results obtained allowed to know the expectable ranges for each color parameters in the shell, film and kernels: L*, a*, b* chroma and hue, having been found statistically significant differences among the cultivars studied. As regards the textural parameters evaluated by crust crushing and crumb cutting tests (hardness, friability and resilience) there were also significant differences. Evaluation of moisture was of great importance because confirmed that the solar drying, used to extract the excess of moisture from the fruits, was sufficient to reach low values, between 1.66% and 4.52%, being so a guarantee of preservation.

Conclusions: This work allowed identifying the characteristics of several hazelnut varieties concerning the morphological and physical properties.

Keywords: *Corylus avellana* L.; dimensions, color; texture; moisture.

RESUMEN

Introducción: Las avellanas son una cultura importante en Portugal, que se puede utilizar para el consumo directo o introducido en una amplia gama de alimentos

Objetivos: Este estudio incluyó 15 variedades de avellana existentes en una colección en la Estación Agraria de Viseu.

Métodos: Las avellanas se estudiaron con respecto a las características morfológicas, tales como el peso del fruto, peso del grano, forma y índice de compresión y la grosor de la cáscara. El estudio se completó con el análisis de las propiedades físicas tales como el color y la textura, y con la determinación de la actividad de la agua y la humedad, ya que los últimos parámetros asumen gran importancia en la capacidad de conservación de la fruta. Todas las determinaciones siguieron métodos estándar, todavía hay sido utilizado el siguiente equipo: texturometro, colorímetro y el higrómetro.

Resultados: Los resultados obtenidos permitieron conocer los rangos esperables para cada uno de los parámetros de color de la cáscara, el cine y lo grano: L*, a*, b* croma y tonalidad, existiendo entre los cultivares estudiados diferencias estadísticamente

significativas. En cuanto a los parámetros de textura evaluados por pruebas de trituración de la cáscara e corte del grano (dureza, friabilidad y resistencia) también hubo diferencias significativas. La evaluación de humedad es de gran importancia, ya que se confirmó que el secado solar, utilizado para extraer el exceso de humedad de los frutos, fue suficiente para que se alcanzaron valores compatibles con una buena conservación (entre 1,66% y 4,52 %).

Conclusiones: Las avellanas son una cultura importante en Portugal, que se puede utilizar para el consumo directo o introduzido en una amplia gama de alimentos.

Palabras clave: *Corylus avellana* L.; tamaño; color; textura; humedad.

INTRODUÇÃO

A avelã é o fruto da árvore de avelaneira (*Corylus avellana* L.), um arbusto da família *Betulaceae* que cresce naturalmente na maioria dos países europeus, Ásia Menor e parte da América do Norte. Esta espécie adapta-se bem a diferentes condições climáticas, mas prefere zonas frias e altitudes moderadas (Ekinci *et al.*, 2014).

Além de seu uso para consumo direto, o miolo da avelã é muito usado em padaria e confeitaria. As avelãs torradas são empregues em lanches e também utilizadas como ingredientes para muitos produtos, como biscoitos, sorvetes, cereais de pequeno-almoço, cremes de barrar ou chocolates (Caligiani *et al.*, 2014).

As propriedades nutricionais e nutraceuticas da avelã estão amplamente documentadas, assumindo este fruto um papel importante na nutrição e saúde humana, devido à sua composição. É rica em ácidos gordos monoinsaturados, proteínas, hidratos de carbono, fibras, vitaminas (A, C e E), minerais (como magnésio), fitoesteróis e fenóis antioxidantes (Oliveira *et al.*, 2008; Guiné *et al.*, 2015b). A atividade antioxidante dos compostos fenólicos é baseada na sua capacidade de sequestrar os radicais livres, e, portanto, tem uma papel fundamental na prevenção de algumas doenças, tais como cancro, aterosclerose ou diabetes (Guiné *et al.*, 2015a).

A qualidade dos alimentos é um conceito que tem interesse inquestionável para indústrias e consumidores, daí a preocupação de preservar os produtos em condições adequadas, evitando alterações físicas e químicas que coloquem em risco a integridade. A qualidade das avelãs é avaliada de acordo com as propriedades químicas e nutricionais, mas também depende de aspectos de aparência, como ausência de miolo partido e apresentação de uma cor clara e uniforme. Outros tipos de problemas podem estar associados a ataques de pragas ou doenças (Delprete & Sesana, 2014).

De acordo com Ghirardello *et al.* (2013) as condições de armazenamento influenciam a qualidade da avelã, sendo por esse motivo uma preocupação, tanto para a indústria de alimentos como para o consumidor. No entanto, a qualidade final destes frutos é influenciada por uma série de outros fatores, tais como a aparência, textura, sabor, composição química, valor nutricional, e pelos aspectos de segurança alimentar.

O objetivo do presente trabalho foi estudar 15 cultivares de avelã, no que respeita a características morfológicas e a propriedades físicas de cor e de textura, as quais assumem uma grande importância ao nível da qualidade, e ainda a determinação da humidade e da atividade da água, pela relevância que estes últimos parâmetros assumem na capacidade de conservação dos frutos.

MATERIAL E MÉTODOS

O avelal, de onde foram recolhidas as amostras, foi instalado em Março de 1989, na Estação Agrária de Viseu, e é constituído por um total de 270 plantas de 15 variedades (Butler, Dawton, Ennis, Fertile de Coutard, Gentil de Viterbo, Gironela, Grada de Viseu, Grosse de Espanha, Gunslebert, Imperatriz Eugénia, Merveille de Bollwiller, Negreta, Provence, Segorbe e Tonda de Giffoni), mais as respectivas bordaduras. Cada variedade está representada por 18 árvores, 6 em cada uma das três repetições, a um compasso de plantação de 5 m x 3 m.

Os frutos foram colhidos no ano de 2013 e o peso foi avaliado, para cada variedade, em 50 frutos inteiros e respetivo miolo numa balança de precisão ($\pm 0,0002$ g). A espessura da casca foi medida com uma craveira em 20 frutos.

Os índices de forma e compressão foram calculados a partir das medidas da altura (distância entre os pólos), largura (zona equatorial mais larga) e profundidade (zona equatorial mais estreita, perpendicular à anterior) em 50 frutos. Os índices foram calculados pelas equações (Yao & Mehlenbacher, 2001):

$$(1) \text{ Shape ratio} = \frac{(\text{Width} + \text{Depth})}{2 \times \text{Height}}$$

$$(2) \text{ Compression ratio} = \frac{\text{Width}}{\text{Depth}}$$

A humidade foi determinada por secagem a 105^o C até peso constante e a atividade da água por um higrómetro BT-RS1 (Rotronic) a 25^oC.

A cor foi medida logo após a colheita, em 25 frutos, com um colorímetro Konica Minolta CR-400 que avalia os parâmetros CIE L*, a* e b*. O L* é a luminosidade, que representa a luz refletida pelo fruto e varia de 0 a 100, correspondendo respetivamente ao preto e ao branco. O a* e o b* são coordenadas cromáticas, que variam entre -60 e +60, a primeira vai do verde ao vermelho e a segunda do azul ao amarelo. Estas coordenadas permitem ainda calcular o ângulo Hue, ou tonalidade (°H) e o croma (C), segundo as equações:

$$(3) C = \sqrt{(a^*)^2 + (b^*)^2}$$

$$(4) \text{ } ^\circ H = \tan^{-1} \left(\frac{b^*}{a^*} \right)$$

O °H assume os valores 0^o (vermelho), 90^o (amarelo), 180^o (verde) e 270^o (azul). O croma define a pureza ou intensidade da cor, e toma valores entre zero (cores esbatidas) e 60 (cores nítidas) (Guiné & Barroca, 2012).

Para a determinação das propriedades de textura foi usado um texturómetro TA.XT.Plus (Stable Micro Systems) e foram feitas 25 repetições. Para a força de britagem foi usado o teste de compressão com uma sonda P/75 e, para a força de corte do miolo, o teste de corte com uma sonda Warner-Bratzler (Blade Set HDP/BS). Os gráficos obtidos permitiram determinar as propriedades de textura: dureza, fraturabilidade e resiliência, de acordo com o ilustrado na Figura 1.

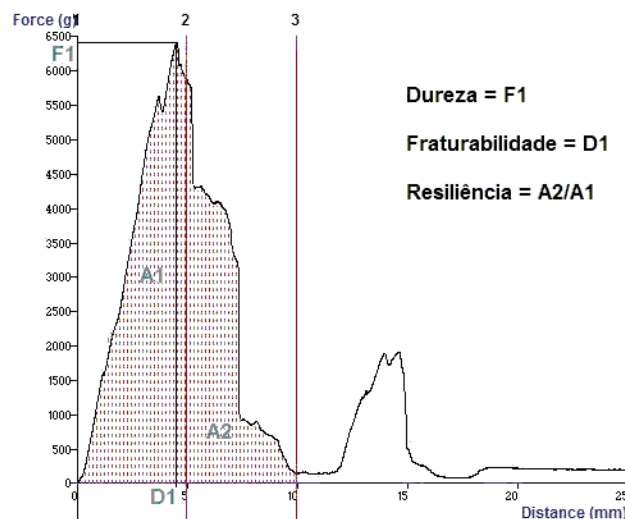


Figura 1. Exemplo de uma análise de textura – teste de corte do miolo.

Os resultados obtidos foram sujeitos a uma análise de variância a um fator (ANOVA), para comparação de médias entre as diferentes cultivares. A ANOVA utiliza-se com o objetivo de avaliar se as diferenças amostrais observadas são reais ou casuais. Nos casos em que foram detetadas diferenças estatisticamente significativas, foi usado o teste de Tukey para comparações múltiplas, a fim de verificar quais as amostras que eram diferentes entre si. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS (IBM, Inc.) Versão 23, e foi considerado um nível de significância de 5% em todos os testes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 observam-se os valores obtidos através das medições do peso do fruto com casca, do miolo e ainda da espessura da casca. Os frutos da variedade Ennis apresentam-se mais pesados em média (4,42±0,42 mm) e também com maior peso de miolo

(1,79±0,27 mm) sendo os da variedade Imperatriz aqueles que em média são mais leves, tanto com casca como considerando apenas o miolo (1,72±0,28 mm e 0,86±0,19 mm, respetivamente), sendo que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p = 0,000$). Entre as variedades mais leves aparecem ainda a Negreta e a Dowton. No que respeita à espessura da casca, os frutos da variedade Dawton têm a casca mais fina (0,93±0,07 mm) sendo os que apresentaram a casca mais grossa os da variedade Provence (1,54±0,21 mm) e uma vez mais as diferenças são significativas ($p = 0,000$). Também com casca grossa apresentam-se os frutos da variedade Fertile.

Tabela 1 – Peso do fruto, peso do miolo e espessura da casca dos frutos analisados (média ± desvio-padrão, n=50 para os pesos e 20 para a espessura).

| Variedade | Peso do Fruto ¹ (g) | Peso do Miolo ¹ (g) | Espessura da casca ¹ (mm) |
|------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Butler | 3,68±0,41 ^{bc} | 1,65±0,26 ^{ab} | 1,38±0,24 ^{abc} |
| Dawton | 1,84±0,26 ^g | 0,98±0,20 ^f | 0,93±0,07^e |
| Ennis | 4,42±0,42^a | 1,79±0,27^a | 1,35±0,17 ^{abc} |
| Fertile | 3,63±0,40 ^c | 1,48±0,22 ^c | 1,52±0,19 ^a |
| Gentil | 2,49±0,42 ^{ef} | 0,98±0,17 ^f | 1,47±0,25 ^{ab} |
| Gironela | 2,33±0,35 ^f | 0,98±0,21 ^f | 1,29±0,20 ^{bc} |
| Grada | 3,67±0,45 ^c | 1,47±0,23 ^{cd} | 1,45±0,19 ^{ab} |
| Grosse | 3,65±0,51 ^c | 1,46±0,25 ^{cd} | 1,45±0,23 ^{ab} |
| Gunslebert | 3,01±0,56 ^d | 1,31±0,37 ^{de} | 1,20±0,14 ^{cd} |
| Imperatriz | 1,72±0,28^g | 0,86±0,19^f | 1,05±0,14 ^{de} |
| Merveille | 3,97±0,53 ^b | 1,40±0,21 ^{cd} | 1,37±0,17 ^{abc} |
| Negreta | 1,94±0,27 ^g | 0,96±0,14 ^f | 1,07±0,14 ^{de} |
| Provence | 3,60±0,48 | 1,50±0,28 ^{bc} | 1,54±0,21^a |
| Segorbe | 2,76±0,28 ^{de} | 1,21±0,12 ^e | 1,39±0,15 ^{abc} |
| Tonda | 3,16±0,48 ^c | 1,39±0,26 ^{cd} | 1,45±0,27 ^{ab} |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, $p < 0,05$.

A Tabela 2 mostra os valores obtidos para a altura, a largura, e a profundidade, bem como os índices de forma e de compressão dos frutos. No que respeita à altura, esta varia entre 17,58±0,89 mm e 24,97±0,89 mm, respetivamente para as variedades Gentil e Ennis, havendo entre as variedades diferenças significativas ($p = 0,000$). A largura apresenta valores compreendidos entre 14,73±0,64 mm e 22,84±0,93 mm, encontrados para as avelãs das variedades Dawton e Ennis, respetivamente, sendo que as diferenças são estatisticamente significativas ($p = 0,000$). A profundidade dos frutos também apresenta diferenças significativas entre as variedades ($p = 0,000$), assumindo valores entre 13,17±0,56 mm (var. Dawton) e 21,67±1,03 mm (var. Ennis). Observa-se que a variedade com menor largura apresenta também a menor profundidade, correspondendo a frutos pequenos (var. Dawton) e contrariamente a variedade Ennis apresenta frutos grandes (maior largura, maior altura e maior profundidade). Aliás, estes resultados estão de acordo com o previamente observado relativamente ao peso do fruto e do miolo, já que a variedade Ennis também apresenta os maiores valores nestas medidas.

Tabela 2 – Altura, largura, profundidade, índice de forma e índice de compressão (média ± desvio-padrão, n=50).

| Variedade | Altura ¹ (mm) | Largura ¹ (mm) | Profundidade ¹ (mm) | Índice de forma ¹ | Índice de compressão ¹ |
|------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Butler | 21,93±1,08 ^d | 20,72±1,12 ^c | 18,56±0,89 ^{de} | 0,90±0,05 ^c | 1,12±0,05 ^{cd} |
| Dawton | 22,61±1,15 ^{cd} | 14,73±0,64^g | 13,17±0,56ⁱ | 0,62±0,03^g | 1,12±0,05 ^c |
| Ennis | 24,97±0,89^a | 22,84±0,93^a | 21,67±1,03^a | 0,89±0,04 ^c | 1,05±0,03^f |
| Fertile | 20,72±1,00 ^d | 22,12±0,94 ^b | 19,44±1,03 ^b | 1,00±0,04 ^{ab} | 1,14±0,06 ^{bc} |
| Gentil | 17,58±0,89^f | 19,27±0,87 ^d | 16,39±0,78 ^g | 1,02±0,06 ^a | 1,18±0,04^a |
| Gironela | 17,75±0,96 ^f | 17,94±0,99 ^e | 15,89±0,77 ^g | 0,96±0,06 ^d | 1,13±0,05 ^{bc} |
| Grada | 20,87±0,90 ^d | 22,01±0,90 ^b | 19,68±0,91 ^b | 1,00±0,04 ^{abc} | 1,12±0,06 ^{bc} |
| Grosse | 20,37±0,75 ^d | 22,19±1,18 ^{ab} | 19,29±0,81 ^{bc} | 1,02±0,05^a | 1,15±0,04 ^{ab} |
| Gunslebert | 24,21±0,89 ^b | 19,60±1,08 ^d | 18,05±0,74 ^e | 0,78±0,04 ^f | 1,09±0,05 ^{de} |
| Imperatriz | 19,39±0,95 ^e | 16,27±0,91 ^f | 14,47±0,79 ^h | 0,79±0,04 ^f | 1,12±0,04 ^{bc} |
| Merveille | 22,62±1,23 ^c | 22,56±1,30 ^{ab} | 21,27±1,29 ^a | 0,97±0,04 ^{cd} | 1,06±0,03 ^{ef} |
| Negreta | 19,48±0,94 ^e | 16,80±0,70 ^f | 14,77±0,62 ^h | 0,81±0,05 ^f | 1,14±0,04 ^{bc} |
| Provence | 20,33±1,14 ^d | 20,91±1,08 ^c | 18,70±0,96 ^{cd} | 0,98±0,04 ^{bcd} | 1,12±0,04 ^c |
| Segorbe | 18,86±1,00 ^e | 19,37±0,99 ^d | 17,19±0,84 ^f | 0,97±0,05 ^{cd} | 1,13±0,05 ^{bc} |
| Tonda | 19,48±1,37 ^e | 20,81±1,05 ^c | 18,29±0,89 ^{de} | 1,01±0,05 ^{ab} | 1,14±0,05 ^{bc} |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, p < 0,05.

Quanto aos índices de forma e de compressão (Tabela 2), as variedades com índice de forma mais baixo, que correspondem a avelãs mais compridas, são a Dawton, Gunslebert e Imperatriz (<0,8), enquanto as variedades Fertile, Gentil, Grada, Grosse e Tonda apresentam os valores mais elevados do índice de forma (≥1). Os valores de índice de compressão próximos de 1, apresentados pelas variedades Ennis e Merveille (com valores 1,05±0,03 e 1,06±0,03, respetivamente) indicam que estes frutos são mais arredondados na zona equatorial. Em contraste, a variedade Gentil apresenta o maior índice de compressão, indicando que estamos perante avelãs mais assimétricas (1,18±0,04). Tanto no caso do índice de forma como no de compressão, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variedades estudadas (p = 0,000 em ambos os casos).

O teor em humidade dos frutos é um dos parâmetros que mais influencia a sua capacidade de conservação, sendo 6% o limite máximo recomendado pela União Europeia para o comércio internacional de avelã descascada (Silva *et al* 2005). A percentagem de humidade apresenta, em todas as variedades estudadas, valores inferiores a este limite (Tabela 3), o que dá uma indicação da boa capacidade de conservação destes frutos. Ainda assim, encontram-se variedades com concentrações de humidade bem inferiores ao limite estabelecido, como seja a variedade Dawton (1,66±0,43%) em comparação com a variedade Gunslebert, a qual apresenta o maior valor (4,52±0,94%), sendo as diferenças entre as variedades estatisticamente significativas (p = 0,000).

Tabela 3 – Humidade e atividade da água (média ± desvio-padrão, n=10 e 5, respetivamente).

| Variedade | Humidade ¹ (%) | Atividade da água ^{1,2} |
|-----------|------------------------------|----------------------------------|
| Butler | 2,42±0,56 ^{de} | 0,52±0,01 ^{ab} |
| Dawton | 1,66±0,43^e | n.d. |
| Ennis | 4,40±0,61 ^{ab} | 0,52±0,01 ^a |
| Fertile | 3,71±0,61 ^{abc} | n.d. |
| Gentil | 1,77±0,48 ^c | n.d. |
| Gironela | 1,81±0,38 ^e | n.d. |
| Grada | 3,68±0,75 ^{abc} | 0,47±0,01 ^c |
| Grosse | 3,67±1,04 ^{abc} | n.d. |

| | | | |
|------------|-------------------------|------------------------------|------------------------|
| Gunslebert | | 4,52±0,94^a | n.d. |
| Imperatriz | | 1,85±0,73 ^e | n.d. |
| Merveille | | 3,59±0,81 ^{abc} | n.d. |
| Negreta | | 1,92±0,62 ^e | 0,51±0,01 ^b |
| Provence | | 3,19±0,37 ^{cd} | n.d. |
| Segorbe | | 3,32±0,40 ^{cd} | n.d. |
| Tonda | 3,52±0,50 ^{bc} | 0,47±0,00 ^c | |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, $p < 0,05$.

²n.d. = não disponível

A atividade da água (a_w) num alimento representa a fracção desta que se encontra na forma livre, e portanto disponível para reações de natureza microbiana, enzimática ou química. A a_w constitui, assim, uma das melhores maneiras de prever e controlar a deterioração dos alimentos. O desenvolvimento dos microrganismos está estritamente ligado a este parâmetro, de tal forma que para valores inferiores a 0,62, indicado como limite para a atividade de fungos, cessa toda a atividade microbiana (Guiné, 2011). No presente trabalho não foi possível determinar a a_w para todas as amostras em estudo, mas naquelas em que tal foi avaliado, verifica-se que todas apresentam valores que garantem a estabilidade em termos de impedimento de desenvolvimento microbiano, já que o maior valor registado é de 0,52 (para as var. Butler e Ennis). As variedades Grada e Tonda apresentam um valor ainda mais baixo (0,47), sendo este estatisticamente diferente dos restantes ($p = 0,000$).

Nas Tabelas 4, 5 e 6 são apresentados, respetivamente, os parâmetros cromáticos para a casca, a película e o miolo dos frutos estudados. Os valores de L^* para a casca variam significativamente ($p = 0,000$) entre 42,58±1,57 (var. Dawton) e 51,07±1,91 (var. Imperatriz), situando-se aproximadamente a meio da escala, indicando que são apenas ligeiramente escuras (Tabela 4). As coordenadas cromáticas a^* e b^* são positivas em todos os casos e com valores elevados, indicando uma prevalência da coloração vermelha juntamente com amarela, o que resulta numa tonalidade castanha, como espectável para a casca das avelãs. Enquanto o a^* variou entre 14,74±2,01 (var. Gentil) e 21,96±1,89 (var. Merveille) o b^* variou na gama de 19,82±4,25 (var. Fertile) a 29,93±2,24 (var. Ennis), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas ($p = 0,000$ em ambos os casos). Os valores do croma variam entre 25,95±5,21 e 35,66±2,30, correspondendo a uma forte pureza de cor, sendo registados para as variedades que apresentam correspondentemente menor e maior valor de intensidade do amarelo (b^*). Já a tonalidade varia entre 48,25±1,60^o (var. Negreta) e 58,73±2,44^o (var. Imperatriz), correspondendo a uma cor avermelhada. Para ambos os casos as diferenças encontradas são significativas ($p = 0,000$).

Tabela 4 – Parâmetros cromáticos na casca: L^* , a^* , b^* , croma e tonalidade (média ± desvio-padrão, $n=25$).

| Variedade | Coordenadas Cartesianas | | | Coordenadas Cilíndricas | |
|------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | L^* ¹ | a^* ¹ | b^* ¹ | Croma ¹ | Tonalidade ¹ |
| Butler | 46,39±2,48 ^{cd} | 20,22±1,82 ^{ab} | 29,25±2,82 ^a | 35,61±2,72 ^a | 55,26±3,21 ^{bcd} |
| Dawton | 42,58±1,57^h | 18,86±1,85 ^{bcd} | 21,56±2,65 ^{de} | 28,66±3,11 ^{cd} | 48,74±1,83 ^h |
| Ennis | 48,38±2,18 ^b | 19,32±1,68 ^{bc} | 29,93±2,24^a | 35,66±2,30^a | 57,13±2,59 ^{ab} |
| Fertile | 43,66±1,57 ^{gh} | 16,73±3,14 ^d | 19,82±4,25^e | 25,95±5,21^d | 49,70±1,97 ^{gh} |
| Gentil | 47,77±1,90 ^{bc} | 14,74±2,01^e | 22,66±3,62 ^{cde} | 26,91±4,04 ^d | 57,31±2,06 ^{ab} |
| Gironela | 44,44±2,03 ^{efgh} | 17,12±2,24 ^{cd} | 21,63±4,35 ^{de} | 27,62±4,67 ^{cd} | 51,31±3,06 ^{efg} |
| Grada | 42,61±1,88 ^h | 17,16±3,25 ^{cd} | 20,08±4,18 ^e | 26,43±5,21 ^d | 49,38±2,08 ^{gh} |
| Grosse | 43,22±2,05 ^{gh} | 17,70±2,51 ^{cd} | 20,07±3,25 ^e | 26,79±3,91 ^d | 48,52±2,72 ^h |
| Gunslebert | 45,75±1,32 ^{def} | 17,35±1,66 ^{cd} | 23,35±2,85 ^{cd} | 29,10±3,18 ^{cd} | 53,30±1,77 ^{de} |
| Imperatriz | 51,07±1,91^a | 17,94±1,68 ^{cd} | 29,55±2,26 ^a | 34,60±2,40 ^a | 58,73±2,44^a |
| Merveille | 44,18±1,25 ^{fgh} | 21,96±1,89^a | 27,60±2,84 ^{ab} | 35,29±3,24 ^a | 51,44±1,76 ^{efg} |
| Negreta | 43,12±1,64 ^h | 18,43±1,96 ^{bcd} | 20,64±2,11 ^{de} | 27,68±2,78 ^{cd} | 48,25±1,60^h |
| Provence | 45,13±2,81 ^{defg} | 17,56±3,06 ^{cd} | 22,05±3,13 ^{cde} | 28,21±4,17 ^{cd} | 51,56±2,75 ^{efg} |
| Segorbe | 46,22±1,69 ^{cde} | 18,03±2,31 ^{bcd} | 24,98±3,15 ^{bc} | 30,83±3,73 ^{bc} | 54,19±2,25 ^{cd} |
| Tonda | 47,79±2,68 ^{bc} | 18,63±2,53 ^{bcd} | 28,19±3,46 ^a | 33,87±3,62 ^{ab} | 56,46±3,99 ^{abc} |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, $p < 0,05$.

A película apresenta valores dos parâmetros cromáticos bastante semelhantes à casca, com L* a variar entre 43,87±4,26 (var. Grosse) e 52,42±2,91 (var. Butler), a* entre 14,61±1,65 (var. Gunslebert) e 18,41±1,21 (var. Butler) e b* entre 23,62±2,61 (var. Gentil) e 28,64±1,85 (var. Butler) (Tabela 5). Nos três casos as diferenças encontradas entre as variedades são estatisticamente significativas ($p = 0,000$). No que respeita ao croma este varia numa gama estreita entre 29,08±2,48 (var. Gentil) e 33,81±1,68 (var. Ennis) e a tonalidade entre 53,43±1,86^e e 60,21±3,20^a, respetivamente para as variedades Grada e Gentil, sendo por isso ligeiramente mais acastanhada. Também neste caso as diferenças observadas são significativas ($p = 0,000$).

Tabela 5 – Parâmetros cromáticos na película: L*, a*, b*, croma e tonalidade (média ± desvio-padrão, n=25).

| Variedade | Coordenadas Cartesianas | | | Coordenadas Cilíndricas | |
|------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | L* ¹ | a* ¹ | b* ¹ | Croma ¹ | Tonalidade ¹ |
| Butler | 52,42±2,91^a | 17,22±1,07 ^{abcd} | 28,64±1,85^a | 33,46±1,41 ^a | 59,91±2,70 ^{abc} |
| Dawton | 46,47±4,45 ^{bcd} | 18,41±1,21^a | 25,85±3,63 ^b | 31,83±2,93 ^{ab} | 54,20±4,65 ^{ef} |
| Ennis | 49,71±2,89 ^{ab} | 18,15±1,39 ^a | 28,48±1,94 ^a | 33,81±1,68^a | 57,44±2,83 ^{bc} |
| Fertile | 45,41±4,47 ^{cd} | 17,96±1,06 ^{ab} | 24,72±2,50 ^{bc} | 30,59±2,32 ^{bc} | 53,88±2,58 ^f |
| Gentil | 51,54±4,87 ^a | 14,37±1,36 ^f | 25,23±2,60 ^{bc} | 29,08±2,48^c | 60,21±3,20^a |
| Gironela | 49,13±4,40 ^{ab} | 16,41±1,21 ^{de} | 25,32±2,49 ^{bc} | 30,21±2,22 ^{bc} | 56,93±3,16 ^{cd} |
| Grada | 44,04±4,16 ^d | 17,84±1,35 ^{abc} | 24,12±2,55 ^{bc} | 30,01±2,71 ^{bc} | 53,43±1,86^f |
| Grosse | 43,87±4,26^d | 17,35±1,47 ^{abcd} | 23,62±2,61^c | 29,33±2,77 ^c | 53,60±2,27 ^f |
| Gunslebert | 49,10±3,98 ^{abc} | 14,61±1,65^f | 25,23±1,66 ^{bc} | 29,20±1,76 ^c | 59,94±3,10 ^{ab} |
| Imperatriz | 51,53±3,28 ^a | 17,34±1,07 ^{abcd} | 28,55±1,16 ^a | 33,42±1,04 ^a | 58,73±2,02 ^{abc} |
| Merveille | 46,91±2,76 ^{bcd} | 16,72±1,00 ^{bcd} | 25,49±1,40 ^{bc} | 30,49±1,61 ^{bc} | 56,74±1,09 ^{cde} |
| Negreta | 46,72±3,54 ^{bcd} | 16,54±1,11 ^{cd} | 25,58±2,45 ^{bc} | 30,50±1,89 ^{bc} | 57,00±3,05 ^{cd} |
| Provence | 45,09±3,98 ^d | 17,76±1,84 ^{abc} | 24,80±1,86 ^{bc} | 30,52±2,42 ^{bc} | 54,46±2,00 ^{def} |
| Segorbe | 49,89±3,00 ^{ab} | 16,38±1,20 ^{de} | 26,12±2,25 ^b | 30,85±2,32 ^{bc} | 57,86±2,03 ^{abc} |
| Tonda | 52,10±3,96 ^a | 15,24±1,85 ^{ef} | 25,04±1,33 ^{bc} | 29,36±1,48 ^c | 58,73±3,44 ^{abc} |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, $p < 0,05$.

Os valores da Tabela 6 mostram que a cor do miolo é bastante diferente da cor da casca e da película, com valores de L* bastante mais elevados (entre 73,48±6,08 e 80,01±3,15, respetivamente para as var. Gunslebert e Fertile), correspondendo a maior luminosidade, ou seja uma coloração mais perto do branco. Os valores de a* são muito próximos de zero (inferiores a 3), o que indica que a coloração vermelha praticamente não está presente, mas os valores de b* são elevados (de 21,15±1,54 a 26,73±3,17, respetivamente para as var. Grosse e Ennis), embora ligeiramente menores do que na casca e no miolo, o que indica a presença de coloração amarela no miolo, que aliás domina a cor uma vez que a coordenada a* praticamente não contribui para a definição da cor do miolo. Neste caso o intervalo de variação para o croma é mais baixo (de 21,19±1,53 a 26,81±3,16, para as var. Grosse e Ennis) indicando uma menor pureza da cor. Porém, a tonalidade é mais elevada, aproximando-se mais dos 90° correspondentes à cor amarela (com valores a variar entre 84,03±3,25 e 87,68±0,79, respetivamente para as var. Gunslebert e Gironela). Para todos os parâmetros cromáticos avaliados no miolo as diferenças observadas entre as variedades estudadas são estatisticamente significativas ($p = 0,000$).

Tabela 6 – Parâmetros cromáticos no miolo: L*, a*, b*, croma e tonalidade (média ± desvio-padrão, n=25).

| Variedade | Coordenadas Cartesianas | | | Coordenadas Cilíndricas | |
|-----------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | L* ¹ | a* ¹ | b* ¹ | Croma ¹ | Tonalidade ¹ |
| Butler | 74,29±3,54 ^{de} | 2,69±0,87^a | 26,11±2,14 ^{ab} | 26,26±2,18 ^{ab} | 84,16±1,63 ^e |
| Dawton | 78,62±4,32 ^{ab} | 1,62±1,12 ^{bcd} | 25,52±2,30 ^{abc} | 25,59±2,36 ^{abc} | 86,42±2,05 ^{abc} |
| Ennis | 74,35±4,65 ^{de} | 1,86±1,04 ^{abcd} | 26,73±3,17^a | 26,81±3,16^a | 85,92±2,19 ^{abcde} |
| Fertile | 80,01±3,15^a | 1,47±0,96 ^{bcd} | 22,28±2,29 ^{de} | 22,34±2,33 ^{de} | 86,29±2,09 ^{abcd} |
| Gentil | 80,00±2,53 ^a | 1,18±0,49 ^{cd} | 23,15±2,82 ^{cde} | 23,18±2,83 ^{cde} | 87,11±0,99 ^{ab} |
| Gironela | 79,53±2,01 ^{ab} | 0,91±0,32^d | 22,35±2,15 ^{de} | 22,37±2,15 ^{de} | 87,68±0,79^a |

| | | | | | |
|------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Grada | 77,18±4,49 ^{abcd} | 1,93±1,89 ^{abc} | 22,48±1,98 ^{de} | 22,62±2,20 ^{de} | 85,32±3,75 ^{bcde} |
| Grosse | 79,41±2,26 ^{ab} | 1,23±0,38 ^{cd} | 21,15±1,54^e | 21,19±1,53^e | 86,65±1,04 ^{abc} |
| Gunslebert | 73,48±6,08^e | 2,69±1,89^a | 25,06±3,01 ^{abc} | 25,20±3,18 ^{abc} | 84,03±3,25^e |
| Imperatriz | 77,72±3,16 ^{abcd} | 2,07±0,83 ^{abc} | 26,71±3,01 ^a | 26,80±3,03 ^a | 85,61±1,61 ^{bcde} |
| Merveille | 76,21±2,62 ^{bcde} | 1,67±0,47 ^{bcd} | 23,61±2,08 ^{cd} | 23,67±2,08 ^{cd} | 85,95±1,05 ^{abcde} |
| Negreta | 76,17±4,13 ^{bcde} | 2,09±0,79 ^{abc} | 22,24±2,50 ^{de} | 22,35±2,52 ^{de} | 84,69±1,80 ^{cde} |
| Provence | 79,25±2,91 ^{ab} | 1,69±0,60 ^{bcd} | 21,96±2,70 ^{de} | 22,03±2,71 ^{de} | 85,60±1,41 ^{bcde} |
| Segorbe | 74,77±5,39 ^{cde} | 2,37±1,21 ^{ab} | 23,92±2,32 ^{bcd} | 24,07±2,37 ^{bcd} | 84,41±2,67 ^{de} |
| Tonda | 78,24±2,89 ^{abc} | 2,09±0,91 ^{abc} | 22,26±2,69 ^{de} | 22,37±2,74 ^{de} | 84,73±1,94 ^{cde} |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, $p < 0,05$.

A textura dos frutos foi avaliada através de dois testes: a britagem da casca e o corte do miolo, cujos resultados são apresentados nas Tabelas 7 e 8, respetivamente. O primeiro teste revela-se de grande importância para determinar a forma como as avelãs são separadas da sua casca exterior por quebra desta última. Dá indicações sobre qual a força necessária para produzir a quebra da casca, estando associado às necessidades e condições de operação dos equipamentos de britagem. Por outro lado, o teste de corte do miolo apresenta relevância quer a avelã se destine a ser ingerida inteira ou submetida a operações variadas de corte para produzir por exemplo avelã ralada, palitada, em lascas ou outras formas destinadas à venda direta ou à incorporação em outros produtos alimentares.

A variedade Fertile apresenta a casca mais dura (46,21±7,13 kg) sendo também uma das variedades com maior espessura da casca, o que pode explicar a maior força necessária para a britagem (Tabela 7). As variedades Imperatriz e Gunslebert são as que evidenciaram ter uma casca mais macia (com valores perto dos 20 kg). No que respeita à fraturabilidade da casca, a variedade Ennis é menos suscetível à fratura (sendo necessário percorrer 2,51 mm antes de ocorrer a ruptura) enquanto a variedade Tonda apresenta o menor valor de fraturabilidade, e portanto mais facilmente se fratura (1,69 mm apenas para ocorrer ruptura). A resiliência é consideravelmente variável entre as amostras em estudo, variando desde 4% (var. Ennis) até 130% (var. Negreta). Para as diferentes propriedades de textura avaliadas na casca foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variedades ($p = 0,000$ nos três casos).

Tabela 7 – Parâmetros de textura do teste de britagem da casca (média ± desvio-padrão, n=25).

| Variedade | Dureza ¹ (kg) | Fraturabilidade ¹ (mm) | Resiliência ¹ |
|------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Butler | 31,47±8,07 ^{fg} | 2,03±0,44 ^{bcde} | 0,05±0,74 ^{bcdef} |
| Dawton | 22,18±4,91 ^{hi} | 1,80±0,44 ^{de} | 0,91±0,60 ^{abcde} |
| Ennis | 39,77±5,47 ^{bcd} | 2,51±0,28^a | 0,04±0,07^g |
| Fertile | 46,21±7,13^a | 2,33±0,38 ^{ab} | 0,15±0,22 ^{fg} |
| Gentil | 33,18±7,14 ^{efg} | 1,93±0,35 ^{cde} | 1,03±1,01 ^{abc} |
| Gironela | 44,59±6,13 ^{ab} | 2,35±0,35 ^{ab} | 0,24±0,32 ^{fg} |
| Grada | 38,63±7,39 ^{bcde} | 2,13±0,40 ^{bcd} | 0,55±0,66 ^{cdefg} |
| Grosse | 38,30±19,56 ^{cde} | 2,19±0,40 ^{abc} | 0,38±0,48 ^{efg} |
| Gunslebert | 20,68±4,10 ⁱ | 1,81±0,21 ^{de} | 1,19±0,65 ^{ab} |
| Imperatriz | 20,03±3,51ⁱ | 1,75±0,25 ^e | 0,38±0,18 ^{efg} |
| Merveille | 42,20±7,24 ^{abc} | 2,33±0,30 ^{ab} | 0,18±0,20 ^{fg} |
| Negreta | 22,88±5,43 ^{hi} | 1,86±0,50 ^{cde} | 1,26±1,00^a |
| Provence | 34,84±5,59 ^{def} | 2,16±0,32 ^{bc} | 0,41±0,31 ^{defg} |
| Segorbe | 27,69±4,35 ^{gh} | 1,97±0,32 ^{cde} | 0,94±0,57 ^{abcd} |
| Tonda | 27,98±4,62 ^{gh} | 1,69±0,35^e | 1,24±0,54 ^a |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, $p < 0,05$.

Em relação ao miolo verificou-se que a dureza varia entre $2,70 \pm 1,70$ kg (na var. Dawton) e $5,52 \pm 2,36$ kg (na var. Merveille), sendo portanto, e como esperado, valores consideravelmente inferiores aos encontrados para a dureza da casca (Tabela 8). No que respeita à fraturabilidade, a gama de variação é ligeiramente superior à observada para a casca, entre $1,39 \pm 0,79$ mm e $3,11 \pm 1,55$ mm (para as var. Dawton e Tonda), pelo que a capacidade dos frutos resistirem à fratura é superior, ou seja aguentam mais antes de ocorrer ruptura. Isto deve-se ao facto de a casca ter uma estrutura bastante mais rígida, a qual não absorve as deformações provocadas pela força da mesma forma que o miolo, que é mais deformável. Por fim, a resiliência, e à semelhança do já observado para a britagem da casca, também se apresentou bastante variável (desde 0% até 114%). Também neste caso as diferenças são estatisticamente significativas, com valores de p de 0,000 para a dureza e a resiliência do miolo, e de 0,001 para o caso da fraturabilidade.

Tabela 8 – Parâmetros de textura do teste de corte do miolo (média \pm desvio-padrão, n=25).

| Variedade | Dureza ¹ (kg) | Fraturabilidade ¹ (mm) | Resiliência ¹ |
|------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Butler | $4,76 \pm 2,64^{abc}$ | $2,38 \pm 1,32^{ab}$ | $0,23 \pm 0,19^{ef}$ |
| Dawton | $2,70 \pm 1,70^c$ | $1,39 \pm 0,79^b$ | $0,17 \pm 0,28^f$ |
| Ennis | $5,34 \pm 2,84^a$ | $2,48 \pm 1,29^{ab}$ | $0,65 \pm 0,46^{bcd}$ |
| Fertile | $4,45 \pm 2,25^{abc}$ | $1,93 \pm 0,88^{ab}$ | $0,54 \pm 0,35^{cdef}$ |
| Gentil | $3,29 \pm 1,95^{abc}$ | $1,83 \pm 0,97^b$ | $0,47 \pm 0,40^{cdef}$ |
| Gironela | $2,83 \pm 2,22^c$ | $1,63 \pm 1,08^b$ | $0,85 \pm 0,71^{abc}$ |
| Grada | $4,25 \pm 2,60^{abc}$ | $2,11 \pm 1,41^{ab}$ | $0,52 \pm 0,38^{cdef}$ |
| Grosse | $4,93 \pm 1,74^{abc}$ | $2,35 \pm 0,80^{ab}$ | $0,76 \pm 0,46^{abcd}$ |
| Gunslebert | $3,88 \pm 2,41^{abc}$ | $2,46 \pm 1,75^{ab}$ | $1,14 \pm 0,53^a$ |
| Imperatriz | $3,07 \pm 1,96^{bc}$ | $1,68 \pm 1,01^b$ | $0,30 \pm 0,29^{ef}$ |
| Merveille | $5,52 \pm 2,36^a$ | $3,11 \pm 1,55^a$ | $1,07 \pm 0,39^{ab}$ |
| Negreta | $3,54 \pm 1,52^{abc}$ | $1,93 \pm 0,84^{ab}$ | $0,29 \pm 0,34^{ef}$ |
| Provence | $4,50 \pm 2,35^{abc}$ | $1,91 \pm 0,95^{ab}$ | $0,58 \pm 0,34^{cdef}$ |
| Segorbe | $3,26 \pm 2,06^{abc}$ | $1,71 \pm 1,05^b$ | $0,49 \pm 0,37^{cdef}$ |
| Tonda | $5,05 \pm 2,12^{abc}$ | $2,07 \pm 0,86^{ab}$ | $0,39 \pm 0,33^{def}$ |

¹Valores na mesma coluna com a mesma letra não são estatisticamente diferentes, $p < 0,05$.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo para a humidade e a atividade da água revestiram-se de grande importância pois permitiram confirmar que a secagem solar utilizada para extrair o excesso de humidade dos frutos foi suficiente para que estes atingissem valores compatíveis com uma boa conservação durante o armazenamento.

Foi também possível caracterizar as amostras em estudo no que respeita aos diferentes parâmetros biométricos avaliados, destacando-se a variedade Ennis como de maiores dimensões, mais pesada e mais arredondada.

Os resultados obtidos permitiram ainda conhecer os intervalos espectáveis para cada um dos parâmetros cromáticos na casca, na película e no miolo, o que poderá servir de referência, já que correspondem a frutos acabados de colher, e portanto ainda não sujeitos a armazenagem ou processamento. Os frutos apresentam cascas e películas fortemente castanhas, enquanto o miolo é fortemente amarelo.

Por fim, foram avaliadas as características de textura ao nível da casca, que são de extrema importância para a conservação e transporte, e ainda ao nível tecnológico quando há necessidade de proceder à britagem. Enquanto a variedade Fertile apresenta uma elevada dureza da casca, a Imperatriz apresenta-se mais macia e portanto mais facilmente se quebra. A variedade Ennis surge como a mais resistente à fratura da casca, o que aliado às suas maiores dimensões, a torna uma variedade interessante. Também o miolo foi estudado em relação à textura, sendo esta de grande relevância ao nível económico, pois pode determinar perdas por quebra ou esfarelamento, ou ainda ao nível organoléptico, aquando do consumo. A este respeito, concluiu-se que a variedade Dawton se apresenta mais macia, o que a torna agradável à mastigação, mas porventura menos resistente às tensões originadas pelo processamento e/ou transportes, em virtude de oferecer menor resistência à ruptura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caligiani, A., Coisson, J. D., Travaglia, F., Acquotti, D., Palla, G., Palla, L., Arlorio M. (2014). Application of ¹H NMR for the characterisation and authentication of “Tonda Gentile Trilobata” hazelnuts from Piedmont (Italy). *Food Chemistry*, 148, 77-85.
- Delprete, C. & Sesana, R. (2014). Mechanical characterization of kernel and shell of hazelnuts: Proposal of an experimental procedure. *Journal of Food Engineering*, 124, 28-34.
- Ekinci, R., Otağ, M. & Kadakal, C. 2014. Patulin & ergosterol: New quality parameters together with aflatoxins in hazelnuts. *Food Chemistry*, 150, 17-21.
- Ghirardello, D; Contessa, C.; Valentini, N.; Zeppa, G.; Rolle, L.; Gerbi, V. & Botta, R. (2013). Effect of storage conditions on chemical and physical characteristics of hazelnut (*Corylus avellana* L.). *Postharvest Biology and Technology*, 81, 37-43.
- Guiné R. (2011). *Drying of Pears. Experimental Study and Process Simulation*. Lambert Academic Pub. Germany.
- Guiné, R. P. F., Almeida, C. F. F. & Correia, P. M. R. (2015a). Influence of packaging and storage on some properties of hazelnuts. *Journal of Food Measurement and Characterization*, 9, 11-19.
- Guiné, R. P. F., Almeida, C. F. F., Correia, P. M. R. & Mendes, M. (2015b). Modelling the influence of origin, packing and storage on water activity, colour and texture of almonds, hazelnuts and walnuts using artificial neural networks. *Food and Bioprocess Technology*, 8, 1113-1125.
- Guiné, R. & Barroca, M. J. (2012). Effect of drying treatments on texture and color of vegetables (pumpkin and green pepper). *Food and Bioproducts Processing*, 90, 58-63.
- Oliveira, I.; Sousa, A.; Morais, J. S.; Ferreira, I. C. F. R.; Bento, A.; Estevinho L. & Pereira, J. A. (2008). Chemical composition, and antioxidant and antimicrobial activities of three hazelnut (*Corylus avellana* L.) cultivars. *Food and Chemical Toxicology*, 46,1801-1807
- Silva, A. P.; Santos, F.; Santos, A.; Sousa, V.; Lopes, A.; Assunção, A.; Leme, P.;Carvalho, J. L. & Borges, O. (2005). *A Aveleira*. Viseu: Tipografia Guerra.
- Yao, Q & Mehlenbacher, S. A. (2001). Distribution of quantitative traits in hazelnut progenies. Proc. V Int. Congress on Hazelnut. *Acta Horticulturae*, 556, 143-161.



CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
LIFE AND HEALTH SCIENCES
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

millenium

| | |
|---|----|
| SITUAÇÃO DE RISCO COM IMPACTO EM TODA A FAMÍLIA: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA | 27 |
| A RISKY SITUATION WITH IMPACT ON THE WHOLE FAMILY: TEENAGE PREGNANCY | 27 |
| SITUACION DE RIESGO CON IMPACTO EN TODA LA FAMILIA: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA | 27 |
| A INFORMAÇÃO COMO SUPORTE À SUPERVISÃO DE PARES EM ENFERMAGEM | 41 |
| INFORMATION AS SUPPORT FOR PEER SUPERVISION IN NURSING | 41 |
| LA INFORMACIÓN COMO SOPORTE DE SUPERVISIÓN DE PARES EN ENFERMERÍA | 41 |
| COMUNICAÇÃO INTERNA NAS ORGANIZAÇÕES: INSTRUMENTO PRÁTICO DE AUXÍLIO À PASSAGEM DE TURNO | 53 |
| INTERNAL COMMUNICATION IN ORGANIZATIONS: PRACTICAL INSTRUMENTS TO HELP THE SHIFT CHANGE | 53 |
| COMUNICACIÓN INTERNA EN LAS INSTITUCIONES: HERRAMIENTA PRÁCTICA DE AYUDA AL CAMBIO DE TURNO | 53 |
| COMUNICAÇÃO CLÍNICA (HANDOVER) E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA | 65 |
| CLINICAL COMMUNICATION (HANDOVER) AND SAFETY OF NURSING CARE: A LITERATURE REVIEW | 65 |
| COMUNICACIÓN CLÍNICA (HANDOVER) Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA | 65 |
| DESAFIOS À INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTO DO MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA | 75 |
| CHALLENGES OF CONDUCTING RESEARCH IN PALLIATIVE CARE: CONTRIBUTION OF THE MASTER'S DEGREE IN PALLIATIVE CARE BY THE FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF LISBON | 75 |
| DESAFÍOS A LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: APORTACIÓN DEL MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDADE DE LISBOA | 75 |

Millenium, 2(1), 27-39.

SITUAÇÃO DE RISCO COM IMPACTO EM TODA A FAMÍLIA: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A RISKY SITUATION WITH IMPACT ON THE WHOLE FAMILY: TEENAGE PREGNANCY

SITUACION DE RIESGO CON IMPACTO EN TODA LA FAMILIA: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Isabel Bica^{1,2}

Inês Esteves³

Sara Cruz³

Ana Andrade¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSV, Departamento de Enfermagem, Viseu, Portugal

² CINTESIS, Universidade do Porto, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, ESSV, Portugal

Isabel Bica - mcarvalho@essv.ipv.pt | Inês Esteves - inesmadamone@gmail.com | Sara Cruz - sarafvcruz.sc@gmail.com | Ana Andrade - anandrade67@gmail.com

Autor Correspondente

Isabel Bica

Rua D. João Gomes Crisóstomo de Almeida, nº102

3500-843 Viseu, Portugal

mcarvalho@essv.ipv.pt

RECEBIDO: 05 de setembro, 2016

ACEITE: 20 de setembro, 2016

Bica, I., Esteves, I., Cruz, S. & Andrade, A. (2016). A Risky Situation with Impact on the Whole Family: Teenage Pregnancy. *Millenium*, 2(1), 27-39.

RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência constitui uma situação de risco com impacto em toda a família, podendo gerar crises não apenas na jovem que engravida - em virtude da inexperiência e consequente dificuldade que surge para cuidar de um filho - , como do ponto de vista transgeracional.

Objetivos: Aplicar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) Figueiredo (2009) e avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem numa família em contexto clínico.

Métodos: Estudo de caso qualitativo realizado com base no MDAIF em contexto clínico nos Cuidados de Saúde Primários. Este estudo focou-se no processo de intervenção familiar desenvolvido com uma família de uma adolescente de 16 anos que engravida, fruto de uma relação fugaz com um rapaz 9 anos mais velho que conheceu através das redes sociais (Facebook). Instrumentos: Genograma, Ecomapa, Apgar familiar e Escala de Graffar.

Resultados: Família extensa, com diferentes subsistemas e limites rígidos. A família encontra-se na etapa do ciclo vital – família com filhos adolescentes, segundo Duvall (1977). Família de classe média. Com a gravidez não desejada da adolescente, e apesar da relação conflituosa com a sua mãe, esta torna-se um apoio importante no percurso da vida da adolescente e no desenvolvimento do recém-nascido.

Conclusões: A utilização do MDAIF permitiu o desenvolvimento das habilidades dos enfermeiros para uma abordagem familiar, contribuindo assim para dar resposta às necessidades da família, enquanto unidade alvo de cuidados. Além disto, permitiu à adolescente prosseguir com a realização do seu projeto de vida, com o apoio familiar e social. Sugere-se a continuidade da utilização do MDAIF.

Palavras-chave: adolescente; gravidez; família; avaliação familiar.

ABSTRACT

Introduction: Teenage pregnancy is a risky situation with impact on the whole family, which may cause crisis both in the teenager who gets pregnant – due to the inexperience and consequent difficulty in taking care of a child – and in the transgenerational perspective.

Objectives: Applying the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) by Figueiredo (2009) and assessing the impact of nursing care in a family in clinical and community context.

Methods: Qualitative case study based on MDAIF in clinical context in Primary Health Care. This study was focused on family intervention process developed within a family of a 16-year-old who gets pregnant from a casual encounter with a 25-year-old boy she met on social networks (Facebook). Instruments: Genogram, Ecomap, Family Apgar and Graffar Scale.

Results: Middle-class extended family with different subsystems and strict limits. According to Duvall (1977), the family is at the life cycle stage - Family with teenage children. Despite the unplanned pregnancy and the fact that the young woman and her mother have a controversial relationship, her mother became an important support in the teenager's life path and the newborn's development.

Conclusions: The MDAIF's use allowed the development of nurses' skills for a family approach, contributing to meet the family's needs, seen as care unit. In addition, it allowed the teenager to keep accomplishing her life project. It is suggested the continued use of MDAIF.

Keywords: teenager; pregnancy; family; family assessment.

RESUMEN

Introducción: El embarazo em la adolescencia es una situación de riesgo con impacto en toda la familia, por lo que puede provocar una crisis no sólo en el adolescente embarazada – debido a la inexperiencia y a consiguiente dificultad que es cuidar de un niño – y en la perspectiva transgeracional.

Objetivos: Aplicación de Modelo Dinámico de Evaluación Familiar e Intervención (MDAIF) por Figueiredo (2009) y la evaluación del impacto de los cuidados de enfermería en una familia en el contexto clínico y comunitario.

Metodos: Estudio de caso cualitativo basado en MDAIF en el contexto clínico en la atención primaria. Este estudio se entró en proceso de intervención familiar elaborado con una familia de una joven de 16 años de edad, que queda embarazada de un encuentro casual con un niño de 25 años de edad, se encontró en las redes sociales (Facebook). Instrumentos: genograma, ecomapa, Apgar Familiar y Escala de Graffaar.

Resultados: Familia extensa de clase media con diferentes subsistemas y limites estrictos. De acuerdo con Duvall (1977), la familia está en la etapa de ciclo de vida – Familia con hijos. A pesar de que el embarazo no planificado y el hecho de que la joven y su madre tienen una relación adversarial, su madre llegó a ser una ayuda importante en la ruta de la vida del adolescente y en el desarrollo del recién nacido.

Conclusiones: El uso de MDAIF permitió el desarrollo de las habilidades de las enfermeras para un enfoque familiar, lo que contribuye a satisfacer las necesidades de la familia, considerada como unidad de cuidados. Además, permitió que el adolescente a mantener el cumplimiento de su proyecto de vida. Se sugiere el uso continuado de MDAIF.

Palabras clave: adolescente; embarazo; familia; evaluación de la familia.

INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se como um período que ocorre entre a infância e a idade adulta (entre os 11/12 anos até ao jovem autónomo), durante o qual ocorrem transformações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas.

Muitas vezes, a adolescência é vivida como um período difícil, em que o jovem adolescente procura um desprendimento emocional dos pais (mesmo que isso implique rejeitar as suas opiniões e revoltar-se contra os seus pais) e a formação da sua identidade (perceber quem é e como se integra na sociedade onde vive).

No entanto, muitos são os jovens que experimentam comportamentos de risco, como o consumo de substâncias como o tabaco, álcool e drogas; os acidentes; a gravidez na adolescência e as infeções sexualmente transmissíveis. (Simões, 2005, p.1). A adoção destes comportamentos de risco pode ter consequências devastadoras a vários níveis (pessoal e social). Por exemplo, a vivência de uma sexualidade precoce e com riscos, ao invés de uma sexualidade ativa e segura, com conseqüente ocorrência de uma gravidez, tem complicações obstétricas a curto, médio e longo prazo na saúde da jovem e do recém-nascido. Para além destas, existem ainda um rol de consequências em termos familiares e sociais.

Inicialmente, a nível familiar, a gravidez na adolescência apresenta efeitos negativos na estruturação familiar, uma vez que se trata de uma situação inesperada. A falta de comunicação entre pais e filhos ou de abertura para discutir o tema parece ser uma das principais razões para a ocorrência destas situações. Contudo, com o passar do tempo, e com a adaptação da família à situação, a gravidez acaba por ser aceite. Porém, pode acontecer que o pai do recém-nascido não pretenda assumir a paternidade do bebé, ou, pelo contrário, até reaja de forma positiva com a receção da notícia.

Em termos sociais, sendo a adolescência um período de grandes transformações e que atinge a(o) jovem que idealiza o seu projeto de vida, o nascimento de um recém-nascido pode colocar em *stand-by* a concretização desse mesmo sonho (interrupção da vida escolar). Além disso, a maior consciencialização dos jovens e do fácil acesso a informação e meios de prevenção gratuitamente, faz com que a experiência de uma gravidez na adolescência seja vista, por muitos, como uma irresponsabilidade.

Sendo este um tema que carece de alguma investigação, reflexão e debate, considera-se pertinente a exposição deste estudo, que representa um retrato fiel desta problemática e da sua implicação a nível familiar e social.

Este estudo foi realizado com recurso a uma família com filhos adolescentes que tinha experienciado recentemente a gravidez de uma das filhas. A procura de diferentes experiências inerente a este período da vida (adolescência), a procura do verdadeiro “eu” e a afirmação de um papel diante da família, em conjunto com as diferentes transformações biológicas, pode resultar num período perturbador da saúde do adolescente, se o mesmo período não for vivido em segurança.

Trata-se da família de uma jovem, de 16 anos, proveniente de uma família humilde, que conheceu um rapaz 9 anos mais velho nas redes sociais (Facebook). Deste encontro, resultou uma gravidez não planeada e não vigiada até às 22 semanas de gestação.

Com este estudo, pretende-se aplicar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) Figueiredo (2009) e avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem nesta família em contexto clínico. Também procura-se proporcionar ao leitor uma visão global acerca da família em estudo, assim como das suas principais necessidades.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994, cit. In Rodrigues, Macedo & Montano, 2007) “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”.

Há muito que se reconhece a importância da família para a saúde dos seus membros. Todavia, nas últimas décadas, o reconhecimento que a família é também um recurso para a sua própria saúde tornou-se foco de interesse e investigação (Bomar, 2004; Denham, 2003; Friedman, Bowden & Jones, 2003; Hanson et al, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009 cit in. Santos, 2012, p. 31). Como tal, o indivíduo não deve ser visto isoladamente, mas sim como alguém que interage com diferentes meios

(social, familiar, ambiental, ...). Ao perceber a família enquanto sistema, isto é, enquanto unidade alvo de cuidados, percebe-se que esta interage com o ambiente que a rodeia de forma diferente em momentos diferentes. Assim, numa perspectiva sistêmica, não faz qualquer sentido separar o indivíduo da sua família, pois é no seio dela que ele se desenvolve, aprende e cresce e é nela que adquire crenças e tradições específicas que a caracterizam e a distingue de todas as outras famílias.

Ao utilizar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como referencial teórico, assumem-se as suas premissas como verdades e como guia na tomada de decisões junto da família, fornecendo todos os recursos necessários para capacitar a mesma.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento, que ocorre entre a puberdade e a idade adulta, ou seja, desde a altura em que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadram numa identidade estabelecida. (Ferreira, & Nelas, 2006, p. 145). Esta fase é propícia ao aparecimento de comportamentos irreverentes e o questionamento dos modelos e padrões infantis que são necessários ao próprio crescimento. (Ferreira & Nelas, 2006, p. 142).

Uma das grandes dificuldades dos pais com filhos adolescentes é a intercomunicação com os mesmos, uma vez que estes preferem comunicar com grupos de pares. O crescimento da influência dos pares e o desapego emocional como forma de afirmação da sua autonomia, bem como a consequente experimentação de comportamentos de risco, são fatores que elevam os níveis de stress parental e que dificultam a sua capacidade para lidar com os seus filhos.

Para além disto, a falta de conhecimento, compreensão e capacidade para lidar com esta fase tão característica dos adolescentes, leva à imposição constante de regras que, tal como são impostas, também assim são recalitradas.

De acordo com Simões (2005), os principais comportamentos de risco dos adolescentes são o consumo de substâncias (álcool, tabaco, drogas, medicamentos), a violência, o suicídio, os acidentes, as desordens alimentares, a gravidez na adolescência e as infeções sexualmente transmitidas.

Uma gravidez não desejada já acarreta, por si só, grandes mudanças na vida de uma pessoa. Quando atinge uma adolescente, torna-se num problema, um momento de crise, pois a adolescência é um período de grande imaturidade biológica, emocional e social. A gravidez durante esta fase de vida, está mais frequentemente associada a complicações materno-fetais como anemia, parto pré-termo, hemorragia puerperal, parto instrumentado, depressão e mortalidade neonatal e pós-neonatal. Esta situação de risco exige um acompanhamento e vigilância rigorosa por parte dos profissionais de saúde.

1. MÉTODOS

O Estudo de Caso é um método apropriado para investigar um fenómeno contemporâneo, dentro de um contexto de vida real. O estudo foi desenvolvido através da aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar (MDAF) para a avaliação de uma família em contexto clínico. Este modelo cita três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. (Wright & Leahey, 2002 cit. In Figueiredo, 2009, p.173-174). A partir deste modelo, a equipa de saúde tem a possibilidade de conhecer melhor a família e o seu contexto, permitindo identificar as suas necessidades e planear as intervenções de enfermagem.

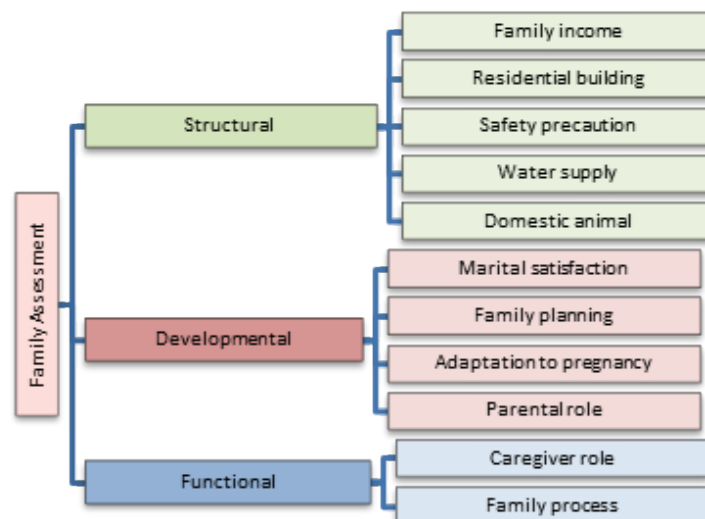


Figura 1 - Diagrama representativo do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar. **Fonte:** Figueiredo (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem colaborativa de Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência, p. 104.

Os dados obtidos neste estudo são confidenciais e o anonimato é garantido com recurso a nomes fictícios. Todos os dados obtidos serão apenas utilizados em contexto de investigação. Os elementos da família aceitaram participar livremente, após os esclarecimentos necessários, bem como a assinatura do termo de consentimento informado, livre e esclarecido. Os dados foram adquiridos através de uma entrevista semiestruturada com a jovem em estudo e respetiva mãe, assim como a visualização de comportamento não verbal e visitas domiciliárias.

2.1 Amostra

A família Fernandes é constituída pela jovem em estudo, Maria (M.F., sexo feminino, 16 anos), pelo seu filho Simão, (S.F., sexo masculino, 19 dias), pelos seus irmãos Pedro (P.F., sexo masculino, 21 anos) e Carlos (C.F., sexo masculino, 15 anos) e pelos seus pais Paulo (P.F., sexo masculino, 47 anos) e Rita (R.F., sexo feminino, 43 anos).

2.2 Instrumentos de recolha de dados / Data Collection Instruments

Como instrumentos de colheita de dados e para a avaliação da estrutura interna e externa da família foram utilizados o Genograma e o Ecomapa.

Através da análise do genograma é possível visualizar os membros da família e perceber a vinculação existentes entre estes. É utilizado na colheita de dados familiares, proporcionando uma visão da estrutura familiar assim como os seus problemas atuais, uma perspetiva do passado da família, problemas potenciais no futuro, informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família. (Figueiredo, 2009, p.149).

Enquanto o genograma incide nas relações e ligações no sistema multi e intergeracional da família, o ecomapa explora as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares. (Rempel, Neufeld & Kushner, 2007, cit. In Figueiredo, 2009, p. 150).

O ecomapa evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência. Integrando as relações com os serviços da comunidade, os grupos sociais, o trabalho, as relações pessoais significativas e outras específicas da família, para cada uma destas ligações podem ser realçadas três diferentes dimensões: a força da ligação; impacto da ligação e qualidade da ligação. (Agostinho, 2007 cit. In Figueiredo, 2009, p. 150).

Para a avaliação da funcionalidade da família foi utilizada a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978) que permite a compreensão de aspetos fundamentais do funcionamento familiar, designadamente a coesão a adaptabilidade da família e a perceção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma. Esta escala permite a avaliação de parâmetros referentes à satisfação de Maria, nomeadamente relativa à ajuda que recebe da sua família, ao tempo que dispõe com a sua família, à afeição e reação aos seus sentimentos, à forma como a mesma discute assuntos e ao modo como encara a adoção de novas e diferentes atividades e estilos de vida.

O resultado desta Escala varia entre um score de 0 a 10, sendo que de 0 a 3 considera-se “Disfunção severa”, de 4 a 6 “Disfunção leve” e de 7 a 10 “Altamente funcional”.

Para a classificação social da família foi utilizada a Escala de Graffar (1956).

2. RESULTADOS

Dimensão Estrutural

Ao utilizar a Escala de Graffar (1956), a família Fernandes encontra-se, socialmente, no grau 3 (classe social média). O agregado familiar é constituído por Paulo, com 47 anos; Rita, com 43 anos (pais da jovem em estudo), Pedro, com 21 anos; Carlos, com 15 anos (irmãos da jovem em estudo) e Maria, com 16 anos (adolescente em estudo). Atualmente, a jovem não tem qualquer tipo de relação com o pai do recém-nascido (não identificado com as iniciais), uma vez que o mesmo não o aceitou nem forneceu qualquer tipo de apoio após a descoberta da gravidez. (Figura 2).

A família encontra-se dependente apenas do salário do progenitor masculino (P.F.), mecânico, e do filho mais velho (P.F. – 21 anos), também mecânico, uma vez que R.S. se encontra desempregada recentemente. (Figura 2).

Todos os indivíduos da família apresentam um nível de escolaridade baixo (9º Ano). A situação vacinal de todos os elementos encontra-se devidamente atualizada. Não há histórico de patologias associadas, até ao momento, dos diferentes membros integrantes da família F. (Figura 2).

A jovem em estudo encontra alguma estrutura de apoio na comunidade exterior, nomeadamente: na Escola (Gabinete de Apoio ao Adolescente e Psicóloga da Escola) e em alguns colegas de escola, apesar de se tratar de uma relação superficial (Figura 3).

A adolescente recebe visita todas as semanas da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade da sua área de residência para apoio na experiência da maternidade e esclarecimento de dúvidas acerca da mesma. Durante este período, foi realizada uma visita domiciliária para o apoio à amamentação e iniciação da extração de leite e técnica do banho e prestação de cuidados de higiene e conforto ao RN com uma enfermeira especializada na área (Figura 3).

Desloca-se também, com frequência, à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, para monitorização do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, bem como acompanhamento da sua evolução pós-parto e iniciação de métodos contraceptivos (no âmbito da saúde reprodutiva e planeamento familiar). Para tal, foram realizadas um total de 8 consultas de Enfermagem. (Figura 3).

O recém-nascido está referenciado, desde o nascimento, à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens pelo facto de ser filho de uma mãe adolescente, sem estruturas de apoio suficientes e cujo pai não colaborou no processo de paternidade e parentalidade (portanto, sem suporte familiar efetivo). Além disso, o facto de ter sido uma gravidez não vigiada concorre para um indicador de risco social, pelo que também a família está referenciada aos Serviços Sociais. (Figura 3).

É nos seus pais que a jovem em estudo encontra um suporte fundamental para a satisfação das suas necessidades, bem como as do seu bebé. Apesar da relação conflituosa que tem com a mãe, é na família que a jovem se vê reconfortada e apoiada. (Figura 3).

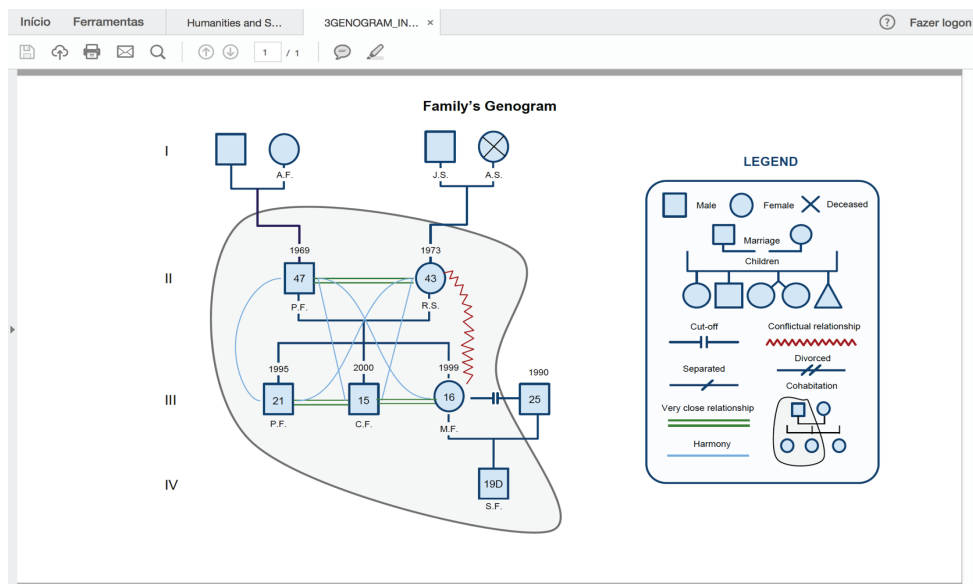


Figura 2 - Family's Genogram. Portugal, 2016.

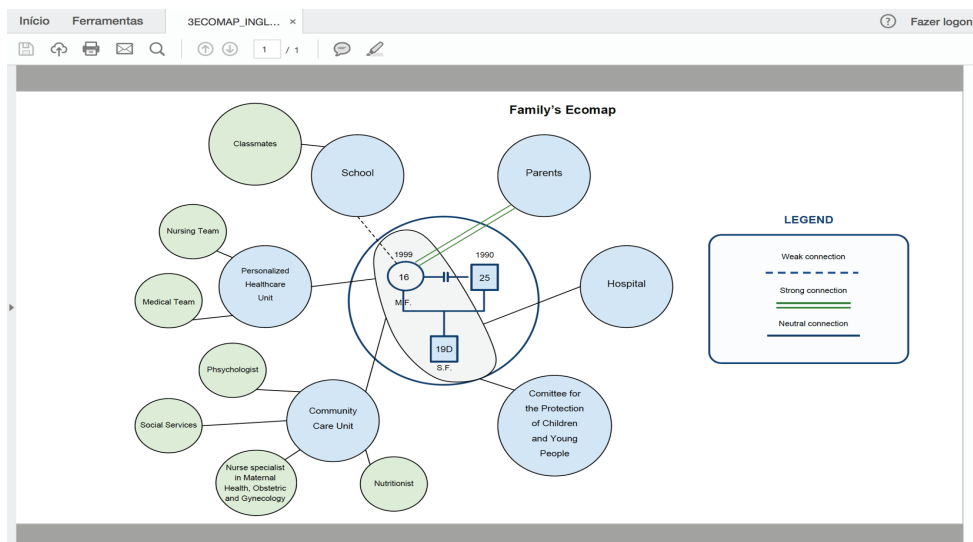


Figura 3 - Family's Ecomap. Portugal, 2016.

A família estudada vive numa moradia própria, cujas características e principais atributos se encontram descritos na tabela 1. A moradia apresenta cinco divisões destinadas ao sono e repouso, convívio/ lazer, para confeção de refeições e ainda duas instalações sanitárias. A casa é aquecida através de uma lareira. Todas as divisões têm luz natural e elétrica. O abastecimento de água em casa é feito pelo poço existente junto da moradia. Relativamente à colheita dos resíduos sólidos, esta é feita pelos Serviços Municipalizados duas vezes por semana. No que diz respeito à precaução de segurança, a família demonstra ter conhecimento sobre o uso dos equipamentos domésticos e da lareira.

Table 1 - Property Type and characteristics

| | |
|---|--|
| Tipo de propriedade/ Property Type | Moradia própria / Own semi-detached house |
| Nº de divisões / Number of divisions | Sete divisões – 3 quartos mobilados; 1 sala de estar; 1 cozinha; 2 casas de banho. Seven rooms – 3 furnished rooms; 1 living room (equipped with TV, DVD player and radio); 1 kitchen with stove, refrigerator, water heater and adequate furniture to space. |
| Instalações Sanitárias/ Sanitary Facilities | 2 casas de banho 2 bathrooms |
| Tipo de Pavimento/ Floor Type | Tijoleira / Floor tiles |
| Luz Natural/ Natural Light | Sim, em todas as divisões da casa / Yes, in all divisions. |
| Luz Artificial/ Artificial Light | Sim, em todas as divisões da casa / Yes, in all divisions (electricity). |
| Heating System | Lareira e recuperador de calor / Fireplace and heat recovery |
| Equipamentos domésticos/ Home Appliances | Fogão, frigorífico, esquentador, cilindro, aspirador, ferro de engomar, aquecedor, rádio/ CD, televisão, DVD, telefone e máquina de lavar a roupa. Stove, refrigerator, water heater, vacuum cleaner, iron, heater, radio/ CD, TV/DVD, telephone and washing machine. |
| Abastecimento de água/ Destino dos esgotos Water/ Sanitation | Rede privada – poço / Fossa Private network – water well / Cesspool |
| Conservação da habitação/ House Conservation | Adequada / Suitable |
| Higiene da Habitação/ Property Hygiene | Adequada / Suitable |

Dimensão do Desenvolvimento Familiar / Developmental Family Dimension

A família em estudo encontra-se em dois estádios propostos por Duvall – Estádio II – Famílias com recém-nascido e Estádio V – famílias com filhos adolescentes. Nesta fase, é proposta como tarefa do desenvolvimento, a existência de um equilíbrio entre a responsabilidade e a liberdade, bem como o estabelecimento de interesses pós-parentalidade.

Na tabela 2 serão propostas algumas áreas que mereceram atenção da equipa de saúde no sentido de melhor preparar e capacitar a família para a resolução desses problemas.

Tabela 2 – Intervenções propostas acerca do papel parental, da atitude da família e do conhecimento da família sobre diferentes áreas.

| Diagnosis | | Intervenções /Intervention(s) | Avaliação /Evaluation |
|--|-----------------|--|---|
| Foco /Focus | Juízo /Judgment | | |
| Parental role | Not shown | | |
| Papel parental não adequado | | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a prestação de cuidados ao recém-nascido pela própria mãe; - Explicar o desenvolvimento infantil e a importância de existência de regras e hábitos saudáveis no recém-nascido; - Promover a responsabilidade e interesse da jovem mãe pelo recém-nascido. | <p>Foram realizadas oito consultas de vigilância de saúde, do RN, nos Cuidados de Saúde Primários.</p> <p>Foi avaliado o peso durante os primeiros dias apresentando uma diminuição de 6%, considerada fisiológica nos primeiros 10 dias de vida. A partir do 8º dia, o RN, começou a ter uma evolução ponderal positiva de 35g/dia.</p> |
| Conhecimento sobre métodos contraceptivos | Não demonstrado | <ul style="list-style-type: none"> - Instruir acerca dos métodos contraceptivos existentes, bem como das principais vantagens e desvantagens e adequar o melhor método à pessoa e à sua escolha; | <p>Foi dada indicação à jovem, uma vez que ainda amamentava e extraía leite de 3/3h, para iniciar a pílula progestativa, <i>Azália</i>.</p> <p>Sugeriu-se, também, a colaboração da mãe da jovem no sentido de a alertar para toma diária da pílula. Foi-lhe explicado quando deveria iniciar a tomar e explicadas todas as situações que interferem com a eficácia da pílula.</p> |
| Conhecimento sobre métodos contraceptivos não demonstrado | | <ul style="list-style-type: none"> - Validar a informação dada; - Monitorizar a adaptação ao método escolhido; - Incentivar a puérpera para as consultas de planeamento familiar. | |
| Conhecimento dos pais sobre a adolescência | Não demonstrado | <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer a importância da realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da adolescente; | <p>Foi explicado à família da jovem adolescente a importância do cumprimento do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, como forma de consciencializar e informar os adolescentes nas idades-chave do seu desenvolvimento e formação como pessoa. Além disto, foi explicitada a importância de, durante a adolescência, os jovens terem uma perspetiva de um projeto de vida, como fio condutor do seu crescimento e desenvolvimento. A pertinência da educação dos jovens acerca da adoção comportamentos seguros ao invés de comportamentos de risco, da socialização e dos perigos da Internet, bem como da importância da existência de adultos de referência são considerados pontos fundamentais a abordar nas diferentes consultas propostas durante a adolescência.</p> |
| Conhecimento dos pais sobre a adolescência não demonstrado | | <ul style="list-style-type: none"> - Promover uma relação de proximidade entre pais e filhos; - Enfatizar a importância da socialização para o adolescente; - Esclarecer a importância de regras estruturantes para a formação dos adolescentes; - Perceber o projeto de vida e objetivos de vida a curto, médio e longo prazo dos adolescentes Maria, Pedro e Carlos. | |

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| <p>Conhecimento dos pais sobre o processo de vinculação</p> | <p>Não demonstrado</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Promover a vinculação mãe-filho; - Reforçar a importância dos afetos para a mãe e para o recém-nascido; - Explicitar a importância de comunicar com o recém-nascido para estabelecer uma ligação; | |
| <p>Conhecimento dos pais sobre o processo de vinculação não demonstrado</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a amamentação para fortalecer o vínculo afetivo mãe-filho; - Promover a autonomia da mãe para a prestação de cuidados. | <p>Apesar dos ensinamentos e compreensão por parte de Maria, esta não demonstrou iniciativa para a realização do papel parental, resultando num fraco vínculo afetivo.</p> |
| <p>Adesão à vigilância de saúde do RN</p> | <p>Não demonstrado</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a família sobre as características e competências do RN; - Ensinar a família acerca dos sinais de alerta nos primeiros meses de vida; | |
| <p>Adesão à vigilância de saúde do RN não demonstrado</p> | | <ul style="list-style-type: none"> - Explicar à família o posicionamento recomendado para dormir; - Esclarecer a família sobre a importância de transportar o RN em segurança, numa cadeira própria, dentro e fora de casa (onde já inclui o carro); - Esclarecer a importância de pesar o RN todas as semanas até completar o primeiro mês de vida (para verificar a evolução ponderal do RN) e de marcar a 1ª consulta na 1ª semana (para realização do Teste do Pezinho e monitorizar parâmetros antropométricos) e aos 28 dias de vida do RN; - Monitorizar e comparar parâmetros antropométricos do RN com os percentis médios. | <p>Foi explicado à Maria (mãe do RN) a importância da vigilância de saúde do RN, assim como as características e competências de um bebé no 1º mês de vida. Houve preocupação em abordar os sinais de alerta do RN no primeiro mês de vida (temperatura >38°C, prostração, choro persistente, gemido e recusa alimentar) e a importância de recorrer a um Serviço de Urgência se tal acontecer.</p> <p>Houve alguma dificuldade na validação da informação obtida, pelo que os ensinamentos foram sendo reforçados ao longo do tempo.</p> |

| | | | |
|----------------------------------|-----------------|---|---|
| Conhecimento acerca do pós-parto | Não demonstrado | - Aconselhar a puérpera a não ter relações sexuais até à Consulta de Revisão Puerperal (4 a 6 semanas após o parto); - Esclarecer a importância de ter cuidados com a alimentação, que inclui a ingestão hídrica adequada, a evicção de comida muito condimentada, cafeína, drogas e tabaco); - Explicitar sinais de alarme que necessitem de avaliação médica urgente (hemorragia vaginal abundante, febre > 38°C, corrimento vaginal com odor fétido; dor, calor e rubor nas pernas e mamas). - Enfatizar a importância da adoção de determinados cuidados para a prevenção da infeção puerperal (banho diário; higiene parcial cuidada, da frente para trás, sempre que vai à casa de banho; trocar o penso higiénico sempre que vá ao WC; lavar as mãos com frequência). | Foram dadas todas as recomendações e explicações necessárias para a vivência de um puerpério seguro. Uma vez que a gravidez não foi vigiada até as 22 semanas de gestação, todas as recomendações relativas à alimentação eram desconhecidas pela jovem. A jovem compreendeu toda a informação fornecida. |
| Atitude da família | Dificultadora | - Avaliar apoio familiar; - Promover a comunicação entre a família; | Uma vez que há sobreposição de papéis entre a avó e a jovem mãe do RN, a atitude da família continua a ser dificultadora e não promotora da vinculação mãe-filho. |
| Atitude da família dificultadora | | - Proporcionar apoio emocional. | |

| | |
|-----------------------|---|
| Avaliação/ Evaluation | <ul style="list-style-type: none"> - Papel parental não adequado; - Conhecimento sobre métodos contraceptivos demonstrado; - Conhecimento dos pais sobre a adolescência demonstrado; - Conhecimento dos pais sobre o processo de vinculação demonstrado; - Adesão à vigilância de saúde do RN demonstrado; - Conhecimento acerca do pós-parto demonstrado; - Atitude da família dificultadora. |
|-----------------------|---|

Dimensão funcional / Functional Dimension

Para realizar a avaliação da funcionalidade da família foi usada a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978), com objetivo na compreensão de aspetos fundamentais do funcionamento familiar, como a coesão, a adaptabilidade da família e a perceção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma. A jovem em estudo, considerou a sua família como altamente funcional (score 8), referindo que se encontra quase sempre satisfeita em todos os pontos a que esta Escala faz referência.

1. DISCUSSÃO

A jovem (M.F.) conheceu um rapaz, nove anos mais velho do que ela, através das redes sociais na Internet. Daqui adveio um encontro físico, com envolvimento sexual consentido entre ambos, do qual resultou uma gravidez não planeada e não vigiada até às 22 semanas de gestação. Por isso, não foi feita qualquer tipo de prevenção, no que concerne a prevenção de defeitos do tubo

neural (ácido fólico) ou prevenção de malformações no desenvolvimento cognitivo fetal (iodo) ou suplementação para auxiliar o desenvolvimento do sistema nervoso fetal e com importantes funções no metabolismo energético (ferro). Apesar de tudo, com o suporte dos seus pais, a jovem frequentou consultas de alto risco no âmbito dos os Cuidados de Saúde Diferenciados no restante tempo de gestação.

Neste caso em particular, a gravidez gerou um impacto familiar que provocou uma alteração na dinâmica familiar, sobrepondo sentimentos contraditórios e causando uma maior falha de comunicação entre os seus membros.

A existência de limites rígidos associada a uma falha comunicacional (e um agravamento da mesma com a descoberta da gravidez), tornam a superação desta situação mais difícil. Contudo, a jovem estudada classifica a sua família como “altamente funcional” (score 8, na Escala de Apgar Familiar) resultante de todo o suporte que acabou por receber dos pais no término da gestação e no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Deve-se referir que o pai do recém-nascido, após a descoberta da gravidez, não quis estar envolvido no processo de paternidade e parentalidade.

Apesar de M.F. ser a mãe do recém-nascido, o papel de prestador de cuidados decaiu sobre R.S. (avó do recém-nascido), por sua própria vontade. Também é perceptível o fraco vínculo entre M.F. e o seu filho, talvez pelo papel hiperprotetor relativamente ao seu neto, impedindo, de certa forma, o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho. Por isso, o papel de prestador de cuidados do RN não está definido à mãe (M.F.) mas sim à avó do recém-nascido (R.S.), quer seja por falta de experiência ou conhecimento de M.F. ou mesmo por sobreposição de R.S. A relação familiar considera-se satisfatória, apesar do vínculo afetivo com M.F. ser fraco ou nulo, mas ser substituído por R.S.

Contudo, o recém-nascido é bem cuidado, não se verificando qualquer tipo de negligência alimentar, higiénica, emocional ou relativa à sua saúde em geral.

Existe um trabalho a ser desenvolvido em comunhão com a família pela equipa de enfermagem e restante equipa multiprofissional com objetivo de apoiar toda a família de acordo com as suas necessidades. Decorrente da análise dos dados foram propostas áreas que carecem de intervenção de enfermagem no sentido de satisfazer as necessidades da família, enquanto unidade de cuidados. Entre estas, no âmbito da saúde materna e infantil, a importância de uma vigilância apertada sob o ponto de vista físico e emocional de uma adolescente que pariu recentemente e a necessidade de ir monitorizando o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, bem como o seu vínculo afetivo com os respetivos familiares, de maneira a que o mesmo cresça e se desenvolva num lar em harmonia.

CONCLUSÕES / CONCLUSIONS

A utilização do MDAIF para a avaliação familiar permite conhecer melhor a família e explorar os aspetos que carecem de maior intervenção nas diferentes áreas. A partir do mesmo, foi possível descobrir algumas dificuldades encontradas pela família no que diz respeito ao conhecimento sobre a adolescência, sobre o processo de vinculação, métodos contraceptivos e vivência de uma sexualidade ativa e segura e assim intervir para a resolução dos problemas/necessidades identificados.

O uso de ferramentas como o genograma e ecomapa permitiu compreender a família e a sua dinâmica, bem como toda a estrutura de apoio que os rodeia. Além disso, tornaram-se instrumentos importantes para alertar sobre a importância do sistema familiar no processo de saúde-doença, uma vez que a saúde de um indivíduo afeta a sua família.

Assim, pode-se concluir que a avaliação e intervenção familiar foram eficazes, permitindo não só dar resposta às necessidades da família enquanto unidade, como ainda ajudar a adolescente a prosseguir com a realização do seu projeto de vida, articulando com a Unidade de Cuidados na Comunidade (para intervenção no contexto escolar) e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

Sugere-se a continuidade do uso do MDAIF em futuras investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. (3rd ed). Philadelphia: Saunders/Elsevier.

Carvalho, A. (2012). *Fatores de Satisfação e Stress na Paternidade de Filhas Adolescentes*. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9297/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Bica, I., Esteves, I., Cruz, S. & Andrade, A. (2016). A Risky Situation with Impact on the Whole Family: Teenage Pregnancy. *Millenium*, 2(1), 27-39.

Denham, S.A. (2003). *Family health: A framework for family nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Figueiredo, M.H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem colaborativa de Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M.H., & Martins, M. (2010). Avaliação Familiar: do modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9 (3), 552-559. Acedido em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>

Firedman, M.M., Bowden, V.R., & Jonves, E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory and assessment*. (5th ed). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Graffar, M. (1956). *Une méthode de classification sociale d'échantillons de population*. *Courrier*, 6, 455-459.

Hanson, S.M.H., Geralfy-Duffy, V. & Kaakinen, J.R. (2005). *Family health care nursing: theory, practice and research*. (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Lima, A., Esteves, C., Graça, C., & Alves, M. (2007). *Era uma vez uma família numerosa...*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Acedido em <https://www.apfn.com.pt/Actividades/ticketensino2007/ticketensino2007.pdf>

Relvas, A.P. (1996). *O ciclo vital da família – perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Rodrigues, M., Macedo, P., Montano, T. (2007). *Manual do Formador: Formação dos membros das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco.

Santos, M. (2012). *Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf

Silva, M., Costa, M., & Silva, M.M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11). Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a03.pdf>

Silva, R. (2013). *Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26045/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MSP%20Renata%20Silva.pdf>

Simões, M.C. (2005). *Comportamentos de Risco na Adolescência: Estudo dos fatores aliados ao risco e à proteção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Acedido em http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6812/1/TD_Celeste%20Sim%C3%B5es.pdf

Wright, M.L. & Bell, J.M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary: 4th Floor Press.

Wright, M.L. & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (5th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Millenium, 2(1), 41-51.

A INFORMAÇÃO COMO SUPORTE À SUPERVISÃO DE PARES EM ENFERMAGEM
INFORMATION AS SUPPORT FOR PEER SUPERVISION IN NURSING
LA INFORMACIÓN COMO SOPORTE DE SUPERVISIÓN DE PARES EN ENFERMERÍA

Cecília Alves¹
Artur Pacheco²

¹ Centro Hospitalar São João, UCI, Porto, Portugal

² Centro Hospitalar Alto Ave, UCI, Vila Nova de Gaia, Portugal

Cecília Alves - cecilia.m.alves@gmail.com | Artur Pacheco - ajc.pacheco74@gmail.com

Autor Correspondente

Cecília Alves

Alameda Prof. Hernani Monteiro

4200-319 Porto, Portugal

cecilia.m.alves@gmail.com

RECEBIDO: 14 de junho, 2015

ACEITE: 02 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: A qualidade dos cuidados é atualmente um foco de atenção de todos os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. A evidência tem vindo a demonstrar que a implementação de processos supervisivos entre pares é promotora do desenvolvimento de competências profissionais, permitindo aos enfermeiros exercer uma prática profissional adequada e crítico-reflexiva, o que consequentemente terá repercussões positivas na qualidade dos cuidados de enfermagem. Decorrente das alterações demográficas, tecnológicas e científicas, a informação integra na atualidade o discurso dos profissionais de saúde.

Desenvolvimento: a informação é uma ferramenta essencial na orientação dos cuidados de enfermagem, pelo que importa averiguar qual a informação que sustenta a tomada de decisão dos enfermeiros. Esta indagação auxilia também a identificação das necessidades de formação destes profissionais, visando o desenvolvimento pessoal e de competências profissionais. Com a presente revisão narrativa pretende-se refletir sobre a pertinência da implementação de processos supervisivo de pares em enfermagem, bem como do suporte que a informação constitui para a identificação de áreas do conhecimento necessárias à transformação das práticas.

Conclusões: Como limitação na concretização deste artigo, evidenciamos a pouca bibliografia disponível principalmente no que respeita à evidência acerca da utilização da informação enquanto suporte à SC de pares em enfermagem, o que nos faz acreditar ser necessário o desenvolvimento de investigação que combine estas duas áreas.

Palavras-chave: supervisão clínica; cuidados de enfermagem; informação em saúde; qualidade da assistência à saúde; competência profissional.

ABSTRACT

Introduction: Quality of care is currently a focus of attention for all health professionals including nurses. Evidence has shown that implementing a supervisory process between peers, promotes the development of professional skills, allowing nurses to provide an appropriate professional and critical-reflexive practice, which in turn, will have positive impact on the quality of nursing care. Resulting from the demographic, technological and scientific changes today information integrates the discourse of health professionals.

Development: It is a fact that information is an essential tool in guiding nursing care and it is important to find out what information will be the basis for nurses' decision-making. This question also helps to identify of these professionals' training needs, in order to enhance personal development and professional skills and consequently to improve the quality of nursing care.

With this narrative review, we intend to reflect on the relevance of implementing a peer supervision process in nursing, as well as, the support that information provides to identify areas of knowledge that need to be addressed with a view to transforming practices.

Conclusions: It is worth noting that the dearth of literature available regarding evidence about the use of information, especially with respect to its support of peer CS in nursing is a limitation in implementing this article. This makes us believe that it is necessary to develop research that combines these two areas.

Keywords: clinical supervision; nursing care, health information; quality of health care; professional competence.

RESUMEN

Introducción: La calidad de los cuidados es actualmente un foco de atención de todos los profesionales de la salud, incluidas las enfermeras. La evidencia ha demostrado que la aplicación de los procesos de supervisión entre pares está promoviendo el desarrollo de las habilidades profesionales, permitiendo que las enfermeras ejercen la práctica profesional adecuada y crítica-reflexiva, que por lo tanto tiene impacto positivo en la calidad de los cuidados de enfermería. Derivada de los cambios demográficos, tecnológicos y científicos, la información incluye el discurso actual de los profesionales de la salud.

Desarrollo: la información es una herramienta esencial en la orientación de la atención de enfermería, y que debe averiguar cuál es la información para apoyar la toma de decisiones de las enfermeras. Esta pregunta también ayuda a identificar la formación de estas necesidades de los profesionales, la orientación del desarrollo personal y habilidades profesionales. Con esta revisión narrativa tiene como objetivo reflexionar sobre la pertinencia de la aplicación de los procesos de supervisión de pares en enfermería, así como el apoyo que la información da para identificar áreas de conocimiento necesarias para transformar las prácticas.

Conclusiones: Es destacable que la escasez de la literatura disponible a respecto de la prueba sobre el uso de la información, sobre todo con respecto a su apoyo entre pares CS en enfermería es una limitación en la aplicación de este artículo. Esto nos hace creer que es necesario desarrollar la investigación que combina estas áreas.

Palabras clave: supervisión clínica; atención de enfermería; información en la salud; calidad de la atención de salud; competencia profesional

INTRODUÇÃO

Vivemos numa época em permanente mudança, com alterações constantes a nível social, humano e tecnológico, em que o conhecimento atingiu um carácter provisório. Tal, representa para o indivíduo um desafio devido à necessidade de ter de estar preparado para o imprevisto e assim acompanhar a mudança, aprendendo a mudar com ela (Alarcão & Canha, 2013).

Partindo deste pressuposto, percebe-se o abandono da ideia de que a formação inicial sólida é suficiente para assegurar o bom desempenho dos profissionais ao longo de todo o percurso profissional. De outro modo, esta tem vindo a ser substituída pela premissa de que, viver e exercer uma profissão implica envolvimento pessoal, num processo contínuo de desenvolvimento pessoal e profissional, capacitando o indivíduo para construir e reconstruir o seu conhecimento e a sua atuação ao longo da vida (Alarcão & Canha, 2013).

A formação contínua proporciona a atualização de conhecimentos e práticas, pelo que deve acompanhar o enfermeiro ao longo do seu percurso profissional, contribuindo para a construção/ reconstrução do seu conhecimento, formação e desenvolvimento profissional (Pires *et al.*, 2004).

De facto, é cada vez mais premente a necessidade de aprender ao longo da vida, nomeadamente ao longo da vida profissional, pelo que urge a definição de novos paradigmas e estratégias de formação. Porém, importa que estes sejam definidos tendo por base as necessidades de formação da população a que esta se destina, tendo em conta não só a necessidade individual de cada enfermeiro, mas também a necessidade coletiva do grupo e do contexto em que este está inserido. Deste modo, entendemos que este é o desafio atual colocado aos profissionais e às organizações de saúde no domínio da supervisão clínica em enfermagem (SCE).

A integração da enfermagem no ensino superior tem vindo a sujeitar a profissão a profundas mudanças, quer pela necessidade de ampliar o corpo de conhecimentos desta ciência através da investigação, quer pela necessidade de preparar profissionais mais analíticos e crítico-reflexivos (Pires *et al.*, 2004; Pereira, 2009).

Pretende-se que os enfermeiros desenvolvam uma prática analítico-reflexiva e baseada em evidência, aproximando a teoria da prática e promovendo a maior qualidade dos cuidados de enfermagem no sentido de serem alcançados ganhos em saúde, pelo que estes têm sido chamados a participar mais ativamente, não só na formação dos futuros profissionais, mas também na aquisição pelos seus pares de conhecimentos e competências (Silva, Pires, & Vilela, 2011).

A supervisão clínica (SC) de pares potencia a melhoria dos cuidados, proporcionando aos enfermeiros o desenvolvimento de competências e conhecimentos e consequentemente a melhoria da prática clínica. As grandes e rápidas mudanças tecnológicas e científicas e a maior mobilidade de pessoas decorrente da globalização, têm sido precursoras de novas necessidades em saúde, o que implica uma constante adaptação dos profissionais aos contextos de trabalho. Neste sentido, é premente que os enfermeiros reflitam continuamente acerca das suas práticas, procurando um desenvolvimento profissional contínuo.

Está demonstrado que a formação em serviço tem um impacto positivo na mudança de atitude pelos profissionais na prática clínica (Cunha, 2008), uma vez que esta emerge das necessidades sentidas por eles. Numa altura em que os Sistemas de Informação (SI) são uma realidade em Portugal, julgamos que a informação aí contida deve ser rentabilizada em cada contexto pelos pares, e designadamente pelos enfermeiros gestores, enquanto contributo à identificação de áreas alvo de formação específica. Ou seja, julgamos que a existência de sistemas de documentação clínica, os quais contêm informação proveniente da documentação do Processo de Enfermagem, favorecem a reflexão sobre a sua ação e consequentemente a identificação de áreas de intervenção. Tal, deve-se ao facto desta documentação traduzir os conhecimentos, o processo de pensamento e a conceção de cuidados de cada enfermeiro, pelo que deverá ser entendida pelos supervisores clínicos como suporte à identificação de necessidades formativas e consequentemente à SC de pares em enfermagem.

Tendo em vista, a potenciação do desenvolvimento profissional dos enfermeiros bem como a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem, impõe-se que a supervisão de pares seja uma necessidade percebida pelas organizações de saúde, sendo incluída nas suas estratégias (Rocha, 2014).

Pretende-se, com esta revisão narrativa, refletir acerca da pertinência da implementação de processos supervisivos de pares em enfermagem, bem como sobre a importância que a informação disponibilizada aos enfermeiros, a partir dos SI, tem na identificação de áreas do conhecimento que precisam de ser abordadas com vista à transformação das práticas.

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Apesar da Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) enquanto conceito ter emergido recentemente na literatura, a sua origem remonta a épocas anteriores, tendo sido Florence Nightingale quem pela primeira vez lhe abriu o caminho (Abreu, 2002). Contudo, e apesar de as suas origens se encontrarem no passado, esta é uma temática cada vez mais pertinente e atual, estando na sua base a mudança ao nível da educação para uma prática reflexiva (Garrido, Simões, & Pires, 2008). Este é um conceito dinâmico, que tem

vindo a alterar-se no sentido de se adequar às mudanças que vão ocorrendo na sociedade e de ir ao encontro das necessidades de estudantes e profissionais de enfermagem (Abreu, 2002).

Em Portugal a operacionalização deste conceito na ciência de Enfermagem, surgiu na tentativa de responder às novas exigências de uma formação que deverá ser mais reflexiva, numa altura em que esta disciplina se começou a afirmar enquanto ciência e a construir o seu próprio corpo de conhecimentos (Pires *et al.*, 2004).

Hyrkäs *et al.* (1999), citado por Silva *et al.* (2011), descrevem a SC como um método de trabalho e consultadoria, orientação, gestão, liderança e terapia focado no desenvolvimento da prática clínica, através da reflexão, orientação e suporte profissional. Uma outra definição, do Departamento de Saúde do Reino Unido, define a SC como um processo formal de apoio profissional e aprendizagem, que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, de forma a assumirem as responsabilidades pelo próprio desempenho (Department of Health, 1993, citado por Lyth, 2000).

Transpondo estas definições para a Enfermagem compreende-se que Abreu *et al.* (2015) argumentem que a SCE é um processo colaborativo e ao mesmo tempo um processo de apoio entre dois ou mais enfermeiros, com vista à promoção do desenvolvimento das capacidades profissionais destes indivíduos e naturalmente à promoção e melhoria dos padrões de qualidade da prática, de forma a melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) define a SCE como um processo formal de acompanhamento da prática dos enfermeiros cujo objetivo é promover a tomada de decisão efetiva através da reflexão e análise da prática de cuidados (OE, 2009).

Assim, perante as definições supracitadas, pressupõe-se que a SC e designadamente a SCE, orienta-se para os processos de supervisão de pares, relacionando-se com processos de certificação, qualidade, segurança dos cuidados e formação em enfermagem (Silva *et al.*, 2011).

Vários autores citados por Abreu (2007) reforçam a natureza da SC como um processo orientado para os pares, um processo de formação contínua e de desenvolvimento profissional na idade adulta, um processo de supervisão centrado na prática clínica e um processo capaz de criar as condições necessária para os profissionais debaterem algumas situações do exercício profissional. Esta contextualização é corroborada por Abreu (2007) que descreve a SC como um conceito amplo, porque se destina não só à supervisão de alunos, mas também à formação, ao desenvolvimento profissional e à garantia da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Assim, e de acordo com esta visão mais alargada, a SCE constitui-se como “ (...) um processo formal sustentado na prática que permite aos profissionais desenvolver competências, e consciência de responsabilidade na e sobre a prática num processo de maturação e desenvolvimento constante.” (Alarcão & Canha, 2013, p. 35).

Pelo exposto, infere-se que este tipo de supervisão propõe a construção de um conhecimento, o qual deverá ser traçado e trilhado individualmente no decurso da vida profissional, dada a necessidade de redefinição constante de objetivos, implicando este processo, motivação, integração e orientação (Garrido *et al.*, 2008).

Neste sentido, e uma vez que é consensual a ideia de que a SCE se orienta para o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e valores profissionais, promovendo a autonomia dos enfermeiros e uma tomada de decisão consciente, responsável, apoiada, refletida e efetiva, conclui-se que a supervisão de pares é um aspeto fulcral da cultura da enfermagem e da vida nos ambientes da prática clínica, afirmando-se como uma ferramenta para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

De facto, vários benefícios se associam à implementação deste tipo de supervisão horizontal, refletidos em múltiplos estudos, destacando-se nomeadamente a predisposição dos enfermeiros para refletirem sobre os cuidados prestados aos seus clientes, bem como a promoção de um sentimento de igualdade entre si, conseqüente da partilha e aquisição do conhecimento.

Walker (2009) valida esta reflexão indicando que este processo permite que os enfermeiros percecionem que não estão sozinhos, sentindo-se apoiados pessoal e profissionalmente. Chilvers & Ramsey (2009) revelaram que a diminuição do *stress*, o incentivo à reflexão individual da prática, a melhoria na qualidade dos serviços prestados e a maior satisfação e confiança profissional são algumas das vantagens da supervisão de pares.

Brunero & Stein-Parbury (2008), avaliaram a eficácia da SCE, concluindo que os seus benefícios se reportam ao suporte por parte dos seus pares, ao alívio dos níveis de *stress*, promoção da responsabilidade profissional e ao desenvolvimento de capacidades e do conhecimento dos profissionais. Estes autores categorizaram os resultados encontrados de acordo com as três funções definidas pelo Modelo de SC de Proctor. Este modelo é caracterizado como desenvolvimentista centrado nas funções da supervisão clínica e centra-se no desenvolvimento da relação supervisiva. Para este modelo estas funções estão agregadas em três funções essenciais: a formativa, a qual se destina ao desenvolvimento de habilidades, compreensão e conhecimentos; a normativa que é promotora do desenvolvimento duma prática congruente entre os enfermeiros, sendo essencial para o desenvolvimento de estratégias, para a gestão da responsabilidade profissional e gestão da qualidade; e a restaurativa, a qual fomenta que os colegas se apoiem entre si, exercendo um papel ativo na gestão das emoções (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Garrido *et al.*, 2008; Lakeman & Glasgow 2009; Walker, 2009).

A partir do estudo de Brunero & Stein-Parbury (2008), foram encontradas algumas vantagens da supervisão de pares as quais foram categorizadas de acordo com as funções do Modelo de Proctor (Quadro 1).

Quadro 1- Benefícios relacionados com a supervisão de pares

| Função do Modelo de Proctor | Benefícios da Supervisão de pares |
|-----------------------------|---|
| <u>Formativa</u> | Aquisição de novas aprendizagens e conhecimentos; Desenvolvimento da capacidade criativa e de inovação |
| <u>Normativa</u> | Identificação e resolução de problemas; Melhoria da prática clínica; Desenvolvimento da identidade profissional; Organização da prestação de cuidados; Maior satisfação profissional; Maior segurança para o cliente desenvolvida pela melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem |
| <u>Restaurativa</u> | Diminuição dos níveis de ansiedade; Capacidade para expressar os seus pensamentos; Diminuição de conflitos; Desenvolvimento do relacionamento interpessoal; Melhoria nas estratégias de <i>Coping</i> |

Fonte: Brunero & Stein-Parbury, 2008

Também Garrido (2004) descreve a supervisão de pares em enfermagem como uma condição estruturante do processo de aprendizagem contínua dos enfermeiros, proporcionando a melhoria contínua da qualidade e uma gestão eficaz do risco e do desempenho. Este autor reforça a convicção de que a supervisão contribui para a eficiência e eficácia profissional ao fortalecer atributos fundamentais como a reflexão e a análise crítica construtiva sobre as práticas.

Em suma, pelo exposto infere-se que a implementação da supervisão de pares em enfermagem, confere suporte à qualidade das práticas clínicas, estimulando a autoavaliação e o desenvolvimento de capacidades analítico-reflexivas.

SUPERVISÃO CLÍNICA E QUALIDADE DE CUIDADOS

O conceito “qualidade” tem vindo a ganhar terreno no discurso das organizações, nomeadamente quando associada aos cuidados de saúde. De facto, atualmente existe uma crescente valorização, por parte das organizações de saúde, sobre as questões associadas a este conceito, assumindo-se que a qualidade dos cuidados, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, não passa apenas pelos progressos científicos e tecnológicos, mas também pela transformação do próprio enfermeiro enquanto pessoa e pela oportunidade de reflexão acerca dos cuidados prestados.

A qualidade dos serviços de saúde é considerada pelas organizações de saúde como uma meta a atingir, verificando-se que a implementação de sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente por organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), e nacionais, como a Direção Geral de Saúde (DGS). Em Portugal, na base desta preocupação por parte das entidades governamentais, esteve a necessidade de criação de orientações estratégicas e a implementação de intervenções orientadas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Atualmente, a nível nacional, a qualidade é reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 como basilar para os cuidados, sendo um dos seus eixos estruturantes, visando a obtenção de ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de saúde prestados (DGS, 2012).

Importa destacar que apesar da multiplicidade de abordagens a esta temática, designadamente no que respeita à sua avaliação, evidencia-se “ (...) como denominador comum o facto destas questões serem indissociáveis de uma política explícita de qualidade que visa melhorar, globalmente, o desempenho dos serviços de saúde e, conseqüentemente, os resultados do ponto de vista clínico, económico e percebidos pelo doente (grau de satisfação, preferências e expectativas).” (Cunha, Eiras, & Teixeira, 2011, p.3)

Também a Enfermagem tem vindo a debruçar-se sobre este conceito, sendo que apesar da sua pertinência atual, já Florence Nightingale argumentava acerca da necessidade de analisar os resultados estatísticos, no sentido de poder ser apurada a qualidade das práticas de enfermagem (Cunha *et al.*, 2011).

Em 2001 a OE assumiu um papel fulcral ao indicar como prioritária a criação de sistemas de qualidade em saúde, definindo os padrões de qualidade em enfermagem, categorizados relativamente “ (...) à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.” (p.13). Estes visam o desenvolvimento de competências e destinam-se à clarificação do papel social da profissão de enfermagem, constituindo-se como um instrumento capaz de ajudar os enfermeiros na definição do seu papel junto dos seus clientes, de outros profissionais e de entidades governamentais.

Pretende-se com estes padrões promover o exercício profissional ao nível dos mais elevados padrões da qualidade, tornando-se

assim numa referência fundamental, imprescindível e incontornável para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem. A sua operacionalização prende-se com a consecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, não bastando apenas implementar, mas sendo necessário efetuar de forma estruturada e sistemática a identificação de problemas e a determinação de soluções para a sua resolução (OE, 2009).

Um dos mecanismos mais utilizados para operacionalização da “melhoria contínua da qualidade” é o ciclo PDCA o qual integra quatro etapas. São elas: **Plan** – análise e definição das áreas/processos a melhorar; **Do** – implementação de melhoria/mudança; **Check** – monitorização da melhoria/mudança; **Act** – avaliação do impacto da melhoria/mudança no processo de melhoria da qualidade (Deming, 1986, citado por Walley & Gowlland, 2004).

É interessante perceber o paralelismo entre esta ferramenta e as etapas do processo de supervisão preconizadas por Nicklin (1997), citado por Sloan (1999). Segundo este autor o processo desenrola-se num ciclo que compreende seis etapas. São elas: **Análise** prática do objetivo, ou seja apreciação de situações-problema; **Identificação** do problema; **Contextualização**, através da definição dos objetivos das intervenções a implementar para a resolução dos problemas; **Planeamento** de uma intervenção adequada à situação-problema identificada; **Implementação** das ações planeadas; e **Avaliação** dos resultados.

Analisando estas etapas e tendo em consideração a definição de supervisão de Alarcão & Tavares (2003), citado por Cunha (2008, p. 54) segundo a qual esta é uma “ (...) ação multifacetada, faseada, contínua e cíclica, capaz de contribuir para desenvolver o conhecimento, quadro de valores e atitudes, assim como as capacidades e as competências (...) ”, infere-se que o processo supervisi-vo pode enquadrar-se no ciclo PDCA, podendo ser considerado como uma estratégia a adotar num processo de melhoria contínua da qualidade.

Indo de encontro a esta ideia, em Portugal, desde há alguns anos as organizações de saúde adotaram processos de acreditação de instituições em prol da qualidade, os quais incluem nas suas normas referências expressas à necessidade da SC na área de enfermagem (Abreu, 2007). Para tal, impõe-se que o processo supervisi-vo seja efetivamente implementado e conseguido sendo necessário recorrer à reflexão crítica.

Em síntese, infere-se a partir da literatura consultada que a SC de pares em enfermagem suportada na análise crítico reflexiva da sua prática, aponta para a promoção de competências pessoais e profissionais dos enfermeiros com vista à melhoria contínua da qualidade. De acordo com Alarcão (1996) “ (...) o supervisor é o facilitador da reflexão, consciencializando o formando da sua atuação, ajudando-o a identificar problemas e a planificar estratégias de resolução dos mesmos, numa base de (...) responsabilidade pelas decisões que afetam a sua prática profissional” (p. 97).

Esta definição dirige-se a uma prática profissional reflexiva englobando a necessidade de: refletir na ação, ou seja, a reflexão acontece no momento da execução da ação, resultando na sua reformulação; refletir sobre a ação, efetuando uma reconstrução mental *a posteriori* da ação; e refletir sobre a reflexão na ação, promovendo a metarreflexão o desenvolvimento de novos raciocínios, novas formas de pensar, agir e equacionar problemas. Assim, “Uma prática reflexiva, leva à (re) construção de saberes, atenua a separação entre a teoria e a prática e assenta na construção de uma circularidade em que a teoria ilumina a prática e a prática equaciona a teoria” (Alarcão, 1996, p.98).

Deste modo fica evidente que a SC de pares se desenvolve numa interação harmoniosa, dinâmica e colaborativa entre os diferentes intervenientes do processo supervisi-vo, na qual o conceito de reflexão é central, tornando-se fundamental que o supervisionado reflita sobre o papel que desempenha na ação e sobre a qualidade das suas práticas (Henriques & Oliveira, 2011).

Pelo exposto, depreende-se que a supervisão horizontal é um valioso contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente para a obtenção de ganhos em saúde a si associados. Porém, para que tal seja uma realidade deverão ser definidas estratégias adequadas aos contextos, às pessoas envolvidas e aos objetivos pretendidos.

Tendo por base a consciência de que o processo supervisi-vo é um processo dinâmico e interpessoal que assenta na interação entre o profissional e a ação e entre os próprios profissionais, e tendo em vista a sua efetiva consecução, evidencia-se a necessidade de inclusão de diferentes estratégias que proporcionem uma oportunidade para examinar, questionar e avaliar criticamente a prática. Destacam-se as estratégias de ajuda, orientação, monitorização e reflexão (Alarcão, 1996; Abreu, 2007; Alarcão & Canha, 2013).

Alarcão (1996) refere-se à reflexão como uma indagação sistemática da prática, podendo ser encarada como um meio de supervi-são ao permitir a identificação e compreensão dos problemas e necessidades que vão surgindo durante o percurso supervisi-vo. Por tal, e visando a resolução de problemas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, torna-se essencial que a reflexão crítico reflexiva das práticas aconteça por parte de supervisor e supervisionado.

A evidência tem vindo a demonstrar que a mobilização dos diferentes saberes, proporciona ao enfermeiro o desenvolvimento de competências de resolução de problemas, de raciocínio e reflexivas. Um estudo de Serrano, Costa, & Costa (2011) realizado com o objetivo de perceber como é que os enfermeiros desenvolvem as competências de cuidar em enfermagem, concluiu que tal ocorre numa interação contínua entre três dimensões: atores, contexto e saberes. Estas são afetadas por características como o trabalho em equipa, a reflexão sobre a prática, o questionamento, a resolução de problemas, a socialização, a SC, as normas e os procedimentos da organização de saúde, a organização/ método de trabalho, as orientações da OMS e a política, valores e missão

da instituição.

Também nesta linha de pensamento, Fradique & Mendes (2013) concluíram que a liderança é fundamental à melhoria contínua da qualidade, ao promover o desenvolvimento das capacidades e competências dos enfermeiros, tendo em vista o potencial de cada um.

Tais resultados revelam a ideia de que o conhecimento organizacional “*emerge dum participação activa e da vivência diária do trabalho, sendo este propício a um processo de aprendizagem*”, que ocorre de “*modo informal*”, “*produz-se dentro dos limites de cada serviço*” e “*engloba a comunicação das mais variadas formas – registos, informatização de dados e comunicação interpessoal.*” (Serrano *et al.*, 2011, p. 21).

Atualmente, considerando que a enfermagem é uma ciência com um corpo de conhecimentos próprio, é inegável que associado à formação sólida, aos enfermeiros deve ser facilitado o desenvolvimento de capacidades de análise crítica e reflexiva e de inovação, a partir de novas estratégias de SC (Henriques & Oliveira, 2011).

Conscientes de que, decorrentes do avanço tecnológico, têm ocorrido nas organizações de saúde alterações no processo de cuidar (Serrano *et al.*, 2011), bem como que os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) são hoje uma realidade, julgamos estar perante uma ferramenta de suporte à SC de pares. Tal advém do facto da utilização dos SI possibilitar ao supervisor inferir acerca das necessidades de formação dos enfermeiros supervisionados. Por fim, reforça-se que o conceito de supervisão assenta numa relação colaborativa e de apoio entre supervisor e supervisionado, visando o desenvolvimento pessoal e profissional deste último, distanciando-se do conceito tradicional assente numa relação de poder ao qual está normalmente associado um carácter punitivo/penalizador.

FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO

Na prática clínica, diariamente os enfermeiros recolhem dados, tomando decisões baseadas neles e no seu juízo clínico. Porém, destaca-se que estes só assumem consistência quando compilados e organizados, transformando-se então em informação útil à tomada de decisão. Só depois de processados, organizados e interpretados em cada situação/ contexto, eles assumem significado orientando a tomada de decisão do enfermeiro. É a partir da recolha sistemática de dados que decorrem e se estruturam as restantes etapas do Processo de Enfermagem, sendo definidos os objetivos, diagnosticadas as necessidades de saúde, planeadas as intervenções e avaliado o seu impacto na saúde dos indivíduos (Pereira, 2009; Jesus & Sousa, 2011).

A evidência tem demonstrado que quando os dados estão organizados numa estrutura que orienta para a tomada de decisão e são recolhidos atempada e adequadamente a um determinado propósito, a informação resultante desses dados habilita e desenvolve o enfermeiro para uma determinada ação face a um determinado contexto, auxiliando na identificação de necessidades. Esta organização é habitualmente conseguida com o uso de um sistema de informação (SI) (Pereira, 2009; Jesus & Sousa, 2011), nomeadamente a partir de estruturas de tomada de decisão, designadas de Sistemas de apoio à tomada de decisão em enfermagem.

Pretende-se, com estas estruturas de apoio, auxiliar os enfermeiros para uma adequada tomada de decisão tendo por base uma organização de dados assente em pressupostos teóricos. A partir delas, é possível efetuar uma perscrutação contínua das práticas sendo este facto indispensável à transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito (Teixeira, Soares, Ferreira, & Pinto, 2012). Da revisão sistemática da literatura realizada pelos autores anteriormente referidos, com o objetivo de analisar e refletir sobre os contributos destas estruturas, revelou-se que a reflexão dos conteúdos e a sua adequação à condição de saúde de cada indivíduo alerta os enfermeiros para aspetos normalmente não percebidos, influenciando a implementação de determinadas intervenções. Este estudo indica também que os enfermeiros percebem que esta informação complementa áreas onde o seu conhecimento e experiência são escassos, aumentando o rigor diagnóstico.

Também Guimarães & Évora (2004), citado por Cunha, Ferreira, & Rodrigues (2010) reforçam estes pressupostos ao indicarem que estruturas organizadas de dados são geradoras de informação estruturada e acessível, aumentando a eficácia no processo de cuidar e o apoio a uma efetiva tomada de decisão. A análise desta informação facilita a pesquisa científica e orienta para a produção de novos “saberes”.

Pereira (2009) corrobora estes autores ao revelar que nas últimas décadas o conceito “informação” evoluiu de uma visão centrada na documentação dos cuidados, cujo objetivo era apenas o de servir como prova documental indicando o que foi executado, para uma visão mais analítica e crítico reflexiva, onde a informação é entendida como um contributo para a melhoria do exercício profissional, reveladora das necessidades dos indivíduos e centrada na gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem.

De facto, é inegável que a “*informação é um elemento central na tomada de decisão clínica e um requisito fundamental para a gestão dos cuidados*” pelo que deve ser entendida como potenciadora da qualidade dos cuidados e gerida enquanto recurso (Marin *et al.*, 2001, citado por Pereira, 2009, p.32).

Em suma, estas conjecturas justificam, no nosso entender, a premência de um processo supervisivo de pares estruturado e baseado

na análise da informação produzida pelos enfermeiros, uma vez que desta forma é possível inferir acerca das reais necessidades de aprendizagem dos enfermeiros em cada contexto, a partir da reflexão crítica das práticas.

Para tal, é pertinente que a partir da análise e reflexão das suas atividades profissionais, as organizações de saúde criem estruturas com o intuito de apoiar os enfermeiros (Cunha, 2008). Nas instituições, considerando que os enfermeiros gestores assumem especial relevo ao liderarem a equipa de trabalho para a orientação de intervenções com vista à melhoria da prática do cuidar, torna-se fundamental que sejam identificadas que práticas, quando e como devem alvo de intervenção (Fradique & Mendes, 2013).

Neste sentido, a melhoria das práticas clínicas a partir da formação específica dirigida às necessidades de cada contexto enquadrar-se no conceito de formação em serviço, o qual visa a excelência da prática de enfermagem. A sua definição refere-se a “ (...) *um processo planeado que compreende preparação, orientação, actualização e aperfeiçoamento dos profissionais, com a finalidade de atingir e manter um padrão eficaz e eficiente da instituição*” (Cunha, 2008, p. 68).

Por via da SCE é possível melhorar a perícia clínica, sendo que os processos supervisivos permitem aos enfermeiros refletir e modificar a sua prática, discutir casos, rever normas de orientação clínica e manter a atualização permanente do conhecimento (Rocha, 2014). Deste modo, compreende-se que não é possível afastar o conceito da SC do conceito de formação contínua, uma vez que em ambos supervisor e supervisionado “ (...) *envolvem-se num processo colaborativo de análise e avaliação das práticas, que constitui a base para a mudança e para a reconstrução do contexto, de atitudes e comportamentos*” (Cunha, 2008, p.70), implicando um compromisso do supervisor clínico e do supervisionado com o processo.

Em síntese, infere-se pelo exposto que a formação contínua visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo que para que esta finalidade seja alcançada, cabe às instituições de saúde promover as condições necessárias ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Tal, prevê a definição e implementação de um plano de formação orientado para a mudança atitudinal das práticas (Cunha, 2008).

Tendo por base que a informação não é mais do que um conjunto de dados organizados a partir de um determinado padrão de leitura e que o conhecimento advém da análise efetuada a esta informação (Pereira, 2009), impõe-se que a SC de pares se baseie na análise da informação disponível, no sentido de serem identificadas áreas de atuação relevantes para formação. Assim, no nosso entender, configura-se que a identificação das necessidades de formação pode e deve emergir da análise à documentação clínica produzida pelos enfermeiros, uma vez que esta informação é um ótimo pretexto para supervisores e supervisionados refletirem sobre as suas práticas (Rocha, 2014) e assim, seja definido um projeto de formação em serviço com vista ao desenvolvimento destes profissionais.

CONCLUSÃO

A atuação dos enfermeiros deve ser norteadada pelo rigor e competência, no sentido de ser possível obter ganhos em saúde, para indivíduos e populações, decorrentes dos cuidados de enfermagem. Para tal, e tendo em vista mudanças de comportamento das práticas, configura-se essencial a concretização de um trabalho sistemático, estruturado e adequado à população alvo, bem como a consciencialização pelos enfermeiros e pelas organizações de saúde da necessidade destes melhorarem progressivamente o seu desempenho profissional. Neste sentido, o acompanhamento e a orientação contínua ao longo da vida profissional, são aspetos essenciais à consecução de mudanças positivas das práticas, justificando, no nosso entender a necessidade da formação contínua em enfermagem.

Rocha (2014) no seu estudo concluiu que os enfermeiros destacam a dimensão da aprendizagem ao longo da vida, considerando-a fundamental ao desenvolvimento profissional de qualquer enfermeiro. Todavia destaca-se que as áreas objeto de intervenção deverão emergir de dados fidedignos e não de meras perceções. Devem pois, surgir da identificação das verdadeiras necessidades de formação de determinada população, sendo posteriormente necessário definir áreas prioritárias e estratégias de intervenção. Pretende-se com esta estratégia, o desenvolvimento pessoal e de competências dos enfermeiros, a garantia de qualidade de cuidados de saúde e segurança das práticas clínicas.

Porém, tal como aqui foi exposto, a inclusão da SC de pares na realidade diária implica não só o compromisso pessoal todos os profissionais, mas também que esta seja uma opção das organizações de saúde. Só assim, esta poderá proporcionar e rentabilizar experiências variadas em diferentes contextos, originando práticas, interações e transições, que se constituem como etapas do processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Dada a crescente valorização por parte das organizações de saúde acerca das políticas de qualidade e os contínuos avanços tecnológicos, a SC de pares configura-se para a enfermagem como um instrumento promotor do desenvolvimento das suas competências. Neste contexto, entendemos que no sentido de ser alcançada a excelência dos cuidados, deve ser realizada pelo supervisor e pelo supervisionado, uma análise crítica e reflexiva das práticas, a partir da informação produzida pela documentação clínica dos cuidados de enfermagem, a qual poderá ser retirada dos SIE. Uma vez que esta retrata a conceção de cuidados e o processo de pensamento para a tomada de decisão destes profissionais, pretende-se a reflexão sobre a ação.

Alves, C. & Pacheco, A. (2016). Information as Support For Peer Supervision in Nursing. *Millenium*, 2(1), 41-51.

Como limitação na concretização deste artigo, evidenciamos a pouca bibliografia disponível principalmente no que respeita à evidência acerca da utilização da informação enquanto suporte à SC de pares em enfermagem, o que nos faz acreditar ser necessário o desenvolvimento de investigação que combine estas duas áreas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45 (11), p. 53-57
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico – fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau
- Abreu, W., Barroso, C., Segadães, M. F., & Teixeira, S. (2015). Promotion of self-care in clinical practice: implications of clinical supervision in nursing. *International Journal of Information and Education Technology*, 5 (1), p. 6-9: doi: 10.7763/IJiet.2015.V5.466
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, Lda
- Alarcão, I. & Canha, B. (2013). *Supervisão e colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora, Lda
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), p.86-94
- Chilvers, R. & Ramsey, S. (2009). Implementing a clinical supervision programme for nurses in a hospice setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15 (12), p. 615-619
- Cunha, A. (2008). *Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro, Portugal
- Cunha, A., Ferreira, J., & Rodrigues, M. (2010). Atitudes dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (1), p. 7-16
- Cunha, G., Eiras, M., & Teixeira, N. (2011). *Bioestatística e qualidade na saúde*. Lisboa: Lidel – Edições Técnica, Lda. ISBN: 978-972-757-684-5
- Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Índice Geral e Cadernos do PNS. [Em linha] *Direção Geral da Saúde (DGS) Web site*. Acedido Abril 25, 2015, em: WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/>>
- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), p. 45-53

Alves, C. & Pacheco, A. (2016). Information as Support For Peer Supervision in Nursing. *Millenium*, 2(1), 41-51.

- Garrido, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Departamento de didáctica e tecnologia educativa - Universidade de Aveiro
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Portugal
- Henriques, C. & Oliveira, N. (2011). Supervisão clínica: que estratégias? *Medwav*, 11 (5), p. 1-3
- Lakeman, R. & Glasgow, C. (2009). Introducing peer-group clinical supervision: An action research project. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, p. 204–21
- Lyth, G. M. (2000). Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), p.722–729.
doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01329.x
- Jesus, É. H. & Sousa, P. F. (2011). Sistemas de informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros. In D. Pereira, & J. C. Nascimento, *Sistemas de informação na saúde: perspetivas e desafios em Portugal* (p. 225-242). Lisboa: Edições Sílabo
- Ordem dos Enfermeiros- OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20e%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros- OE (2009). Entrevista à Enf.ª Lucília Nunes, Presidente do Conselho de Enfermagem da OE. *Revista da Ordem dos Enfermeiros: Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela segurança dos cuidados*, 32, p. 4-12
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade: Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau -Formação e Saúde, Lda.
- Pires, R., Morais, E., Santos, M. R., Koch, M. C., Sardo, M. D., Machado, P. P. (2004). Supervisão clínica de Alunos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 54, p.15-17
- Rocha, A. C. (2014). *Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos supervisores*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
- Serrano, M. T. P., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar da Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), p. 15-23
- Sloan, G. (1999). Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*, 8, p. 524-528
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), p. 113-122

Alves, C. & Pacheco, A. (2016). Information as Support For Peer Supervision in Nursing. *Millenium*, 2(1), 41-51.

The logo consists of the lowercase letters 'm' and '1' in a stylized, yellow, sans-serif font. The 'm' is larger and positioned to the left of the '1'.

Teixeira, M. J., Soares, T., Ferreira, A., & Pinto, J. (2012). Os contributos dos sistemas de apoio à tomada de decisão para a prática de enfermagem. *Journal of Health Informatics*, 4 (2), p. 59-63

Walley, P. & Gowland, B. (2004). Completing the circle: from PD to PDSA. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), p.349 – 358. Doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860410557606>

Walker, J. (2009) – Examining the benefits of professional clinical supervision. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 15 (5), p. 12-14

Millenium, 2(1), 53-63.

COMUNICAÇÃO INTERNA NAS ORGANIZAÇÕES: INSTRUMENTO PRÁTICO DE AUXÍLIO À PASSAGEM DE TURNO

INTERNAL COMMUNICATION IN ORGANIZATIONS: PRACTICAL INSTRUMENTS TO HELP THE SHIFT CHANGE

COMUNICACIÓN INTERNA EN LAS INSTITUCIONES: HERRAMIENTA PRÁCTICA DE AYUDA AL CAMBIO DE TURNO

Alexandra Rodrigues¹

Carlos Azevedo¹

Vítor Calvo²

¹ CHTV, Serviço de Medicina 2, Viseu, Portugal

² CHTV, Cirurgia 1, Viseu, Portugal

Alexandra Rodrigues - xana_enf@hotmail.com | Carlos Azevedo - carlosazevedo79@gmail.com | Vítor Calvo - vitor.calvo@hotmail.com

Autor Correspondente

Alexandra Rodrigues

Rua Dr. Joaquim Guerra Oliveira Alfaia, Lote 112, 2º Dto Frente

3500 Viseu

xana_enf@hotmail.com

RECEBIDO: 02 de março, 2015

ACEITE: 02 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: A comunicação interna dentro da organização, seja ela interpessoal, grupal ou intergrupāl, deve envolver todos os colaboradores de forma a pôr em comum a missão, os valores, os princípios operativos e os padrões de comportamento que geram o desenvolvimento organizacional e a motivação.

Desenvolvimento: A passagem de turno em enfermagem é um momento fundamental de aprendizagem e de transmissão de informações relativas ao doente. A informação fornecida na passagem de turno deve ser objetiva e atualizada, tendo sempre em conta os princípios ético-deontológicos e uma linguagem técnica sobre os cuidados prestados ao doente, resultantes da aplicação de uma metodologia científica e de estratégias de reflexão.

De forma a facilitar a transmissão de informação, pretendemos com este trabalho realizar um instrumento prático, neste caso escrito, de auxílio á passagem de turno. Para tal foi realizado um estudo junto de uma amostra de enfermeiros aos quais foi aplicado um Questionário de Colheita de Dados.

Conclusões: A utilização de um instrumento de suporte à passagem de turno constitui um dos pilares do aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: passagem de turno; comunicação, informação.

ABSTRACT

Introduction: The internal communication inside the organization, whether is interpersonal, group or intergroup, must involve all the collaborators in order the mission, values, operative principles and the behaviour patterns be common, to generate the organizational development and motivation.

Development: The shift change in nursing is a fundamental moment of learning and information transmission regarding the patient. The information given on the shift change must be objective and updated, always considering the ethical-deontological principles and a technical language about the care given to the patient, resulting of the application of a scientific methodology and reflexion strategies.

In order to ease the information transmission, we intent, with this work, to do a practical instrument, in this case a written one, to aid the shift changing. For this, it was performed a study in a sample of nurses to whom was applied a Data Collection Questionnaire.

Conclusions: The use of a support tool for the shift change is one of the pillars of the improvement of nursing care.

Keywords: shift change; communication; information.

RESUMEN

Introducción: La comunicación interna dentro de una organización, ya sea interpersonal, de grupo o entre grupos, debe involucrar a todos los colaboradores con el fin de tener en común la misma misión, valores, principios de funcionamiento y patrones de comportamiento que generan un adecuado desarrollo de la organización y una adecuada motivación.

Desarrollo: El cambio de turno en enfermería es un momento crítico del aprendizaje y la transmisión de información relacionada con el paciente. La información proporcionada en el cambio de turno debe ser objetiva y actualizada, teniendo en cuenta los principios éticos y deontológicos y el lenguaje técnico de la atención prestada al paciente, fruto de la estrategia y metodología científica realizada.

Con el fin de facilitar la transmisión de información, con este trabajo pretendemos crear una herramienta práctica, en este caso escrita, que ayude en el cambio de turno. Para ello, fue realizado un estudio con un número de enfermeras a las que se les dio un Cuestionario de Recogida de Datos.

Conclusiones: El uso de una herramienta de apoyo para el cambio de turno es uno de los pilares de la mejora de la atención de enfermería.

Palabras clave: cambio de turno; comunicación, información.

INTRODUÇÃO

A forma como um membro de uma sociedade se relaciona com os outros membros é de maior ou menor eficácia em função da sua capacidade em comunicar. Ninguém pode abdicar da arte de comunicar, pois a comunicação é uma forma de sobrevivência. Grande parte da nossa vida, cerca de 75% do tempo em média é passado a relacionarmos-nos com as outras pessoas (Fachada, 1998). A comunicação é um dos componentes da estrutura humana, pois está presente a nível intelectual, emocional e comportamental, faz parte da base estruturante da sociedade, uma vez que estabelece as relações intra e interpessoais e é garante da evolução da vida humana.

Todas as interações comunicacionais são resultado de alguma forma de um passado de valores, princípios, atitudes e variadas experiências de vida, que são projetadas para o comportamento atual. A comunicação emerge de um passado sociocultural no qual os interlocutores se inserem e que por aprendizagem, passou a fazer parte integrante da sua vida, podendo ser adaptada de forma a fazer face às variadas situações com que são confrontados.

Quando se entra em interação com o meio, através de um processo comunicacional, procura-se dar significado aos estímulos e sinais que dele advêm. Como é impossível responder a todos os estímulos, faz-se uma seleção dos que interessam mais, organizam-se e classificam-se.

Para que se possa compreender a problemática da comunicação interna nas organizações, é importante termos presente o axioma de Watzlawick (1993), é impossível não comunicar, a impossibilidade de não comunicar resulta do facto de todo o comportamento ser comunicação e como não existe um não – comportamento, isto é as pessoas não podem não se comportar, sempre que existe um comportamento em situação interacional, este tem valor de mensagem. Qualquer comportamento que seja apreendido por um recetor pode ser por este entendido com um significado, sendo portanto uma forma de comunicação. Mesmo que alguém esteja inativo ou em silêncio está a comunicar.

É pois importante no processo de comunicação ter em atenção não só o significado que se atribui às coisas, aos gestos, palavras e expressões, mas também aos possíveis significados atribuídos pelos outros intervenientes, bem como o contexto relacional.

Nas organizações a atuação de cada colaborador retrata a realidade por ele percebida da aprendizagem que foi feita sobre a organização e a sua forma de atuação traduz a construção do seu mapa interpretativo. Um colaborador pensa que aquilo que a organização pretende dele é um determinado comportamento, então será esse comportamento que o colaborador vai tentar ter e o gestor ao verificar esse comportamento se não der feedback positivo ou negativo, sobre o mesmo, faz com que haja uma consolidação do mapa interpretativo, produzindo reforços no sentido de repetição do comportamento que foi interpretado.

Neste contexto a organização será o que todos os colaboradores interpretam que deveria ser.

É através do processo de comunicação interna que as organizações se transformam naquilo que devem ser. Seria um caos organizacional a existência de vários mapas interpretativos, ou se houvesse mapas interpretativos muito divergentes de colaborador para colaborador. Assim a gestão da comunicação interna deverá ser o garante de que desde a entrada de um novo colaborador, este tem que incorporar o mapa interpretativo da organização, o mais coincidente possível com os colaboradores já existentes.

Segundo Rego (1999),no contínuo relacionamento com todos os elementos da organização, com o estabelecimento de processos comunicacionais com chefes, colegas, clientes, fornecedores, etc., o novo colaborador deverá aperceber-se dos valores, identidade e pressupostos de ação que caracterizam a organização, por isso é de extrema importância a divulgação constante da missão, da cultura, dos princípios operativos e dos padrões de comportamento que regem a organização, no intuito de mais facilmente socializar os seus colaboradores, com o objetivo do desenvolvimento organizacional.

Cabe à comunicação interna o papel fulcral de desenvolver quadros de referência comuns a todos os colaboradores de uma organização, não se cingindo à simples transmissão de informação por canais pré - estabelecidos, devendo ser percebida como um sistema de confluência de significados que ao serem disseminados permita o entendimento daquilo que a organização deve ser.

INFORMAÇÃO VS COMUNICAÇÃO

A comunicação é um imperativo de inter-relacionamento pessoal dentro das organizações, sendo impossível não comunicar, a comunicação interna deverá estar bem desenvolvida, ser aberta e transparente.

Numa perspetiva humanista e estrategicamente virada para a qualificação de todos os colaboradores como clientes internos das organizações, a partilha de informação nos diversos níveis é essencial para o sucesso na realização dos objetivos organizacionais.

Muitas das vezes há tendência para confundir os conceitos de informação e comunicação, pensando-se que ao gerir o sistema de informação se está a gerir a comunicação interna. Esta tendência leva a ilusões de circunstância, não obstante a importância da gestão da informação, a comunicação interna passa para além disso, pela resposta à necessidade natural que todos os colabora

dores têm em comunicar, pôr em comum, partilhar informação e ideias.

No processo normal de informação, os emissores da mensagem, não recebem feedback dos recetores, a mensagem é unidirecional, não tendo o recetor possibilidade de dar resposta. No processo comunicacional, como já foi referido anteriormente, o recetor dá sempre *feedback*, tornando-se então emissor e vice-versa, procedendo-se a um processo de interação contínua que permite ao emissor inicial perceber se de facto a sua mensagem foi bem recebida e compreendida.

A comunicação interna nas organizações tem como pressuposto o facto de só ser eficiente se o emissor e o recetor partilharem algo em comum, isto é, ambos devem atribuir o mesmo significado à mensagem emitida. Por vezes, mesmo existindo *feedback* por parte do recetor, a comunicação não é eficaz, ficando-se por um processo de intenções de comunicar, traduzindo um processo ineficaz de informar.

A comunicação só é deveras eficaz quando há partilha de significados, quando o comportamento do recetor é realmente em função do comportamento do emissor. Este comportamento está diretamente relacionado com a experiência de cada um, da relação entre os intervenientes e do contexto que envolve a sua relação, é nesta tríade que se desenvolve a significação partilhada e só a partir daqui poderá existir comunicação.

Gerir este processo, com o objetivo de otimizar a partilha de significados comuns, é a função da comunicação interna, bastante distinta da simples gestão dos sistemas de informação, o que permite dizer que a comunicação interna assume nos dias de hoje um papel indispensável no desenvolvimento organizacional, satisfazendo a necessidade humana de comunicar.

PASSAGEM DE TURNO

A passagem de turno em enfermagem, em contexto hospitalar, é um momento fundamental de aprendizagem e transmissão de informações relativas ao utente. Efetuada tradicionalmente em sala de trabalho, a passagem de turno é um importante momento nas atividades do profissional de enfermagem.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 9), “A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/ em situação”.

Neste seguimento, Guimarães (1999) considera que a passagem de turno dos enfermeiros é um momento determinante no seu quotidiano profissional, porque representa um tempo de simbolismo significativo, pela avaliação do trabalho realizado num turno, pela organização do turno seguinte e pela discussão dos assuntos e dos problemas surgidos nas enfermarias. De facto, a passagem de turno é um momento de grande cumplicidade, no qual os enfermeiros podem refletir sobre as práticas, gerando mudanças de comportamento e atitudes, por vezes não conscientes, que promovem o desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, enquanto momentos exclusivamente reservados aos enfermeiros e de particular autonomia profissional, a passagem de turno dos enfermeiros mostra-se potencialmente geradora de aprendizagens entre pares.

As passagens de turno em enfermagem são momentos de transmissão de informação oral e/ou escrita respeitando princípios ético-deontológicos, recorrendo a uma linguagem técnica sobre os cuidados prestados ao utente, resultantes da aplicação de uma metodologia científica e de estratégias de reflexão.

Considerando a passagem de turno uma das mais tradicionais e dominantes formas de comunicar aplicadas à prática de enfermagem seria de esperar que lhe fosse atribuída uma maior valorização proporcional à sua importância na qualidade do cuidar. No entanto, com o passar do tempo, parece que aquele momento onde se aborda o cuidar foi-se transformando numa rotina em que são transmitidas algumas informações e que tem de ser cumprida. É evidente que a passagem de turno não deve ser apenas uma mera transmissão de palavras, mas sim um dos alicerces do constante aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem prestados.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PASSAGEM DE TURNO

Logo a seguir à II Guerra Mundial foram operacionalizadas as passagens de turno nas empresas, principalmente na Alemanha, como forma de concretizar o plano Marshall, com vista à produção de bens necessários à reconstrução da Alemanha Federal. Observava-se que os operários que trabalhavam por turnos sentiam a necessidade de informar constantemente os colegas sobre o que foi realizado no seu turno de trabalho e, por outro lado, os operários que iniciavam o seu turno necessitavam de informações para melhorar o seu desempenho. (Azevedo, 2005)

No que se refere à prática de enfermagem também existe a necessidade de partilhar informação com os colegas que vão iniciar um novo turno com vista a melhorar o seu desempenho. Em 1969 Clair e Trussel definiram a passagem de turno como a comunicação oral da informação pertinente acerca dos doentes. Os objetivos deste tipo de comunicação são facilitar a continuidade de cuida-

dos, transferir informação e também servir de instrumento de ensino. (Teixeira, 2007)

Só num espaço como este é possível transmitir, para além da informação documentada, a não documentada. Por outro lado, fica claro o fenómeno de seleção ou triagem de informação realizada pelos enfermeiros com vista a otimizar a sua prática.

O enfermeiro que exerce a sua profissão em âmbito hospitalar tem dois momentos de passagem de turno, um quando entra e outro quando sai. Estes são momentos de forte interação grupal em que os elementos da equipa de enfermagem discutem entre si as avaliações realizadas a cada utente internado, o seu estado clínico no início, a sua evolução as horas do turno e após intervenções sistematizadas, bem como o planeamento das ações a realizar baseadas numa metodologia científica de trabalho. (Teixeira, 2007)

QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Hoje em dia a informação é diversificada sendo necessário algum cuidado para selecionar aquela que é considerada mais pertinente. Sendo a enfermagem uma atividade que assenta essencialmente na interação humana caracteriza-se por uma riqueza informativa notável. Os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem através da comunicação permanente com os seus utentes, família e com a restante equipa de saúde trocando frequentemente informações. A relevância ou valor que a informação assume é um atributo que lhe é concedido por quem a gera. Assim, quando se fala em relevância ou valor da informação remete para um significado particular baseado na perspetiva cultural, social e formativa de cada um. O conceito de relevância da informação pressupõe que nem toda a informação produzida, processada e gerida na dinâmica dos cuidados tem a mesma importância, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados. Neste contexto, a continuidade refere-se à existência, disponibilidade e troca de informação relevante sobre a situação concreta de cada utente entre enfermeiros ao longo dos diferentes turnos. (Teixeira, 2007)

A metodologia utilizada para efetuar a transmissão de informação assume um importante papel uma vez que a maioria das lacunas na continuidade de cuidados se deve a carências na qualidade da informação. Devido às inúmeras responsabilidades que o enfermeiro assume é importante que um relatório de passagem de turno seja feito de forma rápida e eficiente. Ao ser eficaz descreve o estado de saúde de cada doente e permite aos enfermeiros que estão a iniciar o turno saber quais os cuidados indicados para cada um dos seus utentes. Não deve consistir apenas na leitura de dados pré- preenchidos mas deve também fornecer dados significativos sobre a evolução do utente. A informação fornecida na passagem de turno deve ser objetiva, atualizada e concisa. (Teixeira, 2007)

A passagem de turno deve ser organizada de acordo com uma sequência lógica e assumindo sempre um comportamento profissional. Nas tabelas seguintes são expostos os passos a seguir na organização da passagem de turno e o tipo de informação que é considerada correta, e menos correta, a ser utilizada.

Tabela 1- Organização da informação para a passagem de turno.

| PLANIFICAÇÃO | FUNDAMENTAÇÃO |
|---|---|
| <p>1 – Desenvolver uma forma organizada de transmitir a informação de modo a assegurar uma descrição das necessidades e preocupações do utente.</p> <p>2 – Para cada utente incluir:</p> <p>a) Informação anterior: incluir nome, sexo, idade, principal razão do internamento atual e uma história sucinta. Incluir também alergias conhecidas, instruções especiais (por exemplo a de não ressuscitação) e necessidades especiais como as relacionadas com algumas alterações físicas (cegueira, défice auditivo, amputação).</p> <p>b) Dados de avaliação inicial: fornecer observações objetivas e medidas tomadas pelo enfermeiro no turno anterior. Descrever o estado do utente e salientar as alterações recentes. Incluir a informação relevante fornecida pelo utente, família ou outros membros da equipa, tais como resultados de análises ou de exames complementares de diagnóstico.</p> <p>c) Diagnósticos de enfermagem: explicitar claramente os diagnósticos de enfermagem adequados ao utente.</p> <p>d) Intervenções e avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir qual a medicação ou cuidados que foram prestados durante o turno e quais os resultados esperados (por exemplo alterações de terapêutica, resultados de análises, visitas médicas). • Descrever as instruções dadas no plano de ensino e qual a capacidade de aprendizagem demonstrada pelo utente. <p>e) Informação à família: falar sobre a visita e o envolvimento da família, sobretudo na influência que têm para o utente. Explicar se os familiares foram envolvidos na execução ou orientação dos cuidados.</p> <p>f) Plano de alta: a evolução do utente para a alta é continuamente reavaliada em cada passagem de turno. Discutir a evolução da aprendizagem do utente, os contatos com outras instituições e a preparação da família para a alta. Este plano também identifica os papéis e responsabilidade de outros membros da equipa multidisciplinar e as consultas de seguimento.</p> <p>g) Prioridades atuais: explicar claramente quais as prioridades a que o enfermeiro que chega deve atender:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre os cuidados imediatos planeados para um utente recentemente admitido; • Explicar em que fase da preparação para exames ou tratamentos está o utente; • Descrever a atual situação física dos utentes submetidos a exames ou cirurgias. | <p>Organiza os dados com base nas prioridades e é individualizado pelo enfermeiro que transmite a informação</p> <p>Pode ser preciso aprofundar a história anterior se o enfermeiro que vai entrar no turno seguinte for novo no serviço ou inexperiente.</p> <p>Durante o seu turno o enfermeiro que entra usará essa informação como base de comparação.</p> <p>Esclarece as respostas atuais do utente aos problemas de saúde.</p> <p>O pessoal passa a conhecer os efeitos que as intervenções têm na recuperação e progresso do utente.</p> <p>Assegura a continuidade do ensino e minimiza as repetições, ao mesmo tempo que comunica aquilo que precisa de ser reforçado.</p> <p>Informa o pessoal do nível de envolvimento que a família assumiu nos cuidados ao doente.</p> <p>Os membros da equipa colaboram na aplicação do plano de cuidados que promove a alta. O plano de alta identifica as intervenções e os resultados necessários para que o utente tenha uma transição suave do hospital ou da instituição de saúde para casa.</p> |

A informação a ser transmitida na passagem de turno além de ser bem organizada deve ter também em atenção a relevância do conteúdo da informação e o caracter da linguagem. Deve ser utilizada linguagem técnica e ter especial cuidado na escolha de termos de uso na linguagem comum.

Tabela 2 - O certo e o errado para uma passagem de turno.

| CERTO | ERRADO |
|--|--|
| Fornecer somente informações essenciais sobre o utente (nome, sexo, idade, diagnostico clinica e historial médico. | Não repetir todos os procedimentos de cuidados rotineiros ou tarefas (banho, mudança de horário) |
| Identificar os diagnósticos de enfermagem do utente ou problemas de saúde e as causas relacionada. | Não repetir toda a informação biográfica já disponível por escrito. |
| Descrever as medidas ou observações sobre a condição do utente e a resposta ao problema de saúde, enfatizando as alterações recentes. | Não usar comentários com juízos de valor sobre o comportamento do doente, com palavras como exigente, impaciente, etc. |
| Compartilhar informações significativas sobre familiares se forem relacionadas com o problema. | Não fazer suposições sobre o relacionamento entre os familiares. |
| Continuamente rever o plano de alta (por exemplo em termos de necessidade de recursos, o nível de preparação do utente para ir para casa). | Não correr o risco de ser considerado curioso e indiscreto. |
| Relatar aos enfermeiros alterações significativas na maneira que as terapias são administradas (por exemplo posições diferentes para o alivio da dor, novos medicamentos). | Não descrever os passos básicos de um procedimento. |
| Descrever instruções dadas no plano de ensino e a resposta do utente. | Não explicar detalhadamente o conteúdo de algum procedimento ou ensino a não ser que os membros da equipa peçam esclarecimentos. |
| Avaliar os resultados relacionados aos cuidados de enfermagem ou tratamento médico (ex: efeitos de uma massagem ou administração de analgésicos) | Não descrever resultados simplesmente como “bons” ou “maus”; há que especificar e ou quantificar. |
| Ser claro sobre as prioridades para os enfermeiros do turno seguinte. | Não “obrigar” os enfermeiros do próximo turno a adivinhar as prioridades no cuidado. |

Fonte: Potter, P & Perry, A. (2006) Fundamentos de Enfermagem, 6ª edição, Mosby.

PASSAGEM DE TURNO NA ENFERMARIA VS. SALA DE TRABALHO: PERSPETIVALEGAL

Durante anos a passagem de turno foi realizada em espaços fechados (salas de reuniões,...) onde o utente ignorava o que estava a acontecer. Esta prática foi transferida para a enfermaria ou junto do leito do utente. Atualmente a passagem de turno pelos enfermeiros junto ao leito do doente é um fenómeno mais ou menos generalizado. A principal justificação é que permite um cuidado mais centrado no utente, permite uma maior troca de informação. Porém, muitas vezes, é ignorada a terminologia utilizada e são revelados, de uma forma aleatória, dados clínicos que o utente desconhece e que pode suscitar ansiedade. O próprio profissional transmite informação, que é selecionada, mas alguma dela oculta ao utente, pelo que tem de haver um momento para complementar a transmissão de informação, em prol de uma comunicação assertiva e que permita a continuidade de cuidados.Tendo a conta a perspetiva do utente, com a passagem de turno nas enfermarias o utente fica exposto; torna-se público o que lhe pertence, o que lhe é pessoal. O direito da pessoa ao respeito da sua vida privada no que toca a informações relacionadas com a saúde pode

ser comprometido se não houver uma seleção criteriosa da informação a transmitir junto do seu leito.

Todo o profissional de saúde, quando inicia a sua atividade, compromete-se com um código deontológico. Os enfermeiros no art.º 84, do seu código deontológico, assumem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. Contudo, assume também o dever de sigilo profissional (art.º 85) onde está implícito que deve “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”. Se muitas vezes existem fugas no âmbito informal, a gravidade acresce quando essa fuga ocorre numa passagem de turno formal.

Muita da informação transmitida resulta dos dados clínicos do utente e da própria inerência da profissão, que leva a resultados importantes para o cuidar dessa pessoa. O utente, muitas vezes, desconhece a linguagem utilizada o que leva a sentimentos de frustração e humilhação. De uma forma oculta põem-se em causa o art.º nº 1 da Declaração Universal dos Direitos do Homem que nos diz “ todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

Apesar do objetivo da passagem de turno junto ao utente pretender uma maior participação deste, quase sempre acontece o oposto; a pessoa sobre a qual recai a atenção fica despida da sua autonomia e privacidade.

Não se pode esquecer também a vontade expressa de uma pessoa que não queira informada. A pessoa pode não querer saber; cada um de nós tem o direito de não querer ser informado. O utente, neste tipo de comunicação, é um recetor passivo de informação. A liberdade pessoal está a ser posta em causa, porque a informação só deve ser transmitida com autorização do utente, o que na maioria dos casos não acontece.

Os profissionais, que refletem sobre a sua prática, apercebem-se que existe informação que não podem ou não devem revelar junto do utente.

As opiniões sobre qual o tipo de passagem de turno ideal não é consensual, no entanto, não há relatos de que a passagem de turno junto dos utentes tenha melhorado os cuidados prestados e são poucas as evidências que sugerem que esta permita um aproximar do pessoal para um cuidado holístico.

Em forma de conclusão, pode-se dizer que a chave para manter a qualidade de cuidados passa pela adoção por parte do enfermeiro de uma conduta pessoal responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos utentes. Esta conduta também não pode ser esquecida durante a passagem de turno.

METODOLOGIA

No intuito de facilitar a transmissão de informação, para uma comunicação interna eficaz e melhor estruturar a passagem de turno, quer, esta seja realizada na enfermaria, quer seja na sala de trabalho de enfermagem, pensamos realizar um instrumento escrito, folha de passagem de turno, onde pudéssemos colocar os itens que os enfermeiros mais valorizam na transmissão da informação. Para tal realizamos um pequeno estudo junto dos enfermeiros, no qual aplicamos um Questionário de colheita de dados.

Entendendo que uma das primeiras etapas a cumprir, para responder a estas questões, seria perceber melhor o que pensam os enfermeiros da passagem de turno, nesse sentido desenvolvemos um estudo exploratório – descritivo, com o objetivo de descrever as opiniões dos Enfermeiros relativamente à passagem de turno. A amostra intencional deste estudo foi constituída por 50 Enfermeiros. Após concedida autorização pelos responsáveis hierárquicos dos serviços selecionados, procedeu-se à aplicação de um instrumento tipo questionário, no qual tentamos perceber a opinião dos Enfermeiros sobre o conteúdo, a importância e a estruturação da passagem de turno. Previamente foi realizado um pré-teste com quatro Enfermeiros (dois de cada serviço). A análise dos questionários realizou-se recorrendo à análise de conteúdo, procedeu-se á formulação de médias como indicador estatístico no intuito de melhor descrever as opiniões dos Enfermeiros participantes.

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a recolha de informação, através da aplicação de questionários elaborados para o efeito, procedeu-se á análise da informação obtida a qual é exposta seguidamente.

| QUESTÃO COLOCADA | RESULTADOS OBTIDOS |
|---|---|
| 1. Acha importante a passagem de turno para a planificação de cuidados? | Constatou-se que 100% dos inquiridos consideram a passagem de turno importante para a planificação dos cuidados. |
| 2. Local onde deve ser realizada a passagem do turno? | <ul style="list-style-type: none"> • 76% dos inquiridos considera a sala de Enfermagem como o local de eleição para a realização da passagem de turno; • 14% optaram por método Misto, ou seja, enfermaria e sala de Enfermagem; • 10% dos inquiridos atribuem mais importância à enfermaria. |
| 3. Existe uma transmissão de informação pertinente? | <ul style="list-style-type: none"> • 86% dos inquiridos consideram a transmissão de informação na passagem de turno como sendo pertinente; • 14% não a consideram pertinente. |
| 4. O tempo disponível para a passagem de turno é suficiente? | <ul style="list-style-type: none"> • 68% dos inquiridos consideram o tempo disponibilizado para a passagem de turno como sendo suficiente; • 32% consideram-no como sendo insuficiente (destes inquiridos 87% refere que o tempo disponibilizado deveria ser superior ao estipulado, enquanto 13% menciona que este deveria ser inferior) |
| 5. Outros itens relevantes para a elaboração de um impresso orientador para a passagem de turno | <ul style="list-style-type: none"> • 88% considera a presença do Diagnóstico; • 78% manobras invasivas; • 76% sinais vitais alterados; • 72% perfusões; • 60% graus de dependência • Os menos importantes referem-se á percepção da doença (46%) e aos medos do doente relativamente a implicações futuras da doença (40%). |

Quadro 1- Questões colocadas e resultados obtidos.

IMPRESSO DE PASSAGEM DE TURNO

Após a interpretação dos resultados obtidos através do questionário elaborou-se o seguinte impresso contendo a informação que os inquiridos consideram importante.

| | | | | | | | | | |
|-------------------|-----|----|----|----------------------------------|------------------|--|--|------------------------------------|--|
| C ___ IDADE _____ | | | | DIAG: | | | | | |
| NOME: _____ | | | | Vive c/ Médico: | | | | | |
| Recorreu | | | | Respiração | | Alimentação | | Eliminação | |
| | | | | O ₂ | | ORAL _____ | | Urinol _____ WC _____ | |
| | | | | | | SNG _____ | | Disp.U. _____ Fralda _____ | |
| H N M E | | | | PO ₂ PCO ₂ | | Por: _____ / _____ DIETA: _____ | | SV _____ / _____ DEJ: _____ | |
| I | I | I | I | PO ₂ | PCO ₂ | | | | |
| AP | AP | AP | AP | PO ₂ | PCO ₂ | | | | |
| AT | AT | AT | AT | PO ₂ | PCO ₂ | | | | |
| CE | SNG | AT | SV | PO ₂ | PCO ₂ | | | | |
| Temperatura | | | | TA/FC | | Exames Complementares Diagnostico | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| PENSOS | | | | | | ANÁLISES | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Figura 1– Impresso de passagem de turno.

CONCLUSÃO

O processo de comunicação humana resulta da relação de interdependência entre o emissor e o recetor. Esta interdependência obriga os intervenientes do processo ao desenvolvimento de competências comunicacionais essenciais para a efetivação do processo de compreender e ser compreendido.

As competências de comunicação clínica passam pelos atributos de empatia, respeito, prestar atenção, demonstrar interesse, ser flexível na relação pelo saber ouvir ou melhor, saber escutar. A escuta eficaz é uma audição empática que requer não só uma habilidade de perceber as palavras mas também os sentimentos, as competências passam ainda pela capacidade de observação assim como por uma correta leitura da linguagem corporal. A comunicação não-verbal é mais valorizada do que a comunicação verbal pelo que devemos aprender a compreender os comportamentos para melhor comunicarmos.

Nas organizações o processo de comunicação reveste-se de alguma complexidade, partindo do princípio básico de que é impossível não comunicar, porque qualquer comportamento é comunicação e não existe “não comportamento”, a comunicação interna assume uma função preponderante no desenvolvimento organizacional. Não podendo ser vista como um sistema informativo, a comunicação assume perante todos as funções de informação, de persuasão, de motivação, de educação, de socialização e de distração, permitindo às organizações mecanismos de envolvimento, com o intuito de criarem quadros de referência claros, para que o colaborador tenha um mapa interpretativo da organização de acordo com o que é pretendido.

Neste sentido a passagem de turno torna-se fundamental, são momentos de transmissão de informação oral e/ou escrita respeitando princípios ético-deontológicos, recorrendo a uma linguagem técnica sobre os cuidados prestados ao utente, resultantes da aplicação de uma metodologia científica e de estratégias de reflexão.

Considerando a passagem de turno uma das mais tradicionais e dominantes formas de comunicar aplicadas à prática de enfermagem seria de esperar que lhe fosse atribuída uma maior valorização proporcional à sua importância na qualidade do cuidar. É evidente que a passagem de turno não deve ser apenas uma mera transmissão de palavras, mas sim um dos alicerces do constante aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem prestados.

Conclui-se, também, que os aspetos considerados importantes e que deveriam fazer parte de um impresso de passagem de turno seriam aspetos como: diagnóstico (88%), manobras invasivas (78%), sinais vitais alterados (76%), perfusões (72%), graus de dependência (60%), enquanto os menos importantes referem-se à perceção da doença (46%) e aos medos do doente relativamente a implicações futuras da doença (40%).

Ao terminar este trabalho sobre a comunicação interna – elaboração de um instrumento para passagem de turno, fica-se sem dúvida com a perceção que o mundo da comunicação é uma realidade vetorial aparentemente simples, rodeado de enorme complexidade.

BIBLIOGRAFIA

Declaração Universal dos Direitos do Homem, artº n. 1.

Elkyn, M., Perry, A., Potter, P. (2005). Intervenções de enfermagem e procedimentos clínico, 2ª edição, Lusociência.

Fachada, M. (1998) – Psicologia das Relações Interpessoais. Lisboa: Edições Rumo.

Guimarães, P. (1999) – Aprendizagens e quotidianos profissionais. Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (2015) – Deontologia profissional de Enfermagem. Art.º nº 84. Ordem dos Enfermeiros. p.73.

Ordem dos Enfermeiros (2001) – Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional 20/2001. Ordem dos Enfermeiros. Nº 4, p. 9-10.

Potter, P & Perry, A. (2006), fundamentos de Enfermagem, 6ª edição, Mosby.

Rego, A. (1999) – Comunicação nas organizações. Lisboa: Edições Sílabo.

Revista Nursing – Azevedo, P., et al A importância da família na reinserção do doente; “Questões bioéticas”, nº201, página 28, Agosto, 2005.

Revista Nursing – Teixeira, M. O doente com cateter venoso central; “Qualidade da informação transmitida na passagem de turno de enfermagem”, nº 223, página 20, Julho, 2007.

Watzlawick, P. et al. (1993) – Pragmática da Comunicação Humana. São Paulo: 9ªed. Cultrix.

Millenium, 2(1), 65-73.

COMUNICAÇÃO CLÍNICA (HANDOVER) E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA

CLINICAL COMMUNICATION (HANDOVER) AND SAFETY OF NURSING CARE: A LITERATURE REVIEW

COMUNICACIÓN CLÍNICA (HANDOVER) Y SEGURIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cláudia Brás¹

Manuela Ferreira²

¹ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSV, Departamento de Enfermagem, Viseu, Portugal

Cláudia Brás - clau.bras@hotmail.com | Manuela Ferreira - mmcferreira@gmail.com

Autor Correspondente

Cláudia Brás

Rua da Fonte, n.º35, 2ºDto

3040-322 Vale Gemil, Coimbra, Portugal

clau.bras@hotmail.com

RECEBIDO: 05 de setembro, 2016

ACEITE: 16 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: O *handover* enquanto processo de transferência de responsabilidades é considerado um momento crucial na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Os problemas na comunicação são causas major de erros que ocorrem durante situações de *handover*.

Objetivos: Propomo-nos identificar a evidência da relação da comunicação clínica (*handover*) e segurança dos cuidados de enfermagem.

Métodos: Realizámos uma revisão integrativa da literatura usando as bases de dados Pubmed, Web of Science, Scopus e CINAHL. Foi efetuada uma pesquisa com os descritores: "Patient Handoff", "Segurança do Doente", "Comunicação Clínica", "Enfermagem". Mediante a pesquisa bibliográfica nas bases de dados emergiram 137 artigos. Foram selecionados 8 artigos que responderam ao objetivo deste estudo. Estabeleceram-se como critérios de inclusão, estudos publicados entre janeiro de 2010 e março de 2016, disponíveis em Português e Inglês.

Resultados: A análise dos artigos através de convergências críticas permitiu o seguinte agrupamento por temas: *handover* como processo de transferência de responsabilidade, barreiras à comunicação efetiva e estratégias promotoras de um *handover* de qualidade.

Conclusões: A qualidade da informação durante o *handover* permite que os enfermeiros organizem intervenções antecipando riscos. É fundamental identificar barreiras que interferem no processo de *handover* para implementação de estratégias que estruturam o processo de comunicação e promovam a segurança do utente.

Palavras-chave: comunicação clínica; *Handover*; segurança do doente; enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The handover as a process of transference of responsibilities is considered a crucial moment in the provision of nursing quality care. Problems in communication are the major causes of errors that occur during situations of handover.

Objectives: We propose to identify the evidence of the relationship of clinical communication (handover) and safety of nursing care.

Methods: We accomplished an integrative literature review using Pubmed, Web of Science, Scopus, CINAHL data bases. A research across the terms: "Patient Handoff", "Patient Safety", "Clinical Communication", "Nursing" was realized. In studies for research strategy emerged 137 articles. We selected 8 articles that responded to the purpose of this study. As inclusion criteria, studies published between January 2010 and March 2016 were established, available in Portuguese and English.

Results: The analysis of the articles through critical identified convergences allowing the following grouping by themes: handover as a process of the transference of responsibility, barriers to effective communication and strategies promoting a handover with quality.

Conclusions: The quality of information during the handover allows nurses to organize interventions anticipating risks. It is essential to identify barriers that interfere with the handover process, for being able to implement strategies that constitute an effective communication process and promote the safety of the patient.

Keywords: clinical communication; Patient Handoff; patient safety; nursing.

RESUMEN

Introducción: Como proceso de transferencia de responsabilidades el "handover" se considera un momento crucial en la provisión de cuidados de enfermería de calidad. Los problemas de comunicación son las causas principales de errores que ocurren en situaciones del "handover".

Objetivos: Nos proponemos a identificar pruebas de la relación de la comunicación clínica (handover) y la seguridad de los cuidados de enfermería.

Métodos: Llevamos a cabo una revisión integrativa de la literatura utilizando las bases de datos Pubmed, Web of Science, Scopus y CINAHL. Se realizó una búsqueda con las palabras clave: "Patient Handoff", "Seguridad del Paciente", "Comunicación clínica", "Enfermería". Mediante la investigación bibliográfica en bases de datos surgieron 137 artículos. Se seleccionaron 8 artículos que responden al objetivo de este estudio. Se establecieron como criterios de inclusión, los estudios publicados entre enero de 2010 y marzo de 2016, disponibles en portugués e inglés.

Resultados: El análisis de los artículos a través de convergencia crítica y cualitativa de lectura identificada, permitiendo la siguiente agrupación por temas: handover como proceso de transferencia de responsabilidad, las barreras a la comunicación efectiva y es

trategias de promoción de un handover de calidad.

Conclusiones: La calidad de la información durante el handover permite a los enfermeros conocer a los pacientes, organizar intervenciones, anticipando los riesgos. Es esencial identificar las barreras que interfieren con el proceso de handover para la aplicación de estrategias que fomentan el proceso de comunicación efectiva y así se promueve la seguridad del paciente.

Palabras Clave: comunicación clínica; Handover; seguridad del paciente; enfermería.

INTRODUÇÃO

Atualmente, na área da saúde, o grande volume de informação científica aponta para a necessidade de sínteses baseadas na combinação de resultados provenientes de múltiplos estudos e que podem contribuir para a consistência de uma prática baseada na evidência e consequente melhoria das práticas (Pereira, Gaspar, Reis, Barradas & Nobre, 2012). Diariamente, os Enfermeiros são confrontados com tomadas de decisão respeitantes à segurança do doente que carecem de evidência científica atualizada e é neste sentido que a revisão sistemática da literatura identifica, avalia e resume os achados de diversos estudos empíricos. Os Enfermeiros são o grupo profissional que mais interação estabelece com os doentes, que mais impulsiona a segurança dos mesmos em todos os aspetos do cuidar, nomeadamente informando sobre os riscos e a possibilidade destes serem reduzidos. O International Council of Nurses (2012), contudo, também reconhece que, embora a prestação de cuidados tenha como objetivo gerar benefícios para os doentes, a complexa combinação de processos, tecnologias e fatores humanos na prestação de cuidados de saúde pode dar origem a eventos adversos.

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, constatou que 65% dos eventos estão associados a falhas de comunicação e reportou que nos primeiros meses de 2013, as falhas de comunicação foram a segunda causa de eventos sentinela (Fay-Hillier, Regan & Gallagher, 2012). A comunicação entre profissionais de enfermagem, vem expondo inúmeras lacunas ao longo dos anos, relativas às dificuldades de diálogo entre os vários profissionais da equipa de saúde, à carência de registos escritos relativos aos utentes, informações incompletas, imprecisas ou até mesmo ocultadas. As falhas na comunicação são a causa da diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes (Quirino, Collet & Neves, 2010). As mudanças de turnos designadas na literatura por *handover* (i.e. passagem de turno), são momentos particularmente vulneráveis à ocorrência de erros. Apesar de ser uma prática ancestral nos cuidados de enfermagem, continua a verificar-se falhas na organização e estruturação do conteúdo da informação (Azevedo & Sousa, 2012).

O objetivo deste trabalho é identificar a evidência da relação da comunicação clínica (*handover*) e a segurança dos cuidados de enfermagem.

MÉTODOS

Utilizámos uma revisão integrativa da literatura, definida como um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas: a identificação do tema e questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Seguindo esta orientação, foi possível identificar os principais estudos que permitissem responder ao objetivo do trabalho: identificar a evidência da relação da comunicação clínica (*handover*) e a segurança dos cuidados de enfermagem. Efetuou-se uma pesquisa cruzando os termos: “*Handover*”, “*Segurança do Doente*”, “*Comunicação Clínica*”, “*Enfermagem*”, obtendo-se como resultado os seguintes termos MeSH apresentados no quadro 1.

Tabela 1 – MeSH Terms

| <i>Health Communication</i> | <i>Patient Safety</i> | <i>Patient Handoff</i> | <i>Nursing</i> |
|---|-----------------------|------------------------|----------------|
| MeSH Terms | | | |
| "Health Communication"[Mesh] AND "Patient Safety"[Mesh] AND "Patient Handoff" [Mesh] AND "Nursing" [Mesh] | | | |

Estabeleceram-se como critérios de inclusão, estudos que respondessem à questão de investigação, publicados entre janeiro de 2010 e março de 2016, disponíveis nos idiomas português e inglês, provenientes de bases de dados científicas. As bases de dados científicas foram PubMed, Web of Science, Scopus e CINAHL, sendo identificadas como A1, A2, A3 e A4 respetivamente, conforme exposto no quadro 2.

Tabela 2 - Estudos que foram reconhecidos a partir da introdução dos descritores

| CÓDIGO | BASE DE DADOS | DESCRITORES | RESULTADOS |
|--------|----------------|--|------------|
| A1 | PubMed | "Patient Handoff"[Mesh] AND ("Patient Safety"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]) AND "Health Communication"[Mesh] | 33 |
| A2 | Web of Science | (handoff) AND (patient safety) AND (nursing) AND (communication) | 76 |
| A3 | Scopus | (title-abs-key (handoff) and title-abs-key (patient safety) and title-abs-key (nursing) and title-abs-key (communication)) and doc-type (review) and pubyear | 10 |
| A4 | CINAHL | handoff AND patient safety AND nursing AND communication year_cluster:("2011" OR "2012" OR "2013" OR "2014" OR "2015") | 18 |

Da estratégia de pesquisa de estudos, emergiram 137 artigos. Após leitura dos títulos foram selecionados 43 artigos. Após a leitura do resumo foram selecionados 22 artigos que faziam parte dos critérios para análise, cujo conteúdo é de interesse a esta revisão. Foram obtidos 15 artigos, que cumpriam os critérios pré-estabelecidos, incluindo no corpus do estudo somente 8 artigos aos quais tivemos acesso ao texto integral, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Resultados dos estudos analisados

| REFERÊNCIAS | TIPO DE DOCUMENTO | RESUMO |
|--|------------------------|---|
| (Birmingham et al., 2015) United States | Artigo de investigação | Estudo de abordagem qualitativa com 21 Enfermeiros de um hospital público universitário dos Estados Unidos, recorrendo à teoria fundamentada para explorar a perspetiva dos enfermeiros sobre os processos de <i>handoff</i> e identificar situações que criam riscos para a segurança do utente. |
| (Streeter et al., 2015) United States | Artigo de investigação | Estudo de natureza quantitativa com 286 Enfermeiros, que utilizou a <i>Nursing Handoff Communication Competence Scale</i> , com objetivo de avaliar as experiências e perceções que constituem um <i>handoff</i> competente dos enfermeiros. |

| REFERÊNCIAS | TIPO DE DOCUMENTO | RESUMO |
|---|------------------------|--|
| (Drach-Zahavy et al., 2014) Israel | Artigo de investigação | Estudo de carácter qualitativo com 18 Enfermeiros de um hospital Central de Israel, realizado num período de 10 meses de 2011 a 2012, que permitiu compreender como os Enfermeiros geriam os momentos de <i>handover</i> e identificar as estratégias de trabalho que utilizam para promover a segurança dos doentes. |
| (Sand-Jecklin & Sherman, 2014) United States | Artigo de investigação | Estudo quasi-experimental, em sete unidades médico-cirúrgicas num hospital universitário de West Virginia, com uma amostra de 250 utentes na pré-implementação de um programa de intervenção e 250 utentes pós implementação do programa, com o objetivo de quantificar resultados de uma mudança de prática dos momentos de <i>handover</i> . |
| (Gonçalves et al., 2016) Brasil | Artigo de investigação | Estudo de natureza quantitativa, descritiva-exploratória, com 70 Enfermeiros de três unidades de cuidados intensivos neonatais, com o objetivo de identificar os fatores relacionados com segurança do utente relativamente à comunicação no processo de passagem de turno dos Enfermeiros. |
| (Street et al., 2011) Austrália | Artigo de investigação | Estudo quantitativo com 259 enfermeiros de um hospital público australiano, nas três mudanças de turno de um dia, para identificar os pontos fortes e limitações nas práticas atuais de <i>handover</i> e implementar um novo processo de <i>handover</i> de forma a melhorar a segurança do utente. |
| (Johnson & Cowin, 2013) Austrália | Artigo de investigação | Estudo de abordagem qualitativa com seis grupos focais, em três grandes Hospitais de Sydney, com o objetivo de explorar as perspetivas dos Enfermeiros sobre o <i>handover</i> junto dos utentes e a utilização da escrita nos momentos de <i>handover</i> . |
| (Holly & Poletick, 2013) United States | Artigo de revisão | Estudo de revisão sistemática constituído por 29 estudos qualitativos entre 1988 e 2012, que descreve que a evidência qualitativa sobre as dinâmicas da transferência de conhecimentos durante o processo de <i>handover</i> . |

RESULTADOS

A análise dos artigos através da leitura crítica e qualitativa permitiu identificar convergências, possibilitando o seguinte agrupamento por eixos temáticos: *handover* como processo de transferência de responsabilidade, barreiras à comunicação efetiva e estratégias promotoras de um *handover* de qualidade.

Handover como processo de transferência de responsabilidade

Um dos momentos cruciais de comunicação entre os Enfermeiros acontece no *handover*, que se constitui como um processo de transferência de responsabilidade dos cuidados e de transmissão de informação sobre os aspetos relacionados com o doente (Johnson & Cowin, 2013). Este processo preconiza uma comunicação interativa funcionando como uma tríade: o utente, a enfermeira que termina o turno e a equipa de enfermagem que inicia o turno (Johnson & Cowin, 2013). É um processo de interação que

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Clinical Communication (handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. *Millenium*, 2(1), 65-73.

coloca no Enfermeiro uma enorme responsabilidade como tomador de decisões da informação a ser transmitida para cuidados de continuidade (Holly & Poletick, 2013). Se nos reportarmos a Kerr (2002), ele referencia o *handover* como tendo três funções principais: de comunicação expressa, que inclui a informação sobre aspetos objetivos essenciais ao cuidado; de informação encoberda, que integra os elementos psicológicos e sociais dos cuidados e de integração cultural que tem como objetivo a construção da identidade profissional.

No *handover* existem três tipos de trocas de informações: as informações dadas pela enfermeira que termina o turno, as informações solicitadas pela enfermeira que inicia o turno e informações verificadas, que consistem na repetição resumida da informação (Streeter, Harrington, & Lane, 2015). As informações consideradas pelos Enfermeiros como importantes durante a passagem de turno foram: a condição clínica do doente e as intercorrências no turno, referidas por 55% e 50% dos enfermeiros, respetivamente (Gonçalves, Rocha, Anders, Kusahara & Tomazoni, 2016).

Existem vários métodos de *handover*, estes incluem a escrita, a oral e face-a-face com o utente ou no local longe do utente (Birmingham, Buffum, Blegen, & Lyndon, 2015). A maioria dos enfermeiros da investigação de Gonçalves et al. (2016), refere que a modalidade mais utilizada para passagem de turno é do tipo verbal, mas que encontra fragilidades neste tipo de método utilizado de forma isolada, devido à grande quantidade de dados transmitidos, o que dificulta a retenção de toda a informação. Street et al. (2011), menciona noutra investigação que os Enfermeiros reconhecem que o método mais eficaz de *handover* é o uso da forma verbal e escrita para transmitir informação.

Embora o objetivo principal do *handover* seja o fornecimento de informação precisa, completa e oportuna, este processo também fornece aos enfermeiros a oportunidade de socializar, discutir sentimentos, preocupações relacionadas com a organização dos cuidados, aumentar a coesão e profissionalismo. Esta descoberta atual sobre a importância socioemocional do processo de *handover* verificada no estudo de Streeter et al. (2015), está em consonância com outros estudos que analisaram o valor relacional do *handover* em enfermagem.

De acordo com Holly & Poletick (2013), os enfermeiros utilizaram o tempo de passagem de turno para discutir situações do dia-a-dia que causaram desconforto pela dificuldade de resolução, tendo considerado este processo como facilitador da coesão pessoal e da orientação de novos enfermeiros para a cultura institucional e para procedimentos de cuidados. Os aspetos relacionais ligados ao *handover*, a complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adotados e as características dos vários cuidadores tem impacto na efetividade e eficiência deste processo e, conseqüente, na segurança e qualidade dos cuidados ao utente (Santos, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010).

Barreiras à comunicação efetiva

As passagens de turno são frequentemente descritas como informais, não estruturadas, com discrepâncias entre a informação transmitida pelo enfermeiro do turno de saída e as condições reais dos doentes, o que origina erros (Streeter et al., 2015). Um grande grupo de enfermeiros reportou num estudo que a forma como a informação era apresentada durante o *handover* não era fácil de ser compreendida por ser subjetiva, existindo incongruências entre os registos escritos e a informação verbal transmitida. Os dados escritos têm mais informações do que é transmitido durante o *handover*, contudo durante este processo são referidas situações importantes como estado emocional, dinâmica familiar, que normalmente não ficam registados no processo de enfermagem (Holly & Poletick, 2013). Segundo Welsh (2010), cerca de 9% da informação partilhada é irrelevante e apenas cerca de 6% das informações se refere a cuidados de continuidade ao doente.

Os principais problemas do *handover* estão relacionados com a falta de estruturação, coesão e clareza na informação oral, assuntos partilhados inconsistentes e/ou insuficientes, distrações, ruídos, registos ilegíveis, limitações de tempo e uso de linguagem confusa ou jargão (Gonçalves et al., 2016). No método de *handover* escrito, a utilização de descritores pouco definidos como “bem”, “ok”, ou de abreviaturas, é comum, e estudos recentes, têm demonstrado que estas imprecisões podem gerar problemas de interpretação (Santos et al., 2010).

Muitos dos enfermeiros relataram que as interrupções no ambiente da prática e durante o *handover*, os impediram de reter informação completa e inviabilizaram a clareza da informação, colocando assim riscos para a continuidade de cuidados (Birmingham et al., 2015). Segundo um estudo de Street et al. (2011) o tempo médio de *handover* por doente teve uma duração média de 5,5 minutos nos turnos diurnos. Uma percentagem significativa de Enfermeiros declarou que o *handover* era muito longo. Esta situação por vezes acontece pelo atraso dos Enfermeiros na entrada do turno, 34,8% dos Enfermeiros referiu como barreira à comunicação clínica eficaz, os atrasos dos colegas (Gonçalves et al., 2016).

Outra situação referida como barreira ao *handover* é o local onde o mesmo é realizado. Os enfermeiros consideram que o *handover* junto do doente, não permite o silêncio necessário para receber e interpretar a informação recebida, não é um local confidencial pelo facto de existirem outros utentes na enfermaria e a posição de pé no quarto não ser uma posição confortável para poder efetuar notas escritas (Johnson & Cowin, 2013; Sand-Jecklin & Sherman, 2014; Birmingham et al., 2015).

A maioria dos enfermeiros num dos estudos analisados percebe a importância do envolvimento do doente no *handover*, porque é o único que possui informações sobre si mesmo. Porém, consideram o utente neste tipo de processo como uma interferência, pois prolonga o tempo de passagem de turno, porque pretendem partilhar muitas informações com os Enfermeiros e pelo facto de poderem utilizar uma linguagem técnica para limitar dados factuais dos doentes e deixar os utentes confusos (Drach-Zahavy et al., 2014). Contudo, a partir da observação dos Enfermeiros na pesquisa de Birmingham et al. (2015), nos momentos de *handover* nos vários turnos, foi notória, as diminutas interrupções existentes quando este processo se efetuou junto do doente relativamente às interrupções que existiram quando este processo se realizou na sala de enfermagem.

A perceção de um *handover* eficaz é diferente consoante a experiência dos Enfermeiros, e alguns relatam que quando não confiam nos colegas, iniciam o turno e têm que reavaliar informações imediatamente (Drach-Zahavy et al., 2014).

Estratégias promotoras de um handover de qualidade

As equipas de enfermagem tornam-se mais coesas, como resultado da exposição às mesmas regras e procedimentos, que conduzem a significados compartilhados para o desenvolvimento de uma identidade de grupo (Holly & Poletick, 2013). Desta forma, é fundamental padronizar o conteúdo da informação dos momentos da comunicação clínica, recorrendo a ferramentas específicas de forma a antecipar os riscos do doente, reconhecer e detetar mudanças inesperadas.

A normalização, repetibilidade e rotinas, a utilização de listas de verificação e mnemônicas permitem melhorar os momentos de *handover* (Drach-Zahavy et al., 2014). Uma dessas mnemônicas é a técnica de comunicação SBAR (*situation, background, avaliation, recommendation*). Esta técnica fornece um quadro padronizado com um encadeamento lógico dos assuntos a abordar, estrutura a informação a transmitir para não ser necessário recordar tudo apenas por memória e facilita o estabelecimento do diálogo. Permite definir expectativas para o que vai ser comunicado e como vai ser comunicado, que é essencial para o desenvolvimento do trabalho em equipa (Holly & Poletick, 2013; Birmingham et al., 2015). No entanto, parece não haver nenhuma evidência para sugerir que SBAR é mais eficaz do que qualquer outra ferramenta de *handover* (Streeter et al., 2015)

As notas escritas foram consideradas pelos Enfermeiros como um método estruturado para ajudar a reter grandes quantidades de informação (Birmingham et al., 2015). Uma abordagem multi-modal, combinando elementos verbais e escritos (folhas de passagem de turno ou folhas de resumos de informação), foi também referida por outro grupo de Enfermeiros como um instrumento para maximizar a eficácia da transmissão da informação (Johnson & Cowin, 2013; Streeter et al., 2015).

Outra estratégia referida nos estudos analisados é a passagem de turno efetuada junto dos utentes. Alguns enfermeiros preferem efetuar o *handover* junto dos utentes, referindo que assim melhoram a confiança dos mesmos (Birmingham et al., 2015). Este processo pode ser benéfico, pelo facto de o Enfermeiro juntar a informação verbal com a visualização do utente, melhorando assim a memória das informações transmitidas (Drach-Zahavy et al., 2014). As questões relacionadas com as falhas de informação são minimizadas quando o *handover* é efetuado junto do doente, pois a família poderá estar presente neste momento (Gonçalves et al., 2016). No estudo efetuado por Street et al. (2011), foram mencionadas mudanças no processo de *handover* após um projeto de intervenção que tinha como objetivo efetuar as passagens de turno junto dos utentes. Os Enfermeiros verificaram uma melhoria acentuada e progressiva no tempo e no processo de comunicação clínica após a utilização deste método.

Para proporcionar uma comunicação clínica com qualidade, os Enfermeiros mencionaram como fundamental a continuidade dos cuidados com os mesmos utentes nos vários turnos, as relações de trabalho positivas, o diálogo aberto entre os profissionais, os recursos humanos adequados ao rácio de utentes e a formação contínua (Birmingham et al., 2015). No estudo de Sand-Jecklin & Sherman (2014) os profissionais apostaram na formação contínua, utilizando vídeos educativos que incluíam orientações e exemplos de mudanças de turno de enfermeiros junto dos doentes. As perceções destes enfermeiros conjuntamente com as opiniões dos doentes, permitiram verificar que existiu maior satisfação do utente pelo facto de participarem nos cuidados e de conhecerem no início do turno o seu enfermeiro de referência, um melhor relacionamento enfermeiro-doente e melhores resultados em termos de diminuição de erros relacionados com a comunicação.

CONCLUSÕES

A comunicação é fundamental na promoção da continuidade dos cuidados de Enfermagem e sendo a base dos cuidados exige um elevado desempenho por parte dos Enfermeiros. Para que os cuidados de enfermagem tenham um desenvolvimento seguro e sejam valorizados é imprescindível ser valorizada a riqueza da informação e as opções de documentação nos contextos da prática.

A qualidade das informações transmitidas durante o *handover* depende da competência dos profissionais, da coesão da equipa, da modalidade escolhida e do tempo dispensado. Segundo os estudos analisados, um *handover* eficaz permite a promoção da segurança do doente e continuidade dos cuidados, melhora a comunicação e trabalho em equipa e desta forma melhora o desempenho profissional.

Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Clinical Communication (handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. *Millenium*, 2(1), 65-73.

Os estudos revelaram que existem limitações que podem comprometer a segurança e a continuidade dos cuidados: informações omissas ou incompletas, interrupções frequentes, falta de envolvimento do utente, atrasos e saídas antecipadas, ruídos e limites de tempo.

Os resultados desta pesquisa alertam-nos para a necessidade de: criar ferramentas de comunicação para padronizar a informação a transmitir produzindo um *handover* estruturado, proporcionar uma contínua atualização sobre a temática nas instituições de saúde estimulando o trabalho multiprofissional e permitir que as escolas e universidades proporcionem um suporte teórico e prático sobre a temática da segurança do doente e habilidades de comunicação. Desta forma poderemos tornar os cuidados de saúde mais seguros tanto para os utentes como para os profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, P.M.D.S. & Sousa, P.A.F. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, ser III (7), 113-122.
- Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), 1458-1478. doi:10.1177/0193945914539052
- Drach-Zahavy, A., Goldblatt, H., & Maizel, A. (2015). Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 592-601. doi:10.1111/jocn.12725
- Fay-Hillier, T. M., Regan, R. V., & Gallagher Gordon, M. (2012). Communication and Patient Safety in Simulation for Mental Health Nursing Education. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(11), 718-726. doi:10.3109/01612840.2012.709585
- Gonçalves, M.I., Rocha, P.K, Anders. J.C., Kusahara, D.M. & Tomazoni, A. (2016). Comunicação e Segurança do Paciente na Passagem de Plantão em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. *Texto Contexto Enferm.* 25(1).
- Holly, C., & Poletick, E. B. (2013). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *J Clin Nurs*, 23(17-18), 2387-2395. doi:10.1111/jocn.12365
- International Council of Nurses (2012). ICN Position: Patient Safety. Acedido em Agosto 16, 2016 em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf
- International Council of Nurses (2012). ICN Position: Patient Safety. Acedido em Agosto 16, 2016 em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf
- Johnson, M., & Cowin, L. S. (2013). Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 121-129. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01438.x
- Kerr, M.P.(2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *J Adv Nurs*.37:125-34.
- Mendes, K.D.S.; Silveira, R.C.C. P.; Galvao, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4. Acedido em abril 12, 2016, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- Pereira, A.S., Gaspar, C., Reis, D., Barradas, J., & Nobre, P. (2012). Revisão sistemática de literatura. (VI Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e III Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Quirino, D.D.E.; Collet, N.; Neves, A.F.G.V. (2010). Hospitalização infantil; concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev. Gaucha Enferm.*, v. 31, n. 2, p.300-306.
- Sand-Jecklin, K., & Sherman, J. (2014). A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2854-2863. doi:10.1111/jocn.12575
- Santos, **M. C. D.**, Grilo, **A.**, Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*, 10, 47-57.

- Street, M., Eustace, P., Livingston, P.M., Craike, M.J., Kent, B. & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of Handover . *International Journal of Nursing Practice*. 17: 133–140
- Streeter, A. R., Harrington, N. G., & Lane, D. R. (2015). Communication Behaviors Associated with the Competent Nursing Handoff. *Journal of Applied Communication Research*, 43(3), 294-314. doi:10.1080/00909882.2015.1052828
- Welsh C., Flanagan M. & Ebright P. (2010) Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58, 148-154.

Millenium, 2(1), 75-89.

DESAFIOS À INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTO DO MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

CHALLENGES OF CONDUCTING RESEARCH IN PALLIATIVE CARE: CONTRIBUTION OF THE MASTER'S DEGREE IN PALLIATIVE CARE BY THE FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF LISBON

DESAFÍOS A LA INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: APORTACIÓN DEL MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDADE DE LISBOA

António Barbosa¹

¹ Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética, Lisboa, Portugal

Autor Correspondente

António Barbosa

Rua Prof. Armindo Monteiro, nº4, 6ºB
1600-594 Lisboa, Portugal
cbioetica@medicina.ulisboa.pt

RECEBIDO: 12 de julho, 2016

ACEITE: 05 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: Os cuidados paliativos centram-se no controlo de perturbações funcionais e sintomatologia complexa e assumem-se como um elemento essencial dos cuidados de saúde.

Objectivos e métodos: O objetivo deste estudo é o de analisar a totalidade das 108 dissertações do mestrado em cuidados paliativos discutidas e aprovadas na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa entre 2004 e 2016 quanto às características temáticas, logísticas, metodológicas, tipo e número de participantes e investigadores ao longo de dois períodos sequenciais. Não se observaram diferenças significativas em todas as variáveis analisadas comparando esses dois períodos.

Resultados: Verificou-se, na autoria das dissertações, um predomínio do grupo de enfermeiros em relação a outros grupos profissionais e a colaboração de cerca de 8.000 participantes, na sua maioria doentes com patologias diversas de acentuado predomínio oncológico e que foram avaliados em contexto predominantemente hospitalar por todo o País.

Nas principais temáticas abordadas distinguem-se por grau decrescente de representação a avaliação das necessidades gerais em cuidados paliativos, a qualidade de vida e a satisfação de cuidadores informais e atitudes, vivências, conhecimentos e competências sobretudo dos profissionais de saúde. Surgem também como temáticas relevantes a avaliação sintomática geral e específica de doentes, estudos de intervenção em cuidados paliativos e de problemas existenciais, espirituais e éticos, mas também de comunicação e de luto, cobrindo todo o espectro das áreas essenciais da prática dos cuidados paliativos.

As metodologias quantitativas foram as mais representadas, com uma forte componente de estudos retrospectivos, utilizando escalas, e das qualitativas, a mais utilizada foi a análise de conteúdo, a partir de entrevistas semiestruturadas.

Conclusões: Da análise das limitações encontradas propõem-se quatro linhas estratégicas para o desenvolvimento da investigação em cuidados paliativos em Portugal.

Palavras-chave: cuidados paliativos; investigação; metodologia; mestrado.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care focus on the control of functional disorders and complex symptomatology and are assumed as an essential element of health care.

Objectives and methods: The aim of this study is to provide an analysis of all the 108 dissertations of the master's degree in palliative care which were discussed and approved at the Faculty of Medicine of the University of Lisbon, between the years of 2004 and 2016, according to their thematic characteristics, logistics, methodology, type and number of participants and researchers over the two sequential periods. There were no significant differences in all the analyzed variables when comparing these two periods.

Results: It was verified, in the authorship of dissertations, a predominance of the nurses group when compared to other professional groups and the collaboration of nearly 8,000 participants, mostly patients with several diseases of severe oncological prevalence and that were evaluated in the hospital context all over the country.

The main addressed themes are distinguished by a decreasing representation degree of the assessment of the general needs in palliative care, the quality of life and satisfaction of informal caregivers as well as their attitudes, experiences, knowledge and skills, especially those of the healthcare professionals. It also appears as a relevant thematic the general and specific symptomatic assessment of patients, the intervention studies in palliative care along with existential, spiritual and ethical problems, communication and grief, covering, this way, an entire spectrum of key areas that are essential to the practice of palliative care.

Quantitative methods were the most used ones, with a strong component on the retrospective studies, using scales. According to the qualitative methods used, there is a focus on the content analysis, from semi-structured interviews.

Conclusions: Analysing the limitations that were found, this study suggests four strategic lines for the development of research in palliative care in Portugal.

Keywords: palliative care; research; methodology; master's degree.

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos se centra en lo controlo de los trastornos funcionales y la sintomatología compleja y se asume como un elemento esencial de la atención de la salud.

Objetivos e métodos: El objetivo de este estudio es analizar la totalidad de las 108 disertaciones del máster en cuidados paliativos discutidas y aprobadas en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa entre 2004 y 2006 relativamente a las características temáticas, logísticas, metodológicas, tipo y número de participantes e investigadores a lo largo de dos periodos secuenciales. No se

han observado diferencias significativas en todas las variables analizadas comparando esos dos periodos.

Resultados: Se ha verificado, en la autoría de las disertaciones, una preponderancia del grupo de enfermeros respecto a otros grupos profesionales y la colaboración de cerca de 8.000 participantes, la mayoría de los cuales enfermos con patologías diversas de acentuado predominio oncológico y que han sido evaluados en contexto predominantemente hospitalario por todo el país.

En las principales temáticas abordadas se distinguen en grado decreciente de representación la evaluación de las necesidades generales en cuidados paliativos, la calidad de vida y la satisfacción de cuidadores informales y actitudes, vivencias, conocimientos y competencias sobre todo de los profesionales de salud. Surgen también como temáticas relevantes la evaluación sintomática general y específica de enfermos, estudios de intervención en cuidados paliativos y de problemas existenciales, espirituales y éticos, incluso de comunicación y de luto, cubriendo todo el espectro de las áreas esenciales de la práctica de los cuidados paliativos.

Las metodologías cuantitativas han sido las más representadas, con una fuerte componente de estudios retrospectivos utilizado escalas, y de las cualitativas la más utilizada ha sido el análisis de contenido, a partir de entrevistas semiestructuradas.

Conclusiones: Del análisis de las limitaciones encontradas se proponen cuatro líneas estratégicas para el desarrollo de la investigación en cuidados paliativos en Portugal.

Palabras clave: cuidados paliativos; investigación; metodología; master.

INTRODUÇÃO

Dada a natureza complexa, multidimensional e dinâmica das doenças progressivas e incuráveis, os cuidados paliativos desenvolveram um modelo de intervenção que integra os fatores físicos, psicossociais e espirituais que perturbam a qualidade de vida desde o momento do diagnóstico até depois da morte, tendo como objetivo promover uma melhor qualidade de vida para o doente e sua família.

Centram-se no controlo de perturbações funcionais e sintomatologia complexa pelo que o seu reconhecimento como um elemento essencial dos cuidados de saúde e como uma área especializada passa, crescentemente, por evidenciar a sua fundamentação científica com vista ao esclarecimento dos profissionais dos achados da investigação empírica através, cada vez mais, do estabelecimento de uma ponte entre a prática clínica e investigação básica preferencialmente através de uma abordagem integrada e translacional.

Há, por isso, necessidade de construir uma capacidade de investigação clínica, numa área lacunar em Portugal, que desenvolva evidências para a prática clínica, baseada em estudos criteriosos, quer na área da intervenção farmacológica quer na área não farmacológica, que possam dar respostas diversificadas e personalizadas e formular estratégias eficazes e validadas para controlo clínico de sintomas e que reduzam a sobrecarga de todos os sistemas envolvidos apoiando especificamente as necessidades nas famílias que acompanham estes doentes no trajeto das suas doenças crónicas, progressivas e incuráveis.

Importa, neste contexto, dispor de instrumentos psicometricamente específicos e adequados ao tipo de populações e ao estado de evolução da doença, pertinentes e corretos na avaliação da qualidade de vida, bem como de outros padrões de resultados, que permitam monitorizar sintomas e preocupações e avaliar o efeito diferencial de intervenções específicas.

Por outro lado é imprescindível avaliar as necessidades em cuidados paliativos a vários níveis sistémicos e definir parâmetros de qualidade que fundamentem o planeamento e a organização de serviços aos diferentes níveis e contribuir para a formulação de políticas de saúde em cuidados paliativos. Para além dos métodos quantitativos, os qualitativos têm vindo a obter uma aceitação crescente em vários domínios da investigação em saúde nos meios académicos mais informados e atentos. Pelo seu rigor e metodologia específica fornecem elementos únicos na área da experiência subjetiva para compreender determinadas problemáticas, nomeadamente na identificação, explicação e valorização de processos sociais subjacentes, a sua ligação aos seus contextos sociais e o desenvolvimento de categorias analíticas de alto nível. Procuram ir para além da superfície, dos aspetos facilmente observáveis da realidade, para aprofundar o conhecimento de experiências e significados derivados dos indivíduos.

Estes resultados, juntamente com resultados "objetivos", desejavelmente poderão ter impacto na política de desenvolvimento e na prática dos cuidados paliativos mas têm também uma valia teórica ao abrirem a possibilidade de novas formas de compreender e pensar sobre um dado tema e uma forma de desafiar modos estabelecidos de pensar e investigar um fenómeno particular.

É neste contexto que o mestrado de cuidados paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que foi criado pioneiramente em Portugal em 2002 depois da realização de vários cursos de pós-graduação multidisciplinares na nossa faculdade sobre o mesmo tema, teve uma preocupação, logo desde o seu inicio, de contribuir para a investigação nesta área elencando um conjunto de prioridades nas temáticas e objetivos que pudessem acompanhar o então embrionário movimento de criação de serviços e de equipas no País.

Este trabalho procura dar conta desse trajeto e dos seus resultados, disponibilizando, ao mesmo tempo uma oportunidade de contato fácil com um acervo de 108 teses de mestrado em cuidados paliativos que aqui se analisam ao fim de 15 anos de trabalho continuado e a partir do qual se lançam desafios para o futuro.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo e analítico das características temáticas, logísticas, metodológicas e profissionais do total das teses de mestrado discutidas e aprovadas na Faculdade de Medicina desde Junho de 2004 até Junho de 2016 num total de 108, comparando dois períodos, utilizando técnicas estatísticas descritivas e analíticas.

RESULTADOS

As teses analisadas repartem-se em igual número (54) pelos dois períodos considerados (2004-2010 e 2011- 2016) e não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis estudadas (participante, local, temática e método da investigação, profissão do investigador) na comparação desses dois períodos.

As teses envolveram 7.963 sujeitos de investigação (Tabela 1) maioritariamente doentes (67,0%) correspondendo a 56 estudos, seguindo-se os enfermeiros (22,2%), cuidadores familiares (12,6%) e médicos (10,5%), estes últimos com um número mais reduzido de estudos.

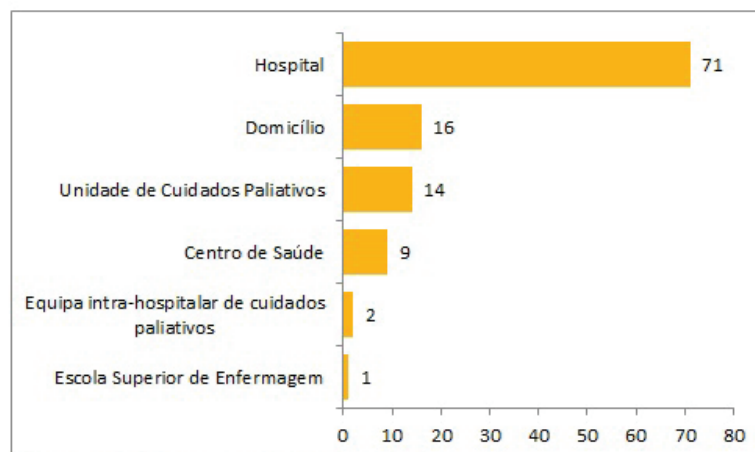
Tabela 1 – Tipo de participantes nas investigações e número de dissertações por tipo de participante*

| | Nº de estudos | Nº de participantes |
|-----------------------------------|---------------|---------------------|
| Doentes | 56 | 5333 |
| Enfermeiros | 27 | 1769 |
| Cuidados Familiares | 18 | 1005 |
| Médicos | 14 | 816 |
| Psicólogos | 2 | 15 |
| Técnicos de Serviço Social | 1 | 14 |
| Outros | 3 | 9 |

*Em cerca de catorze estudos verificou-se mais do que um tipo de participantes

No que se refere aos locais onde foram realizados os estudos (Figura 1) predominou o contexto hospitalar (62,8%) seguindo-se o domicílio (14,2%) e as unidades de cuidados paliativos (12,4%).

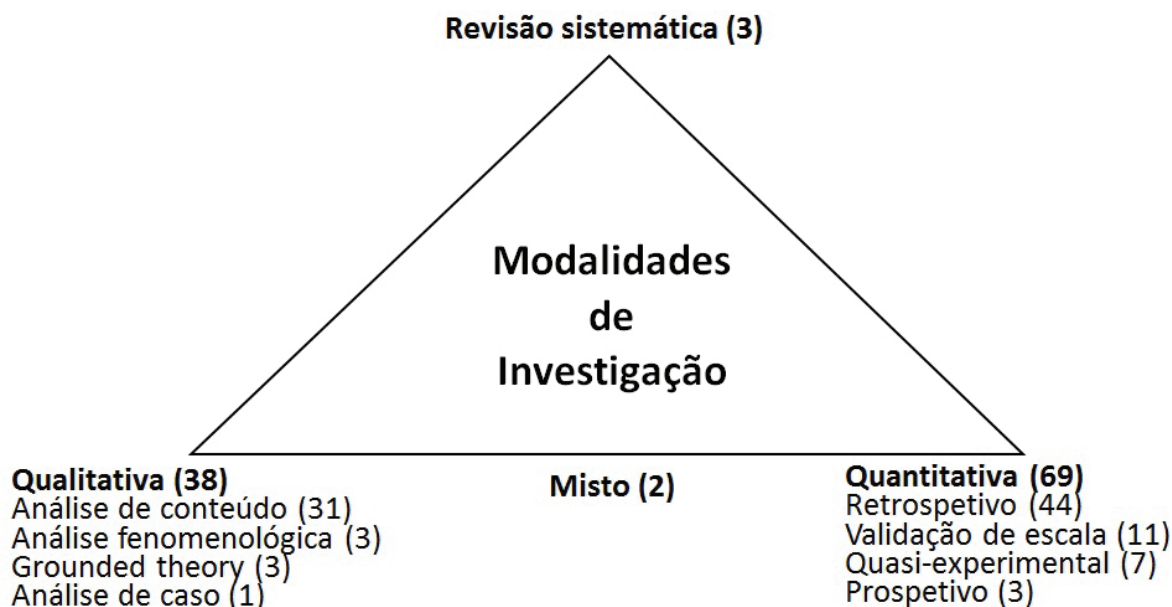
Figura 1- Contextos de realização das dissertações.



*Em cinco estudos verificou-se mais do que um local de realização do estudo

Quanto às metodologias de investigação (Figura 2) predominaram os métodos quantitativos (61,6%) e, no total destes, uma grande representação de estudos retrospectivos (63,7%) com utilização predominante de escalas (Figura 3) e unicamente três estudos prospetivos.

Figura 2 – Metodologias de investigação utilizadas nas dissertações.



De assinalar neste âmbito um trabalho relevante de validação de escalas (Tabela 2) para português (n=11), sete estudos de intervenção (de tipologia quasi-experimental) e a referência a duas revisões sistemáticas da literatura, particularmente pertinentes sobre a qualidade da investigação em cuidados paliativos.

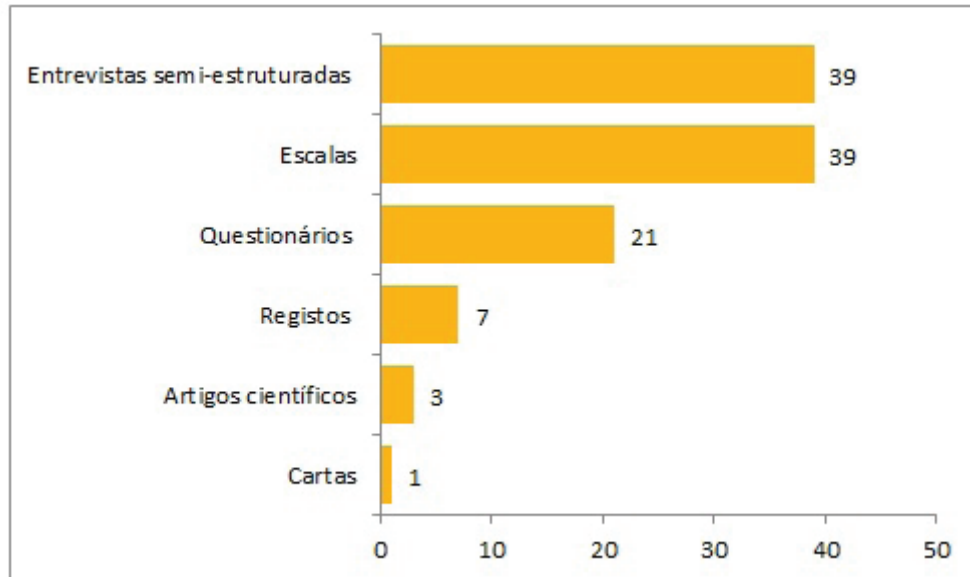
Tabela 2 – Escalas validadas para a população portuguesa através das dissertações do mestrado em cuidados paliativos

| Escala | Autor da validação |
|--|---------------------------|
| EORTC IN-PATSAT32 (satisfação de doentes) | Georgiana Marques da Gama |
| DOLOPLUS 2 (dor) | Hirondina Guarda |
| Herth Hope Index (avaliação da esperança em cuidados) | Andreia Viana |
| PG-13: avaliação do luto prolongado) | Mayra Delalibera |
| EORTC QLQ-INFO26 (informação ao doente oncológico) | Amélia Matos |
| Liverpool Care Pathway | Flávia Sousa |
| FAMCARE (satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos) | Antónia Almeida |
| NEST (rastreo de necessidades em cuidados paliativos em doentes ventilados no domicílio) | Paula Pamplona |
| NOSE-Numerical Opioid Side Effect (Escala numérica de efeitos adversos de opioides) | Marina Fonseca |
| QOL-AD (qualidade de vida dos doentes com demência seus e cuidadores) | Helena Bárrios |
| EORTC QLQ BM22 (qualidade de vida em doentes com metástases ósseas) | Ana Mendes |

No que se refere às metodologias qualitativas predominou a análise de conteúdo (maioritariamente com a técnica de Bardin) em

81,7% daquelas análises, com utilização predominante de entrevistas semiestruturadas.

Figura 3 – Instrumentos de colheita de dados utilizados nas dissertações.



No que respeita aos temas de investigação foram agrupados em oito temas principais (Tabela 3). O tema mais investigado integra as necessidades em cuidados paliativos (24,1%) quer gerais (69,2%) quer específicas de cuidadores mas, também, as necessidades de formação profissional (enfermeiros e serviço social).

Tabela 3 – Grupos temáticos das dissertações

| | n | | n |
|---|-----------|--------------------------------------|-----------|
| Necessidades em cuidados paliativos | 26 | Avaliação sintomática | 14 |
| Necessidades gerais ^{4,11,24,28,40,53,61,74,75,80-82,88,96,97,100,105,108} | | Dor ^{15,17,22,55} | 4 |
| Necessidades de cuidadores familiares ^{1,10,23} | 18 | Geral ^{7,36,84,106} | 4 |
| Necessidades de formação | | Cuidados à boca ⁴² | 1 |
| Enfermagem ^{16,41,71,73} | 3 | Delirium ⁷⁶ | 1 |
| Serviços Social ⁹³ | | Depressão e ansiedade ¹⁰³ | 1 |
| | | Agonia ²⁹ | 1 |
| | 4 | Obstipação ¹⁰¹ | 1 |
| | 1 | Prognóstico ⁵⁸ | 1 |

| | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| Qualidade de vida e satisfação | 21 | Problemas existenciais, espirituais e éticos ^{2,3,18,27,37,56,72,86,98,104} | 10 |
| Doentes | 15 | Intervenção em cuidados paliativos | 8 |
| Oncologia ^{31,38,45,51,59,91,102} | 7 | Psicossocial ^{44,52,77} | |
| Neurologia ^{19,49,79,83,90} | 5 | Enfermagem ^{43,47} | 3 |
| Geral ⁸⁹ | 2 | Fisioterapia ⁵⁷ | 2 |
| Dor ⁹⁴ | 1 | Terapia Ocupacional ⁹⁹ | 1 |
| Cuidadores | 6 | Médica ⁵ | 1 |
| Famíliares | | | |
| Sobrecarga ^{14,33,66} | 3 | | 1 |
| Satisfação ^{25,30} | 2 | | |
| Profissionais | | | |
| Burnout ⁶⁰ | 1 | | |
| Atitudes, vivências, conhecimentos e competências | 17 | Comunicação ^{8,13,26,32,35,48} | 6 |
| Profissionais de saúde | | Luto ^{12,39,50,64,85,95} | 6 |
| Enfermeiros ^{20,21,34,54,65,67,69,70,78,87,107} | | | |
| Médicos ^{6,9,62} | 11 | | |
| Psicólogos ⁹² | 3 | | |
| Famíliares ^{46,63} | 1 | | |
| | 2 | | |

A qualidade de vida e satisfação em cuidados paliativos (19,4%) foi avaliada sobretudo em doentes gerais mas também em grupos particulares de doentes (oncologia e neurologia) e nos cuidadores familiares e informais assim como a sobrecarga e a satisfação com os cuidados recebidos, tendo sido estudado também estudado o *burnout* nos profissionais.

O terceiro tema de investigação refere-se a atitudes, vivências, conhecimentos e competências dos profissionais de saúde (15,7%), prioritariamente em enfermeiros (64,7%) mas também nos familiares em apenas dois estudos.

A avaliação dos sintomas (13,0%), outra área fundamental na prática dos cuidados paliativos, recebeu o interesse de investigação em sintomas gerais (28,6%) e dor (28,6%) mas também em aspetos específicos como agonia, cuidados à boca, *delirium*, obstipação, depressão e ansiedade, tendo sido desenvolvido um impressionante estudo sobre prognóstico.

Evidenciamos oito estudos de intervenção em cuidados paliativos, predominantemente de intervenção psicopedagógica em grupos de cuidadores informais mas também de intervenções específicas de certos grupos profissionais (fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem).

Os problemas existenciais e espirituais estão representados em nove estudos em populações diferenciadas (oncologia, doença fibroquística, SIDA) mas também em profissionais de saúde, sendo de assinalar um estudo sobre decisões éticas no fim de vida.

As práticas de comunicação (intrafamiliar, intraequipa, profissional/doente em diferentes contextos: transição de cuidados, satisfação com comunicação...) são abordadas em seis estudos e a problemática do luto, outra das componentes essenciais dos cuidados paliativos, é estudada quer no contexto familiar, quer no luto do profissional, mas também na componente formativa.

Em síntese todas as áreas essenciais da prática dos cuidados paliativos estão integradas neste conjunto de teses, que se desenvolveram em todo o território nacional (continente e ilhas) em contextos de assistência diversificados integrando todas as modalidades previstas de prestação de cuidados paliativos, envolvendo todo o tipo de profissionais de saúde e utilizando metodologias de investigação diversificadas.¹⁰⁹⁻¹¹⁰⁻¹¹¹

LIMITAÇÕES

No desenvolvimento da investigação qualificada nesta área, deparámos com dificuldades de vária ordem entre as quais a existência de um número reduzido de departamentos hospitalares e unidades de cuidados paliativos bem como de equipas comunitárias e um número muito limitado de camas nos centros académicos, com uma cultura organizacional não sensibilizada para uma atitude paliativa em que, mesmo os profissionais já motivados para esta área, apresentavam uma maior propensão para os cuidados do que para a investigação. Acresceu ainda o então reduzido número de instrumentos específicos validados para a população portuguesa e para a população alvo de cuidados paliativos, para além de algumas questões éticas e práticas relacionadas com a investigação em fim de vida.

Muitas destas dificuldades foram superadas pelo entusiasmo e determinação dos investigadores e dos seus orientadores e também pela abertura e generosidade de algumas instituições.

Podemos afirmar que, para além da divulgação em congressos nacionais e internacionais¹¹² e de publicação em livros e em revistas científicas nacionais e internacionais, os dados obtidos por estes estudos têm já contribuído para o planeamento e organização de serviços/equipas e ações de formação. A quase totalidade dos instrumentos validados têm sido utilizados noutras investigações e alguns destes estudos qualitativos conduziram à criação de novos instrumentos de colheita de dados.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que se verificou uma evolução sustentada da elaboração de teses de mestrado em cuidados paliativos ao longo dos anos na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que envolveram, como investigadores, um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde de todo o País, com predominância de enfermeiros. Colaboraram cerca de 8.000 participantes em grande parte doentes, destacando-se a seguir o grupo de enfermeiros, tendo os estudos sido realizados marcadamente em contexto hospitalar, mas também no domicílio e em unidades de cuidados paliativos, com metodologias diversificadas mas acentuadamente quantitativas e em que se verificou um número assinalável de validação de instrumentos. As principais temáticas estudadas relacionaram-se maioritariamente com a avaliação de necessidades gerais em cuidados paliativos, qualidade e satisfação bem como as atitudes, vivências e competências dos profissionais. De assinalar uma representação significativa de estudos de intervenção e uma abrangência temática integrando todos os aspetos fundamentais da prática dos cuidados paliativos.

A massa crítica já formada com notório reconhecimento internacional, a crescente utilização de instrumentos validados na prática assistencial, o implemento da investigação de qualidade em cuidados paliativos em várias áreas disciplinares (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, ...) e o incremento de unidades e de equipas no País, fazem emergir novos desafios para a investigação, que, do nosso ponto de vista, passarão por quatro linhas estratégicas da investigação em cuidados paliativos.

1. Divulgação dos resultados da investigação em CP com franco aumento do número de apresentações nacionais e internacionais em cuidados paliativos¹¹² e em áreas heterogêneas mas afins (medicina interna, oncologia, cardiologia, neurologia, gastroenterologia, pneumologia, nefrologia, medicina familiar e outras especialidades médicas e cirúrgicas) e o aumento de publicação em livro e em revistas de cuidados paliativos ou afins. As iniciativas da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e recente criação do Observatório Português dos Cuidados Paliativos são fatores de dinamização importante, sendo indispensável a colaboração com a EAPC (Associação Europeia de Cuidados Paliativos) e outras associações de profissionais, de doentes e de familiares, universidades e outras entidades nacionais e internacionais.
2. Criação de uma base de dados nacional mínima em relação aos cuidados em fim de vida com standardização de metodologias e com a criação de uma rede significativa e sustentável de investigação nacional (colaborativa e multicêntrica),¹¹³ integrando também os centros académicos e hospitais universitários, valorizando as especificidades de cada centro, alargando o processo para além dos "pioneiros", transformando projetos-piloto em programas sustentáveis com grande impacto e criando sinergias e integração com projetos internacionais, facilitando o acesso ao financiamento.
3. Alargamento das áreas de investigação à base biológica de *clusters* de sintomas complexos, projetos focalizados na prática clínica com estudos de intervenção (farmacologia, psicologia, socio-pedagogia, enfermagem, ...) passando pela compreensão e resposta a transições, avaliação dos cuidados aos doentes com elaboração de indicadores claros de resultados da eficácia e eficiência dos serviços, análises de economia da saúde com mapeamento de diferentes trajetórias clínicas das principais situações de fim de vida em Portugal identificando necessidades de recursos com vista a gerar questões em áreas controversas.

4. Apresentação de resultados da investigação “ativadores”, validando que os cuidados de fim de vida são importantes e necessitam ser incluídos nas atividades educacionais e de cuidados clínicos, para informar futuras políticas de saúde, servindo de elementos de aconselhamento e colaboração proactiva com o Ministério da Saúde com vista ao desenvolvimento de uma estratégia nacional claramente definida de cuidados de fim de vida.

A recente criação de uma primeira Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (ao elaborar um plano estratégico para esta área) irá certamente dar novo rumo e impulso a este esforço na investigação.

A publicação deste trabalho, procura, por um lado, dar reconhecimento generalizado às investigações pioneiras no nosso País na área dos cuidados paliativos e aos respetivos investigadores e orientadores (todos doutorados) e, por outro lado, justificar o esforço de colaboração generosa de milhares de doentes, cuidadores e profissionais de saúde que acederam esclarecidamente (com o seu tempo, experiência e saber) em participar nestas investigações a que agora é facilitado o acesso, esperando vir a ter efeitos de mais-valia para as pessoas e as instituições.

O QUE É CONHECIDO SOBRE O ASSUNTO

Citações dispersas sobre este acervo de trabalho de investigação em cuidados paliativos.

O QUE É NOVO ACERCA DESTE ESTUDO

Não existindo qualquer publicação que reúna a totalidade desta produção científica de forma sistematizada, esta análise das teses elaboradas na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa durante de 15 anos facilita o acesso e o cruzamento de informação relevante e chama a atenção para linhas evolutivas, abrindo também possibilidades de consulta facilitada.

CONFLITO DE INTERESSE

O autor declara que não há conflito de interesses

AGRADECIMENTOS

Agradece-se a todos os sucessivos membros da comissão científica do mestrado todo o empenho académico e pessoal neste projeto: Carlos Ferreira, Filipa Tavares, Isabel Galriça Neto, Isabel Monteiro Grillo, Luís Costa, Luís Rebelo, Miguel Julião, Peter Lawlor, Paulo Reis Pina e Rui Tato Marinho, bem como ao secretariado na pessoa da Dr.ª Vivelinda Guerreiro.

Agradece-se a todos os orientadores e coorientadores de teses: A. Bugalho Almeida, A. Gonçalves Ferreira, Abílio Oliveira, Aida Mendes, Alexandre Mendonça, Ana Paula França, Anabela Sanches, António Barbosa, Armando Brito de Sá, Carlos Cruz Sequeira, Castro Lopes, Célia Santos, Clara Saraiva, Cristina Bárbara, Cristina Sampaio, Daniel Sampaio, Eugénia Ribeiro Pereira, Felismina Mendes, Filipe Nave, Filomena Gaspar, Francisco Branco, Francisco Pimentel, Helena Catarino, Helena Jardim, Hortense Cotrim, Isabel Monteiro Grillo, J. Gomes-Pedro, João Gorjão Clara, Joaquim Ferreira, José Ferro, Lucília Nunes, Luís Costa, Luís Rebelo, Lurdes Martins, Mamede de Carvalho, Manuel Barbosa, Manuel José Lopes, Manuel Silvério Marques, Marco Paulino, Margarida Roldão, Maria Antónia Rebelo, Maria Arminda Costa, Maria Deolinda Cruz, Maria Deolinda Luz, Maria dos Anjos Dixe, Maria Luísa Figueira, Miguel Gouveia, Paula Sapeta, Paulo Kuteev Moreira, Paulo Marcelino, Peter Lawlor, Rui M. Victorino, Sandra M. Pereira, Telmo Baptista, Teresa Barroso.

BIBLIOGRAFIA

1. Cerqueira M. O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho: análise das necessidades/dificuldades do cuidador para cuidar do doente paliativo no domicílio [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2004.
2. Querido A. A esperança em cuidados [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
3. Custódio M. A espiritualidade e a doença orgânica [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.

Barbosa, A. (2016). Challenges of Conducting Research in Palliative Care: Contribution of The Master's Degree In Palliative Care by the Faculty Of Medicine, University Of Lisbon. *Millenium*, 2(1), 75-89.

4. Andrade E. A necessidade de uma unidade de cuidados paliativos no distrito de Santarém [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
5. Neto, IG. Antibioterapia em doentes terminais: utilização subcutânea de uma cefalosporina de 3ª geração (ceftriaxona) [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
6. Galvão C. Atitudes face à morte e ao morrer [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
7. Bernardo A. Avaliação de sintomas em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
8. Gonçalves MJ. Comunicação do enfermeiro com o doente em fim de vida [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
9. Carvalho ML. Conhecimentos e atitudes dos médicos em relação ao controlo da dor crónica [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
10. Madureira M. Cuidar do cuidador. [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
11. Palma MJ. Local de morte numa região do sul de Portugal: contributo para uma estratégia de cuidados paliativos e alívio do sofrimento na doença terminal [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
12. Leal F. Medicina geral e familiar e o luto [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
13. Salazar H. Necessidades de comunicação dos doentes oncológicos em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
14. Rosado J. O impacto do cancro terminal na família: um estudo no Alentejo [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
15. Guarda H. Tradução e adaptação cultural e linguística para português da escala de dor DOLOPLUS 2 [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
16. Jardim T. Competências dos enfermeiros para cuidar do doente em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2006.
17. Capelas ML. Dor total nos doentes com metastização óssea [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2006.
18. Fernandes L. A espiritualidade: o sentido da vida da pessoa com SIDA em fim de vida [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.
19. Chaves I. Avaliação de qualidade de vida de doentes com gliomas cerebrais de alto grau de malignidade tratados numa instituição hospitalar [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.
20. Lima T. Cuidar do doente terminal em ensino clínico: o desenvolvimento de competências emocionais nos estudantes de enfermagem [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.
21. Magalhães J. Cuidar em fim de vida: uma abordagem qualitativa sobre as experiências dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem. [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.
22. Botelho A. O uso de metadona como analgésico: o caso português: que presente? Que futuro? [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.
23. Ramos S. Os familiares cuidadores da criança com doença de mau prognóstico: fundamentos para uma intervenção no âmbito dos cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.

24. Feio M. Quanto custa morrer? [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.
25. Gama, G. Validação de uma escala de satisfação de doentes [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2007.
26. Alvarenga M. A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para os cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
27. Simões P. Isto é mesmo uma questão de vida ou de morte: preocupações existenciais no doente oncológico [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
28. Ramos A. Motivações expressas por doentes oncológicos terminais e seus cuidadores principais: desencontros e desafios na intervenção da assistente social [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
29. Silva R. Os últimos dias de vida do doente oncológico, num hospital português [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
30. Aparicio M. A satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
31. Peladinho M. Avaliação da qualidade de vida dos doentes com cancro colo-rectal submetidos a quimioterapia paliativa [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
32. Trincão V. Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
33. Fernandes J. Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
34. Cunha V. Enquanto há vida há sexualidade! Perspectivas dos profissionais de saúde quanto à comunicação sobre a sexualidade em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
35. Pinto MM. Importância das vivências dos enfermeiros no processo de comunicação com o doente oncológico paliativo em internamento hospitalar [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
36. Morins G. Sofrimento e qualidade de vida em doentes com cancro no HDES, E.P.E. [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
37. Viana A. A avaliação da esperança em cuidados paliativos: validação transcultural do Herth Hope Index [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
38. Andrade S. A perda de autonomia em doentes paliativos com cancro do pulmão [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
39. Delalibera M. Adaptação e validação portuguesa do instrumento de avaliação do luto prolongado: Prolonged Grief Disorder (PG-13) [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
40. Ferreira M. Análise da referenciação médica de doentes para uma unidade de cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
41. Xavier C. Contributos da formação na área dos cuidados paliativos: um estudo quantitativo nos enfermeiros de cuidados de saúde primários [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
42. Serrano MF. Cuidar a boca em cuidados paliativos: contributo para a promoção da dignidade humana [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
43. Fradique E. Efectividade da intervenção multidisciplinar em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.

Barbosa, A. (2016). Challenges of Conducting Research in Palliative Care: Contribution of The Master's Degree In Palliative Care by the Faculty Of Medicine, University Of Lisbon. *Millenium*, 2(1), 75-89.

44. Silva AMA. Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
45. Soares MEA. Impacto do meio sócio-económico-demográfico do Concelho de Santa Maria da Feira na qualidade de vida e reacções emocionais (ansiedade e depressão), na mulher mastectomizada, face à alteração da sua imagem [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
46. Neves S. Impacto no cuidador principal, do cuidado ao doente paliativo no domicílio [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
47. Braga R. Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
48. Matos A. Informação ao doente oncológico: validação da versão portuguesa do questionário EORTC QLQ-INFO26 [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
49. Braga AC. Necessidades dos doentes portadores de esclerose lateral amiotrófica e seu cuidador principal: sua influência na qualidade de vida [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
50. Neves S. O rosto social da morte: as representações sociais da morte no doente paliativo [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
51. Marques L. Qualidade de vida dos doentes terminais oncológicos em internamento e em ambulatório [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
52. Grelha P. Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
53. Sousa MF. Tradução e adaptação linguística e cultural para português do Liverpool Care Pathway [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
54. Parece A. Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de medicina [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
55. Pina PR. A complexidade do tratamento da dor oncológica: a intensidade da dor como factor preditivo [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
56. Alves M. A espiritualidade e os profissionais de saúde em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
57. Marques C. A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
58. Tavares F. Acuidade prognóstica em fim de vida: valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
59. Tavares A. Ajustamento mental da mulher com cancro de mama [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
60. Cavaleiro R. Burnout nos profissionais de saúde dos serviços de psiquiatria/paliativos/ dermatologia [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
61. Barroso R. Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento de agudos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
62. Oliveira J. Cuidar de doentes em fim de vida: a percepção dos médicos de família [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
63. Alves E. Estratégias dos cuidadores informais de doentes com cancro do pulmão em fase terminal, no domicílio [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.

Barbosa, A. (2016). Challenges of Conducting Research in Palliative Care: Contribution of The Master's Degree In Palliative Care by the Faculty Of Medicine, University Of Lisbon. *Millenium*, 2(1), 75-89.

64. Pazes MC. Factores que influenciam a vivência do processo terminal e de luto: perspectiva do cuidador principal [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
65. Moreira L. Hipodermóclise: uma forma de dignificar a vida na prestação de cuidados de saúde no domicílio [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
66. Alves M. Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2011.
67. Oliveira A. A abordagem do doente em fase paliativa no Hospital de Santa Maria: visão do enfermeiro [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
68. Almeida A. A família em cuidados paliativos: avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
69. Estanque C. A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida: uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
70. Pedrosa A. Atitudes dos enfermeiros face à morte e aos cuidados prestados aos doentes terminais [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
71. Almeida I. Avaliação de conhecimentos dos enfermeiros sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dispneia [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
72. Martins V. Caracterização e abordagem das necessidades espirituais do doente em final de vida: visão integrada dos profissionais de cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
73. Faustino S. Competências dos estudantes na área dos cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
74. Silva MJN. Cuidados paliativos: caracterização assistencial e identificação de necessidades num serviço de medicina interna [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
75. Duarte MJ. Cuidados paliativos no AVC em fase aguda [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
76. Ferreira J. Delirium terminal no doente paliativo: prevalência e impacto do fenómeno sobre os enfermeiros de uma unidade de cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
77. Raposo A. Efeito de uma intervenção educativa dirigida ao cuidador informal: utente com doença avançada no domicílio [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
78. Bragança J. Enfermeiros de cuidados paliativos: como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
79. Piedade AF. Qualidade de vida e expectativas futuras: perspectiva de vida de tetraplégicos com suporte ventilatório de longa duração [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
80. Pamplona P. Tradução e validação de uma escala de rastreio de necessidades em cuidados paliativos em doentes ventilados no domicílio [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
81. Silva I. Tratamento da dor em feridas crónicas: revisão sistemática de literatura [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
82. Fonseca M. Validação cultural para português de uma escala numérica de efeitos adversos de opióides [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
83. Bárrios H. Adaptação cultural e linguística e validação do instrumento QOL-AD para Portugal [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2013.

Barbosa, A. (2016). Challenges of Conducting Research in Palliative Care: Contribution of The Master's Degree In Palliative Care by the Faculty Of Medicine, University Of Lisbon. *Millenium*, 2(1), 75-89.

84. Ribeiro A. Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2013.
85. Pina AF. O luto nos enfermeiros de cuidados paliativos: serviço de medicina paliativa do Hospital do Fundão [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2013.
86. Oliveira E. Participação do enfermeiro no processo de decisão de não reanimação da pessoa em estado terminal [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2013.
87. Silva AJM. Actividade diagnóstica dos enfermeiros numa equipa de cuidados paliativos domiciliários : estudo de caso [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2014.
88. Flor de Lima MT. Avaliação das necessidades/obstáculos ao desenvolvimento dos cuidados paliativos na Região Autónoma dos Açores [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2014.
89. Nicolau C. Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2014.
90. Fernandez G. Impacto da radioterapia na qualidade de vida dos doentes com metastização cerebral [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2014.
91. Conde L. Impacto das Alterações da cavidade oral na qualidade de vida da pessoa com neoplasia da cabeça/pescoço [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2014.
92. Roletto A. Que papel para o psicólogo numa equipa de cuidados paliativos? [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2014.
93. Nobre AJ. Intervenção dos assistentes sociais no âmbito do curso de mestrado em cuidados paliativos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
94. Baptista C. O impacto dos factores de risco social na dor oncológica [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
95. Pereira I. Processo de cuidar em cuidados paliativos: apoio no luto [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
96. Rosa I. Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num serviço de medicina com especialidades médicas [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
97. Pereira ME. Cuidados Paliativos ao doente em fim de vida num serviço de urgência [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
98. Pombinho R. A pessoa com fibrose quística - procura da dimensão da espiritualidade [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
99. Pinheiro S. Influência da terapia ocupacional na capacidade funcional e na autonomia dos doentes com esclerose lateral amiotrófica [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
100. Afonso T. Morrer em ambiente hospitalar, a transferência do utente em fim de vida – uma inevitabilidade? [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
101. Menendez F. Prevalência e repercussão da obstipação no doente oncológico [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
102. Mendes AMA. Qualidade de vida em doentes com metástases ósseas : validação da escala EORTC QLQ BM22 [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
103. Milhomens R. Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão e a sua correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos com doença avançada e progressiva [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.
104. Colimão MC. Espiritualidade em cuidados paliativos: estados espirituais da família após a perda de um ente querido [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2015.

105. Silva L. O doente geriátrico em cuidados paliativos: Um novo paradigma em contexto hospitalar [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.
106. Barata P. Clusters de sintomas de doentes oncológicos [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.
107. Santos R. Cuidar do doente em Cuidados Paliativos com cateter venoso central totalmente implantado - Importância do manuseamento [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.
108. Bouça R. Assessment of methodological characteristics and quality reporting of clinical trials in palliative care [Mestrado em Cuidados Paliativos]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.
109. Barbosa A. (Coord). Investigação qualitativa em cuidados paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; (2012).
110. Barbosa A. (Coord). Investigação quantitativa em cuidados paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012.
111. Ferraz Gonçalves J. Como avaliar sintomas em cuidados paliativos: da investigação à prática. In: Barbosa A, Pina PR, Tavares F, Neto IG, editores. Manual de cuidados paliativos. 2ª ed rev e aum. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p. 963-78.
112. Santos ME, Capelas ML. Investigação em cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*. 2011; 4(1): 63-69.
113. Pereira SM, Hernández-Marrero P, Capelas ML. Investigação colaboracional e multicêntrica em cuidados paliativos em Portugal: Traços da realidade e perspetivas sobre como promover e melhorar. *Cuidados Paliativos*. 2014; 1(2): 34-42.



EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT
EDUCACIÓN Y DESAROLLO SOCIAL

millenium

FUNDAMENTOS DO AGIR ÉTICO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR
FUNDAMENTS OF THE ETHICAL ACTING IN HIGHER EDUCATION STUDENTS
FUNDAMENTOS DE LA ACCIÓN ÉTICA EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

93
93
93

FUNDAMENTOS DO AGIR ÉTICO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

FUNDAMENTS OF THE ETHICAL ACTING IN HIGHER EDUCATION STUDENTS

FUNDAMENTOS DE LA ACCIÓN ÉTICA EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Madalena Cunha^{1,2}

Jéssica Figueiredo²

Joana Breia²

João Pina²

Sónia Almeida²

Tiago Oliveira²

Maria do Céu Cunha³

¹ Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSV, Departamento de Enfermagem, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, ESSV, Departamento de Enfermagem, Viseu, Portugal

³ Agrupamentos da Escola Secundária de Satão, Viseu, Portugal

Madalena Cunha - madac@iol.pt | Jéssica Figueiredo - jekinha_figueiredo1993@gmail.com | Joana Breia - joanabreia@gmail.com | João Pina - joaopina@live.com.pt | Sónia Almeida - rafaelamnalmeida@hotmail.com | Tiago Oliveira - tiago_oliveira.1994@hotmail.com | Maria do Céu Cunha - ceuzitacunha21@gmail.com

Autor Correspondente

Madalena Cunha

Rua Amor de Perdição, nº43, Viso Sul

3500-608 Viseu, Portugal

madac@iol.pt

RECEBIDO: 31 de agosto, 2016

ACEITE: 09 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: Urge que o ensino superior na área da saúde desenvolva nos estudantes um compromisso ético-moral pró-ativo e valores socioprofissionais promotores de uma cultura de proximidade que fomente sentimentos de cidadania ativa criadora de vínculos de pertença.

Objetivos: Avaliar os fundamentos éticos que suportam a moralidade das ações em estudantes do ensino superior.

Métodos: Estudo descritivo em corte transversal, realizado com 345 estudantes do IPV, 80% mulheres, com média de idades de 20,82 anos. Aplicou-se o “Questionário de Cidadania Ativa e Modo de Agir Ético” (CiAMAE) de Cunha (2015).

Resultados: 74.8% dos estudantes revelaram um modo de agir ético, positivo/adequado, (sendo 45.8% adequado e 29% muito adequado) e 25.2% um modo de agir ético inadequado. A moralidade das ações dos estudantes centrou-se no individualismo e assentou nos seguintes princípios éticos: 68.7% Subjetivismo Ético (69.1% ♂ e 68.6% ♀); 56.5% Relativismo (56.5% ♂ e 56.7% ♀); 53.9% Ética Deontológica (55.8% ♂ e 47.0% ♀); 11.3% Subjetivismo/ Egoísmo Ético, (7.4% ♂ e 12.3% ♀).

Conclusões: A maioria dos estudantes não usa a ponderação imparcial do bem. Maioritariamente manifestaram aceitar uma perspectiva ética subjetivista. Em oposição, aplicar o critério da imparcialidade ética implicaria considerar o bem supremo, em que todo e qualquer estudante esclarecido, escolheria para si e para os outros, esse bem supremo universal.

Palavras-chave: princípios éticos; moral; agir; ensino superior; estudantes.

ABSTRACT

Introduction: It is urgent that higher education in health develop a proactive ethico-moral commitment in students which is translated into the creation of socio-professional values.

Objectives: To evaluate the ethical foundations which support morality in higher education students.

Methods: A descriptive, cross-sithectional study, performed in 345 ESSV/IPV students, 80% female, average age of 20.82 years old. The “Questionário de Cidadania Ativa e Modo de Agir Ético” (CiAMAE) by Cunha (2015) was applied.

Results: The results were 74.8% of the students showed a positive/adequate ethical method of acting; (with 45.8% adequate and 29% very adequate). In 25.2% the method of acting was ethically inadequate. The morality of the student’s actions were focused mostly on individualism and were based on the following ethical principles: 68.7% ethical subjectivism (69.1% ♂ and 68.6% ♀); 56.5% Relativism (56.5% ♂ and 56.7% ♀); 53.9% Deontological Ethics (Kant) (55.8% ♂ and 47.0% ♀); 11.3% Subjectivism/Ethical Selfishness (7.4% ♂ and 12.3% ♀).

Conclusions: We may infer that the majority of the students do not have/ do not use an impartial consideration of good as criteria for morality of actions. They mostly manifested accepting an ethical subjectivist perspective, which means that good is not considered as a value for everyone. In contrast, applying the criteria of ethical impartiality would imply considering the greater good, and choosing/adopting the universal point of view in which any rational and enlightened student would choose for him/ herself and for others that universal greater good.

Keywords: ethical principles; morality; acting; higher education; students.

RESUMEN

Introducción: Insta a la educación superior en salud a desarrollar en los estudiantes un compromiso ético-moral proactivo y valores socioprofesionales, promotores de una cultura de proximidad que fomenta sentimientos de ciudadanía activa, creativa de enlaces de pertenencia.

Objetivos: Evaluar los fundamentos éticos que apoyan la moralidad de las acciones en los estudiantes de educación superior.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado con 345 estudiantes del IPV, 80% mujeres, con una edad media de 20.82 años. Se ha aplicado el “Questionário de Cidadania Ativa e Modo de Agir Ético” (CiAMAE) de Cunha (2015).

Resultados: 74.8% de los estudiantes reveló un modo de actuación ético, positiva/adeuada (con el 45.8% adecuado y el 29% muy adecuado) y el 25.2% un modo de actuación éticamente inadecuado. La moralidad de las acciones de los estudiantes se centraron en el individualismo y en base a los siguientes principios éticos: 68.7% el Subjetivismo Ético (69.1% ♂ y 68.6% ♀); el Relativismo 56.5% (56.5% ♂ y 56.7% ♀); 53.9% Ética Deontológica (55.8% ♂ y ♀47.0%); 11.3% el Subjetivismo/el Egoísmo Ético (7.4% ♂ y 12.3% ♀).

Conclusiones: La mayoría de los estudiantes no utilizan el examen imparcial del bien. La mayoría de ellos expresaron aceptar una perspectiva ética subjetivista. Por el contrario, la aplicación del criterio de imparcialidad ética sería considerar el bien supremo en que cualquier estudiante inteligente elegiría para sí mismos y los demás, este supremo bien universal.

Palabras Clave: principios éticos; moralidad; actuación; educación superior; estudiantes.

INTRODUÇÃO

A palavra ética com origem grega (ethos), indica um modo de ser, de carácter, de valores morais e principalmente de conduta humana. É ainda considerada uma ciência que estuda os valores e os princípios morais de uma sociedade e seus grupos. É através do domínio da ética que poderemos problematizar o que é bom ou ruim para uma determinada sociedade e analisar os fundamentos e valores que apontam para o horizonte do bem comum. A ética pressupõe a existência do agir e do outro, pois é a partir do agir responsável e consciente que ela se manifesta. Desta forma, a ação que é considerada ética para Kant, será aquela que tem a liberdade no seu agir, que deriva da razão prática e que pode ser considerada como lei universal (Battestin, Bergamo & Gazzola, 2016, p.191;195;193).

Conhecer o modo de agir ético dos estudantes universitários/do ensino superior, assume-se como uma via de diagnóstico das suas necessidades de formação sobre as vivências dos princípios de ética de proximidade. Constituirá ainda um suporte à elaboração de planos de estudos cujos conteúdos e metodologias de formação dotem cidadãos interventivos que pensem globalmente mas atuem localmente.

Nesta linha, foi objetivo deste estudo avaliar os fundamentos éticos que suportam o modo de agir ético dos estudantes do ensino superior.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Agir de modo a não pôr em risco a própria existência e a do outro, é hoje aceite como um imperativo doutrinal e ético fundamental. Porém, a adoção de uma conduta ética implica uma reflexão crítica racional sobre a validade da conduta humana e traduz-se na prática quotidiana no modo como os indivíduos e a comunidade consideram certo ou errado e atuam criticamente para reverter as desigualdades existentes e promover o bem comum (Cunha et al., 2015, March, p.7382). Contudo, o Ser Humano não nasce ético, precisa construir-se como tal, daí a educação constituir um poderoso instrumento na construção de uma sociedade ética porquanto envolve, além da construção de conhecimentos, a construção e consolidação de valores essenciais à vida em sociedade. Para cumprir tal desiderato é absolutamente necessário que a educação incorpore aspetos da ética, tanto na formação de conceitos como nos próprios modelos teóricos que subsidiam a sua prática (Rossato, 2015 como citado em Battestin, Bergamo & Gazzola, 2016, p. 196). As instituições de ensino constituem um espaço de excelência para o processo ensino-aprendizagem que irá acompanhar o indivíduo ao longo da vida (Vasconcelos, 2007; Fonseca, 2014), por isso, a formação académica para além da transmissão de conhecimentos, apela ao uso do conhecimento para a compreensão da realidade, ao mesmo tempo que forma cidadãos participativos e interventivos (Araújo, 2008, p.89). Assim, a educação, enquanto projeto, focaliza-se na aprendizagem de uma cidadania ativa, crítica e responsável. Neste sentido, é crucial o desenvolvimento no estudante de um “*compromisso*” consigo e com a sociedade, despoletando um diálogo interior que o conduza à consciência de uma ética pessoal caracterizada por um maior e melhor sentido de autonomia e, onde o livre exercício do raciocínio moral e o questionamento deverão ser constantes. Torna-se, então essencial, atender à formação integral e global dos estudantes enquanto pessoa (Araújo, 2008, p.97).

Porém, “a ciência sem consciência é a ruína da alma” (Pires, 2007, p.25). Isto é, não basta conceder as competências científicas e técnicas específicas de cada área, a meta a alcançar é o desenvolvimento integrado de cada estudante enquanto cidadão informado, socialmente responsável e participativo com vista à obtenção de uma visão mais crítica e reflexiva do mundo global (Santos, Silva & Guedes, 2011, p. 2).

Desta forma, a investigação sobre o agir ético tem ganho crescente relevância na investigação académica uma vez que a sociedade espera que as instituições de ensino desempenhem um papel fundamental na formação dos futuros cidadãos globais capazes de entender as regras e normas das diversas sociedades étnicas e de se comportarem de forma inclusiva e proactiva em diversos contextos multiculturais (Stearns, 2009 como citado em Cho & Chi, 2015, p.213).

2. MÉTODOS

O presente estudo descritivo e transversal teve como finalidade produzir conhecimento os fundamentos éticos que suportam o modo de agir dos estudantes do ensino superior e foi conceptualizado no sentido de responder à seguinte questão específica: Que fundamentos éticos suportam o modo de agir ético dos estudantes do ensino superior?

2.1 Amostra

A amostra ficou constituída por 345 estudantes do Instituto Politécnico de Viseu sendo 277 (80%) do sexo feminino e 68 do masculino, com idade entre os 17 e os 46 anos, sendo a média das idades de 20.82 anos (± 21 anos). A técnica de amostragem para seleção dos participantes foi não probabilística por conveniência.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados incluiu os seguintes instrumentos de medida:

- Questionário de dados biográficos e académicos (recolhe informação sobre o sexo e a idade e dados académicos relativos ao curso, ano de curso, formação específica no âmbito da Cidadania, Moral, Bioética/ética, Direito e Valores, número de horas de formação específica, local de formação específica);

- Questionário de Cidadania Ativa e Modo de Agir Ético em Estudantes do Ensino Superior (CIAMAE) (Cunha, 2015). Avalia o modo de agir ético dos inquiridos, apresenta-se subdividido em 4 seções que visam identificar o critério ético utilizado pelo respondente perante a situação apresentada. Apresentam-se 4 enunciados éticos intimamente relacionados com uma dada dimensão ética (Ética Deontológica; Subjetivismo Ético/Moral; Subjetivismo/Relativismo; Subjetivismo; Objetivismo; Relativismo; Subjetivismo/Egoísmo Ético; Utilitarismo), onde o respondente deverá selecionar apenas 1 das opções apresentadas.

2.3 Procedimentos

Respeitaram-se as normas de conduta próprias de uma investigação, com o objetivo de salvaguardar o direito e a liberdade dos participantes, bem como os seus direitos e os princípios éticos, através do consentimento informado. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e a recolha de dados foi previamente autorizada.

O tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 (2013) para Windows. Como referencial para os valores de significância estatística foi considerado $p < 0.05$.

1. RESULTADOS

Modo de agir ético

As estatísticas relativas aos scores do modo de agir ético, registam um mínimo de 7.00 e um máximo de 63.00, correspondendo-lhe uma média de 21.69 (± 8.863).

Modo de agir ético em função do sexo

A moralidade das ações dos estudantes centrou-se maioritariamente no individualismo e assentou nos seguintes princípios éticos: 68.7% Subjetivismo Ético (69.1% ♂ e 68.6% ♀); 56.5% Relativismo (56.5% ♂ e 56.7% ♀); 53.9% Ética Deontológica (Kant), (55.8% ♂ e 47.0% ♀); 11.3% Subjetivismo/Egoísmo Ético, (7.4% ♂ e 12.3% ♀). Infere-se que a maioria dos estudantes não têm /não usa como critério de moralidade das ações a ponderação imparcial do bem, pois maioritariamente manifestaram aceitar uma perspetiva ética subjetivista (68.7%), significando que o bem não é considerado como um valor para todos (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas ao modo de agir ético em função do sexo

| Sexo | Masculino | | Feminino | | Total | | Residuais | | χ^2 | p |
|--|-----------|------|----------|------|-------|-------|-----------|------|----------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | 1 | 2 | | |
| Enunciados/ações | 68 | 19,7 | 277 | 80,3 | 345 | 100,0 | | | | |
| Ética deontológica (Kant) | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 30 | 44,1 | 129 | 46,6 | 159 | 46,1 | -,4 | ,4 | | |
| 8,00 | 23 | 33,8 | 95 | 34,3 | 118 | 34,2 | -,1 | ,1 | 1.472 | 0.689 |
| 16,00 | 12 | 17,6 | 35 | 12,6 | 47 | 13,6 | 1,1 | -1,1 | | |
| 24,00 | 3 | 4,4 | 18 | 6,5 | 21 | 6,1 | -,6 | ,6 | | |
| Agir Ético suportado em Ética deontológica (Kant) | 38 | 55,8 | 148 | 47,0 | 186 | 53,9 | | | 0.039 | 0.843 |
| Subjetivismo ético/moral | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 21 | 30,9 | 87 | 31,4 | 108 | 31,3 | -,1 | ,1 | 4.664 | 0.097 |
| 7,00 | 19 | 27,9 | 110 | 39,7 | 129 | 37,4 | -1,8 | 1,8 | | |
| 14,00 | 28 | 41,2 | 80 | 28,9 | 108 | 31,3 | 2,0 | -2,0 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo ético / moral | 47 | 69,1 | 190 | 68,6 | 237 | 68,7 | | | 0.001 | 0.971 |

| | | | | | | | | | |
|--|----|------|-----|------|-----|------|------|------|-------------|
| Subjetivismo/relativismo | | | | | | | | | |
| 0,00 | 37 | 54,4 | 145 | 52,3 | 182 | 52,8 | ,3 | -,3 | |
| 6,00 | 31 | 45,6 | 132 | 47,7 | 163 | 47,2 | -,3 | ,3 | 0.093 0.760 |
| Agir ético suportado em Subjetivismo / relativismo | 31 | 45,6 | 132 | 47,7 | 163 | 47,2 | | | 0.034 0.854 |
| Subjetivismo | | | | | | | | | |
| 0,00 | 57 | 83,8 | 229 | 82,7 | 286 | 82,9 | ,2 | -,2 | 0.051 0.821 |
| 5,00 | 11 | 16,2 | 48 | 17,3 | 59 | 17,1 | -,2 | ,2 | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo | 11 | 16,2 | 48 | 17,3 | 59 | 17,1 | | | 0.036 0.849 |
| Objetivismo | | | | | | | | | |
| 0,00 | 57 | 54,4 | 176 | 63,5 | 213 | 61,7 | -1,4 | 1,4 | |
| 8,00 | 24 | 35,3 | 81 | 29,2 | 105 | 30,4 | 1,0 | -1,0 | n.a. n.a. |
| 4,00 | 6 | 8,8 | 16 | 6,9 | 25 | 7,2 | ,6 | -,6 | |
| 12,00 | 1 | 1,5 | 1 | 0,4 | 2 | 0,6 | 1,1 | -1,1 | |
| Agir ético suportado em Objetivismo | 31 | 45,6 | 98 | 36,5 | 132 | 38,2 | | | 1.061 0.303 |
| Relativismo | | | | | | | | | |
| 0,00 | 30 | 44,1 | 120 | 43,3 | 150 | 43,5 | ,1 | -,1 | 0.014 0.906 |
| 3,00 | 38 | 55,9 | 157 | 56,7 | 195 | 56,5 | -,1 | ,1 | |
| Agir ético suportado em Relativismo | 38 | 55,9 | 157 | 56,7 | 195 | 56,5 | | | 0.004 0.950 |
| Subjetivismo/Egoísmo ético | | | | | | | | | |
| 0,00 | 63 | 92,6 | 243 | 87,7 | 306 | 88,7 | 1,1 | -1,1 | 1.319 0.251 |
| 2,00 | 5 | 7,4 | 34 | 12,3 | 39 | 11,3 | -1,1 | 1,1 | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo / Egoísmo ético | 5 | 7,4 | 34 | 12,3 | 39 | 11,3 | | | 1.080 0.299 |
| Utilitarismo | | | | | | | | | |
| 0,00 | 25 | 36,8 | 115 | 41,5 | 140 | 40,6 | -,7 | ,7 | |
| 1,00 | 26 | 38,2 | 102 | 36,8 | 128 | 37,1 | ,2 | -,2 | 0.811 0.847 |
| 2,00 | 15 | 22,1 | 55 | 19,9 | 70 | 20,3 | ,4 | -,4 | |
| 3,00 | 2 | 2,9 | 5 | 1,8 | 7 | 2,0 | ,6 | -,6 | |
| Agir ético suportado em Utilitarismo | 43 | 63,2 | 162 | 58,5 | 199 | 59,4 | | | 0.128 0.721 |

Modo de Agir Ético em função da Idade

Os estudantes mais novos (≤ 19 anos) revelam mais agir ético suportado na Ética deontológica de Kant (59.1%). Quanto ao Subjetivismo ético/moral, o percentual mais elevado recaiu no grupo de estudantes mais novos e nos que possuem entre 20-21 anos (70.1%, respetivamente). No Subjetivismo/relativismo, destacaram-se os estudantes mais velhos (≥ 22 anos) com 52.9%, secundados pelos estudantes dos 20-21 anos (49.1%). Apurou-se ainda que os estudantes mais velhos quando comparados com os restantes, revelam mais agir ético suportado no Subjetivismo (18.3%). Os participantes com idades entre os 20-21 anos pontuaram mais no Relativismo (63.2%). Quanto ao Subjetivismo/Egoísmo ético, o percentual mais expressivo foi obtido pelos estudantes mais novos (64.5%) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas relativas ao modo de agir ético em função da idade

| Idade - Anos | ≤ 19 | | 20-21 | | ≥ 22 | | Total | | Residuais | | | x ² | p |
|---|------|-------|-------|------|------|------|-------|-------|-----------|------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | 1 | 2 | 3 | | |
| | 127 | 36,80 | 114 | 33,0 | 104 | 30,1 | 345 | 100,0 | | | | | |
| Enunciados/ações | | | | | | | | | | | | | |
| Ética deontológica (Kant) | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 52 | 40,9 | 61 | 53,5 | 46 | 44,2 | 159 | 46,1 | -1,5 | 1,9 | -,5 | 7.541 | 0.274 |
| 8,00 | 43 | 33,9 | 38 | 33,3 | 37 | 35,6 | 118 | 34,2 | -,1 | -,2 | ,4 | | |
| 16,00 | 21 | 16,5 | 12 | 10,5 | 14 | 13,5 | 47 | 13,6 | 1,2 | -1,2 | -,1 | | |
| 24,00 | 11 | 8,7 | 3 | 2,6 | 7 | 6,7 | 21 | 6,1 | 1,5 | -1,9 | ,3 | | |
| Agir ético suportado em Ética deontológica (Kant) | 75 | 59,1 | 53 | 46,4 | 58 | 55,8 | 186 | 53,9 | | | | 1.173 | 0.279 |
| Subjetivismo ético/moral | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 38 | 29,9 | 34 | 29,8 | 36 | 34,6 | 108 | 31,3 | -,4 | -,4 | ,9 | | |
| 7,00 | 49 | 38,6 | 38 | 33,3 | 42 | 40,4 | 129 | 37,4 | ,3 | -1,1 | ,8 | 3.760 | 0.439 |
| 14,00 | 40 | 31,5 | 42 | 36,8 | 26 | 25,0 | 108 | 31,3 | ,1 | 1,6 | -1,7 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo ético/moral | 89 | 70,1 | 80 | 70,1 | 68 | 65,4 | 237 | 68,7 | | | | 0.000 | 0.995 |
| Subjetivismo/relativismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 75 | 59,1 | 58 | 50,9 | 49 | 47,1 | 182 | 52,8 | 1,8 | -,5 | -1,4 | 3.511 | 0.173 |
| 6,00 | 52 | 40,9 | 56 | 49,1 | 55 | 52,9 | 163 | 47,2 | -1,8 | ,5 | 1,4 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo / relativismo | 52 | 40,9 | 56 | 49,1 | 55 | 52,9 | 163 | 47,2 | | | | 0.618 | 0.432 |
| Subjetivismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 104 | 81,9 | 97 | 85,1 | 85 | 81,7 | 286 | 82,9 | -,4 | ,8 | -,4 | 0.577 | 0.750 |
| 5,00 | 23 | 18,1 | 17 | 14,9 | 19 | 18,3 | 59 | 17,1 | ,4 | -,8 | ,4 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo | 23 | 18,1 | 17 | 14,9 | 19 | 18,3 | 59 | 17,1 | | | | 0.318 | 0.573 |
| Objetivismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 84 | 66,1 | 71 | 62,3 | 58 | 55,8 | 213 | 61,7 | 1,3 | ,1 | -1,5 | | |
| 8,00 | 37 | 29,1 | 35 | 30,7 | 33 | 31,7 | 105 | 30,4 | -,4 | ,1 | ,3 | n.a. | n.a. |
| 4,00 | 5 | 3,9 | 8 | 7,0 | 12 | 11,5 | 25 | 7,2 | -1,8 | -,1 | 2,0 | | |
| 12,00 | 1 | 0,8 | - | - | 1 | 1,0 | 2 | 0,6 | ,4 | -1,0 | ,6 | | |
| Agir ético suportado em Objetivismo | 43 | 40 | 43 | 37,7 | 46 | 44,2 | 132 | 38,2 | | | | 0.185 | 0.667 |
| Relativismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 58 | 45,7 | 42 | 36,8 | 50 | 48,1 | 150 | 43,5 | ,6 | -1,7 | 1,1 | 3.186 | 0.203 |
| 3,00 | 69 | 54,3 | 72 | 63,2 | 54 | 51,9 | 195 | 56,5 | -,6 | 1,7 | -1,1 | | |
| Agir ético suportado em Relativismo | 69 | 54,3 | 72 | 63,2 | 54 | 51,9 | 195 | 56,5 | | | | 0.504 | 0.478 |
| Subjetivismo/Egoísmo ético | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 109 | 85,8 | 101 | 88,6 | 96 | 92,3 | 306 | 88,7 | -1,3 | ,0 | 1,4 | 2.397 | 0.302 |
| 2,00 | 18 | 14,2 | 13 | 11,4 | 8 | 7,7 | 39 | 11,3 | 1,3 | ,0 | -1,4 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo / Egoísmo ético | 18 | 14,2 | 13 | 11,4 | 8 | 7,7 | 39 | 11,3 | | | | 0.318 | 0.573 |

| Utilitarismo | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|------|----|------|----|------|-----|------|------|-----|------|-------|-------|
| 0,00 | 45 | 35,4 | 44 | 38,6 | 51 | 49,0 | 140 | 40,6 | -1,5 | -,5 | 2,1 | | |
| 1,00 | 47 | 37,0 | 47 | 41,2 | 34 | 32,7 | 128 | 37,1 | ,0 | 1,1 | -1,1 | n.a. | n.a. |
| 2,00 | 30 | 23,6 | 21 | 18,4 | 19 | 18,3 | 70 | 20,3 | 1,2 | -,6 | -,6 | | |
| 3,00 | 5 | 3,9 | 2 | 1,8 | - | - | 7 | 2,0 | 1,9 | -,3 | -1,8 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo / Egoísmo ético | 82 | 64,5 | 70 | 61,4 | 53 | 51,0 | 205 | 25,4 | | | | 0.059 | 0.809 |

Modo de Agir Ético em função da Formação

A frequência de formação no âmbito da Cidadania (84.8%), Moral (59.3%), Bioética/Ética (16.9%), Direito (96.1%) e Valores (96.1%) foi relatada por 67.0% dos participantes. O tempo médio de formação foi de 31.44 horas (± 25.56), oscilando entre 1 e 150 horas. Operacionalizado o tempo de formação em três grupos: ≤ 19 horas, 20-38 horas e ≥ 40 horas, verificou-se existir um predomínio de estudantes que usufruíram de 40 ou mais horas de formação sobre cidadania ativa (39.7%).

A formação em cidadania ativa foi adquirida na família (26.0%), no ensino básico (42.0%), no ensino secundário (32.9%), no curso de licenciatura (82.6%) e via formação contínua (17.3%).

São os estudantes com menos horas de formação que revelam agir ético suportado na ética deontológica de Kant (59.1%), seguidos dos que apresentam mais horas de formação (55.8%). A percentagem mais elevada de Subjetivismo ético/moral, recaiu nos estudantes com menos horas de formação (70.1%). Verifica-se igualmente serem os estudantes com mais horas de formação que pontuaram mais alto no Subjetivismo/relativismo (52.9%) e no Subjetivismo (18.3%). No Subjetivismo/Egoísmo ético, o percentual mais expressivo corresponde aos estudantes com menos horas de formação (64.5%) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao modo de agir ético em função da formação em cidadania, moral, ética, direito e valores

| Horas da formação | ≤ 19 horas | | 20-38 horas | | ≥ 40 horas | | Total | | Residuais | | | x ² | p |
|---|-----------------|------|-------------|------|-----------------|------|-------|------|-----------|------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | 1 | 2 | 3 | | |
| Enunciados/ações | 32 | 23.5 | 67 | 49.3 | 37 | 27.2 | 136 | 100 | 1 | 2 | 3 | | |
| Ética deontológica (Kant) | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 52 | 40,9 | 61 | 53,5 | 46 | 44,2 | 159 | 46,1 | -1,5 | 1,9 | -,5 | 7.541 | 0.274 |
| 8,00 | 43 | 33,9 | 38 | 33,3 | 37 | 35,6 | 118 | 34,2 | -,1 | -,2 | ,4 | | |
| 16,00 | 21 | 16,5 | 12 | 10,5 | 14 | 13,5 | 47 | 13,6 | 1,2 | -1,2 | -,1 | | |
| 24,00 | 11 | 8,7 | 3 | 2,6 | 7 | 6,7 | 21 | 6,1 | 1,5 | -1,9 | ,3 | | |
| Agir ético suportado em Ética deontológica (Kant) | 75 | 59,1 | 53 | 46,4 | 58 | 55,8 | 186 | 53,9 | | | | 15.461 | 0.000 |
| Subjetivismo ético/moral | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 38 | 29,9 | 34 | 29,8 | 36 | 34,6 | 108 | 31,3 | -,4 | -,4 | ,9 | 3.760 | 0.439 |
| 7,00 | 49 | 38,6 | 38 | 33,3 | 42 | 40,4 | 129 | 37,4 | ,3 | -1,1 | ,8 | | |
| 14,00 | 40 | 31,5 | 42 | 36,8 | 26 | 25,0 | 108 | 31,3 | ,1 | 1,6 | -1,7 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo ético/moral | 89 | 70,1 | 80 | 70,1 | 68 | 65,4 | 236 | 68,7 | | | | 10.429 | 0.001 |
| Subjetivismo/relativismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 75 | 59,1 | 58 | 50,9 | 49 | 47,1 | 182 | 52,8 | 1,8 | -,5 | -1,4 | 3.511 | 0.173 |
| 6,00 | 52 | 40,9 | 56 | 49,1 | 55 | 52,9 | 163 | 47,2 | -1,8 | ,5 | 1,4 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo ético/moral | 52 | 40,9 | 56 | 49,1 | 55 | 52,9 | 163 | 47,2 | | | | 5.364 | 0.021 |
| Subjetivismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 104 | 81,9 | 97 | 85,1 | 85 | 81,7 | 286 | 82,9 | -,4 | ,8 | -,4 | 0.577 | 0.750 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|----|------|-----|------|------|------|------|--------|-------|
| 5,00 | 23 | 18,1 | 17 | 14,9 | 19 | 18,3 | 59 | 17,1 | ,4 | -,8 | ,4 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo ético/moral | 23 | 18,1 | 17 | 14,9 | 19 | 18,3 | 59 | 17,1 | | | | 7.552 | 0.006 |
| Objetivismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 84 | 66,1 | 71 | 62,3 | 58 | 55,8 | 213 | 61,7 | 1,3 | ,1 | -1,5 | | |
| 8,00 | 37 | 29,1 | 35 | 30,7 | 33 | 31,7 | 105 | 30,4 | -,4 | ,1 | ,3 | n.a. | n.a. |
| 4,00 | 5 | 3,9 | 8 | 7,0 | 12 | 11,5 | 25 | 7,2 | -1,8 | -,1 | 2,0 | | |
| 12,00 | 1 | 0,8 | - | - | 1 | 1,0 | 2 | 0,6 | ,4 | -1,0 | ,6 | | |
| Agir ético suportado em Objetivismo | 43 | 33,8 | 43 | 37,7 | 46 | 44,2 | 132 | 38,2 | | | | 5.966 | 0.015 |
| Relativismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 58 | 45,7 | 42 | 36,8 | 50 | 48,1 | 150 | 43,5 | ,6 | -1,7 | 1,1 | 3.186 | 0.203 |
| 3,00 | 69 | 54,3 | 72 | 63,2 | 54 | 51,9 | 195 | 56,5 | -,6 | 1,7 | -1,1 | | |
| Agir ético suportado em Relativismo | 69 | 54,3 | 72 | 63,2 | 54 | 51,9 | 195 | 56,5 | | | | 6.586 | 0.010 |
| Subjetivismo/Egoísmo ético | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 109 | 85,8 | 101 | 88,6 | 96 | 92,3 | 306 | 88,7 | -1,3 | ,0 | 1,4 | 2.397 | 0.302 |
| 2,00 | 18 | 14,2 | 13 | 11,4 | 8 | 7,7 | 39 | 11,3 | 1,3 | ,0 | -1,4 | | |
| Agir ético suportado em Subjetivismo /Egoísmo ético | 18 | 14,2 | 13 | 11,4 | 8 | 7,7 | 39 | 11,3 | | | | 6.609 | 0.010 |
| Utilitarismo | | | | | | | | | | | | | |
| 0,00 | 45 | 35,4 | 44 | 38,6 | 51 | 49,0 | 140 | 40,6 | -1,5 | -,5 | 2,1 | | |
| 1,00 | 47 | 37,0 | 47 | 41,2 | 34 | 32,7 | 128 | 37,1 | ,0 | 1,1 | -1,1 | n.a. | n.a. |
| 2,00 | 30 | 23,6 | 21 | 18,4 | 19 | 18,3 | 70 | 20,3 | 1,2 | -,6 | -,6 | | |
| 3,00 | 5 | 3,9 | 2 | 1,8 | - | - | 7 | 2,0 | 1,9 | -,3 | -1,8 | | |
| Agir ético suportado em Utilitarismo | 82 | 64,5 | 70 | 61,4 | 53 | 51,0 | 205 | 59,4 | | | | 11.308 | 0.001 |

Níveis do Modo de Agir Ético

Para se determinar a prevalência do agir ético, efetuou-se para o score global grupos de corte com base nos percentis 25 e 75, obtendo-se três grupos: inadequado agir ético - participantes com score inferior ou igual a 16; - adequado agir ético – scores entre 17 e 24; muito adequado agir ético – scores superiores a 25. %) (cf. Tabela 4). Apurou-se que 74.8% dos estudantes revelam modo de agir ético positivo, sendo que em 45.8% é adequado e em 29.0% muito adequado e 25.2% apresentaram um modo de agir ético inadequado.

Tabela 4 – Grupos de corte relativos ao agir ético (Cunha, 2015)

| Agir ético | Score Itens | | Score Global da Categoria | |
|--|-------------|------|---------------------------|------|
| | Min. | Máx. | Min. | Máx. |
| Ética deontológica (Kant) | | | | |
| Na sua ação o indivíduo deve cumprir sempre o seu dever | 0 | 8 | | |
| Perante situações de dilema ético-moral, as pessoas devem optar pelo cumprimento do dever | 0 | 8 | | |
| Uma ação é eticamente boa se for realizada com boas intenções | 0 | 8 | 8 | 24 |
| Subjetivismo ético/moral | | | | |
| Na sua ação o indivíduo deve ter em conta os seus princípios morais | 0 | 7 | 7 | 14 |
| Perante situações de dilema ético-moral, as pessoas devem agir de acordo com a sua consciência | 0 | 7 | | |
| Subjetivismo/Relativismo | | | | |
| Uma ação é eticamente boa se estiver de acordo com a moral | 0 | 6 | 6 | 6 |
| Subjetivismo | | | | |
| Os valores ético-morais são individuais e subjetivos | 0 | 5 | 5 | 5 |

| | | | | |
|--|---|---|-----------|-----------|
| Objetivismo | | | | |
| Na sua ação o indivíduo deve agir segundo critérios imparciais e universais | 0 | 4 | | |
| Os valores ético-morais são universais e subjetivos | 0 | 4 | 4 | 12 |
| Os valores ético-morais implicam imparcialidade e consenso | 0 | 4 | | |
| Relativismo | | | | |
| Os valores ético-morais são relativos e variam de sociedade para sociedade | 0 | 3 | 3 | 3 |
| Subjetivismo/Egoísmo ético | | | | |
| Na sua ação o indivíduo deve seguir as suas inclinações e interesses pessoais | 0 | 2 | 2 | 2 |
| Utilitarismo | | | | |
| Perante situações de dilema ético-moral, as pessoas devem fazer aquilo que tiver melhores consequências para si mesmo | 0 | 1 | | |
| Perante situações de dilema ético-moral, as pessoas devem fazer aquilo que tiver melhores consequências para o maior número de pessoas | 0 | 1 | 1 | 4 |
| Uma ação é eticamente boa se produzir prazer/felicidade | 0 | 1 | | |
| Uma ação é eticamente boa se tiver boas consequências | 0 | 1 | | |
| Scores do Agir Ético | | | 36 | 70 |

Níveis do Modo de Agir Ético e Variáveis Sociodemográficas: idade e sexo

As mulheres estudantes apresentam percentuais mais elevados em todos os níveis do agir ético, nomeadamente: 78.5% revelam um agir ético adequado, 81.0% agir ético muito adequado e 82.8% agir ético inadequado. Em relação aos grupos etários instituídos, os estudantes mais novos (≤ 19 anos), apresentam um percentual mais elevado no agir ético muito adequado (42.0%), enquanto a maioria dos estudantes na faixa etária dos 20-21 anos (37.3%) revela sobretudo um agir ético adequado e os estudantes mais velhos, na sua maioria (33.0%), um agir ético muito adequado. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos instituídos. (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Níveis do Modo de Agir ético em função das variáveis sociodemográficas: idade e sexo

| Agir ético | Inadequado | | Adequado | | Muito Adequado | | Total | | Residuais | | | X ² | p |
|---------------------|------------|------|----------|------|----------------|------|-------|-------|-----------|------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | 1 | 2 | 3 | | |
| | 87 | 25,2 | 158 | 45,8 | 100 | 29,0 | 345 | 100,0 | | | | | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 15 | 17,2 | 34 | 21,5 | 19 | 19,0 | 68 | 19,7 | -,7 | ,8 | -,2 | 0.694 | 0.707 |
| Feminino | 72 | 82,8 | 124 | 78,5 | 81 | 81,0 | 277 | 80,3 | ,7 | -,8 | ,2 | | |
| Idade (anos) | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 19 | 34 | 39,1 | 51 | 32,3 | 42 | 42,0 | 127 | 36,8 | ,5 | -1,6 | 1,3 | | |
| 20-21 | 30 | 34,5 | 59 | 37,3 | 25 | 25,0 | 114 | 33,0 | ,3 | 1,6 | -2,0 | 5.301 | 0.258 |
| ≥ 22 | 23 | 26,4 | 48 | 30,4 | 33 | 33,0 | 104 | 30,1 | -,9 | ,1 | ,7 | | |

Níveis do Modo de Agir Ético e Variáveis Académicas

Os estudantes com maior número de horas de formação na área de cidadania, moral, bioética/ética, direito e valores revelam percentuais mais elevados de agir ético adequado (46.3%). Nos estudantes que receberam formação, em contexto familiar, sobressaem o agir ético adequado (28.2%). Entre os estudantes que tiveram como contexto de formação o Ensino Básico, (45.6%) e no Ensino Secundário, predominou um agir ético inadequado (45.6%; $X^2=6.181$, $p=0.045$). Dos estudantes que tiveram formação no curso de licenciatura, o percentual mais elevado recaiu no agir ético adequado (87.2%). Por fim, nos estudantes (17.3%) que

afirmaram ter recebido formação através de formação contínua, 25.0% revela um agir ético muito adequado, seguidos dos que apresentam um agir ético adequado (18.2%; $\chi^2=6,919$, $p=0.031$) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Níveis do Modo de Agir Ético em função das Variáveis Académicas

| Modo de agir ético | Inadequado | | Adequado | | Muito adequado | | Total | | Residuais | | | χ^2 | p |
|--------------------------|------------|------|----------|------|----------------|------|-------|-------|-----------|------|------|----------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | 1 | 2 | 3 | | |
| | 32 | 23.5 | 67 | 49.3 | 37 | 27.2 | 136 | 100.0 | | | | | |
| N.º de horas de formação | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 19 | 9 | 28,1 | 20 | 29,9 | 15 | 40,5 | 44 | 32,4 | -,6 | -,6 | 1,2 | 5.217 | 0.266 |
| 20-38 | 9 | 28,1 | 16 | 23,9 | 13 | 35,1 | 38 | 27,9 | ,0 | -1,0 | 1,1 | | |
| ≥ 40 | 14 | 43,8 | 31 | 46,3 | 9 | 24,3 | 54 | 39,7 | ,5 | 1,5 | -2,2 | | |
| Contexto de formação | | | | | | | | | | | | | |
| Família | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 41 | 71,9 | 79 | 71,8 | 51 | 79,7 | 171 | 74,0 | -,4 | -,7 | 1,2 | 1.476 | 0.478 |
| Sim | 16 | 28,1 | 31 | 28,2 | 13 | 20,3 | 60 | 26,0 | ,4 | ,7 | -1,2 | | |
| Ensino Básico | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 31 | 54,4 | 66 | 60,0 | 37 | 57,8 | 134 | 58,0 | -,6 | ,6 | ,0 | 0.487 | 0.784 |
| Sim | 26 | 45,6 | 44 | 40,0 | 27 | 42,2 | 97 | 42,0 | ,6 | -,6 | ,0 | | |
| Ensino Secundário | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 31 | 54,4 | 76 | 69,1 | 48 | 75,0 | 155 | 67,1 | -2,4 | ,6 | 1,6 | 6.181 | 0.045 |
| Sim | 26 | 45,6 | 34 | 30,9 | 16 | 25,0 | 76 | 32,9 | 2,4 | -,6 | -1,6 | | |
| Curso de Licenciatura | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 12 | 21,1 | 14 | 12,8 | 14 | 21,9 | 40 | 17,4 | ,8 | -1,7 | 1,1 | 2.996 | 2.224 |
| Sim | 45 | 78,9 | 95 | 87,2 | 50 | 78,1 | 190 | 82,6 | -,8 | 1,7 | -1,1 | | |
| Formação contínua | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 53 | 93,0 | 90 | 81,8 | 48 | 75,0 | 191 | 82,7 | 2,4 | -,3 | -1,9 | 6.919 | 0.031 |
| Sim | 4 | 7,0 | 20 | 18,2 | 16 | 25,0 | 40 | 17,3 | -2,4 | ,3 | 1,9 | | |

1. DISCUSSÃO

Apurou-se que 74.8% dos estudantes revelam um positivo modo de agir ético, sendo que em 45.8% é adequado e em 29.0% muito adequado, todavia, 25.2% dos estudantes apresentam um inadequado modo de agir ético. Como implicações dos resultados para a prática pedagógica, considera-se que a Escola deve educar os Estudantes para a tomada de decisão criadora de consensos assentes em valores universais. Daí, ganhar relevo a educação bioética integrar a discussão dos Critérios Transubjetivos de Moralidade, como o da Racionalidade (aquilo que qualquer pessoa faria para como bem para todos) cruzado com a Imparcialidade entre muitos outros (...).

Educar para a moralidade da ação, implica ainda educar para a moralidade de intenção, pois só é possível verificar se uma vontade foi boa se realmente o agir foi ético (Barata, 2008, p.7). Neste âmbito, a literatura documenta que os cidadãos ao participarem na vida social, política, civil e doutrinal procuram construir respostas pertinentes para os problemas sociais e para o bem-estar coletivo e exprimem por essa via tanto o seu julgamento moral, como a realização da sua vontade vertida em ações concretas sensíveis aos princípios ético-morais. Através do seu empenho tornam-se mais responsáveis e mais conscientes dos contextos reais (Cordeiro, 2012, p. 32). Neste âmbito, de acordo com Nunes (2016, p. 9), pode evocar-se que as ações praticadas em prol da sociedade, constituem uma espécie de princípio regulador que compassa a ordem social e moral dos assuntos humanos.

CONCLUSÕES

Os resultados apontaram que a moralidade das ações dos estudantes se centrava sobretudo no individualismo e que os princípios éticos que as suportavam eram maioritariamente: 68.7% Subjetivismo Ético; 56.5% Relativismo; 53.9% Ética Deontológica (Kant); 11.3% Subjetivismo/Egoísmo Ético. Infere-se que a maioria dos estudantes não têm /não usa como critério de moralidade das ações a ponderação imparcial do bem, pois maioritariamente manifestaram aceitar uma perspetiva ética subjetivista, significando que o bem não é considerado como um valor para todos. Em oposição, aplicar o critério da imparcialidade ética, implicaria considerar o bem supremo, e escolher/adotar um ponto de vista universal em que todo e qualquer sujeito racional e esclarecido escolheriam para si e para os outros, esse bem supremo universal.

Tendo em conta os resultados obtidos, considera-se essencial a escola, promover mais formação, no domínio do agir ético, com reforço sobre os princípios e valores éticos de modo a ajudar os estudantes a exercitarem-se em práticas ético-morais mais sustentadas.

Neste estudo emergem como limitações a veracidade dos resultados estar dependente do grau de honestidade e da sinceridade dos respondentes (risco de não tradução de realidades efetivas), conduzindo, eventualmente, para o surgimento de respostas associadas a condutas desejáveis no âmbito do bem comum.

Denota-se uma lacuna de conhecimento no que se refere a estudos sobre modo de agir ético, bem como de pesquisas sobre o mesmo em estudantes do ensino superior. Neste sentido, surge a necessidade de desenvolver novos estudos na área, principalmente com o intuito de apurar a existência ou não de elementos e/ou fatores que possam contribuir para um modo de agir ético favorecedor de uma forma de ser/estar, suportada em princípios ético-morais e dinamizadora da tomada de decisões responsável e inclusiva em prol do bem comum da comunidade envolvente.

Desta forma, formar para o desenvolvimento de princípios éticos/morais que privilegiem um modo de agir ético promotor do bem supremo para si e para os outros, é hoje absolutamente necessário e contribuirá decididamente para o desenvolvimento de indivíduos portadores, transmissores e criadores de uma forma de ser/estar imbuída de um adequado suporte ético-moral ao serviço do primado da dignidade humana.

AGRADECIMENTOS

FCT, Portugal, CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal and CIEC, Universidade do Minho, Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, S. (2008). *Contributos para uma educação para a cidadania* (17ª ed.). Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Acedido em http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/tese_17.pdf/eb3c4d34-e215-46f2-9799-8a2e295070a6
- Barata, A. (2008). *Agir por dever e ética formal*. Covilhã: LusoSofia.
- Battestin, C., Bergamo, E., & Gazzola, J. (2016). O filosofar na dimensão e no mundo ético: Confluências com a educação. *Revista Teias*, 17 (47), 191-205. Acedido em <http://www.periodicos.proped.pro.br/index.php/revistateias/article/view/1906/1468>
- Cho, Y., & Chi, E. (2015). A comparison of attitudes related to global citizenship between Korean-andUS- educated Korean university students. *Asia Pacific Journal of Education*, 35(2), 213-225. Acedido em https://eric.ed.gov/?q=author%3Ayoungh&ff1=subStudent+Attitudes&ff2=dtYln_2015&id=EJ1068710
- Cordeiro, A. (2012). *Cidadania, democracia e sociedade de comunicação* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2826>
- Cunha, M. (2015). *Questionário de cidadania ativa e modo de agir ético em estudantes do ensino superior* (CiAMAE) - Grupos de corte relativos ao agir ético. Não publicado.
- Cunha, M., Albuquerque, C., Dias, A., Aparício, G., Bica, I., André, S., ... 25º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2015, March). Ethical/moral knowledge in nursing students. In Proceedings of INTED2015: Conference (pp. 7382-7385). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2675>
- Fonseca, E. (2014). Nos interstícios da cidadania: A inevitabilidade e urgência da dimensão da virtude cívica na educação. *Educação e Pesquisa*, 40(1), 181-196. Acedido em <http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/81905>
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59 (2), 7-17.
- Pires, A. (2007). Educação e cidadania: Consciência nacional no contexto europeu. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(1), 23-39. Acedido em <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/view/1183/631>
- Santos, P., Silva, M., & Guedes, A. (2011). O voluntariado como elemento de aprendizagem e de empregabilidade. Lisboa: Corpo Nacional de Escutas – Escutismo Católico Português. Acedido em <http://www.aev2011.cne-escutismo.pt/PDF/Voluntariado/O%20VOLUNTARIADO%20COMO%20ELEMENTO%20DE%20APRENDIZAGEM.pdf>
- Vasconcelos, T. (2007). A importância da educação na construção da cidadania. *Saber(e) Educar*, 12, 109-117. Acedido em <http://repositorio.esepf.pt/handle/20.500.11796/714>



ENGENHARIAS, TECNOLOGIA, GESTÃO E TURISMO
ENGINEERING, TECHNOLOGY, MANAGEMENT AND TOURISM
INGENIERÍA, TECNOLOGÍA, ADMINISTRACIÓN Y TURISMO

millenium

| | |
|--|-----|
| ESTILOS DE LIDERANÇA DOS DIRETORES TÉCNICOS E SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES: ESTUDO REALIZADO EM IPSS'S DOS DISTRITOS DA GUARDA E VISEU | 107 |
| LEADERSHIP STYLES OF TECHNICAL DIRECTORS AND JOB SATISFACTION OF EMPLOYEES: A STUDY CONDUCTED IN PSSI'S OF THE DISTRICTS OF GUARDA AND VISEU | 107 |
| ESTILOS DE LIDERAZGO DE LOS DIRECTORES TÉCNICOS Y LA SATISFACCIÓN DEL EMPLEADO: UN ESTUDIO REALIZADO EN IPSS'S EL DISTRITO DE GUARDA Y VISEU | 107 |
| PERCEÇÃO DO EMPOWERMENT DOS ENFERMEIROS NUMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE | 125 |
| PERCEPTION OF NURSES' EMPOWERMENT IN HEALTHCARE ORGANIZATION SETTINGS | 125 |
| PERCEPCIÓN DEL EMPOWERMENT DE LOS ENFERMEROS EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD | 125 |

Millenium, 2(1), 107-123.

ESTILOS DE LIDERANÇA DOS DIRETORES TÉCNICOS E SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES: ESTUDO REALIZADO EM IPSS`S DOS DISTRITOS DA GUARDA E VISEU

LEADERSHIP STYLES OF TECHNICAL DIRECTORS AND JOB SATISFACTION OF EMPLOYEES: A STUDY CONDUCTED IN PSSI`S OF THE DISTRICTS OF GUARDA AND VISEU

ESTILOS DE LIDERAZGO DE LOS DIRECTORES TÉCNICOS Y LA SATISFACCIÓN DEL EMPLEADO: UN ESTUDIO REALIZADO EN IPSS`S EL DISTRITO DE GUARDA Y VISEU

Susana Gomes¹

Célia Ribeiro¹

Paulo Pereira¹

¹ Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras, Viseu, Portugal

Susana Gomes - susana.l.gomes@hotmail.com | Célia Ribeiro - cribeiro@crb.ucp.pt | Paulo Pereira - ppereira@crb.ucp.pt

Autor Correspondente

Susana Gomes

Estrada da Circunvalação

3504-505 Viseu, Portugal

susana.l.gomes@hotmail.com

RECEBIDO: 06 de maio, 2016

ACEITE: 17 de setembro, 2016

RESUMO

Introdução: Este trabalho trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional.

Objetivos: O presente estudo teve como principal objetivo conhecer, na perspetiva dos colaboradores, a relação entre os estilos de liderança utilizados pelos diretores técnicos e a satisfação dos colaboradores em nove IPSS's dos distritos da Guarda e Viseu, atendendo ainda à relevância de variáveis sociodemográficas e profissionais no âmbito da satisfação no trabalho.

Métodos: A amostra é constituída por 85 colaboradores e o instrumento de recolha de dados agrega questões de caracterização sociodemográfica e profissional e duas escalas, já validadas para avaliar: i) o grau de satisfação nas várias dimensões do trabalho (elaborada pelo Instituto da Segurança Social, 2007) e ii) o estilo de liderança dos diretores técnicos (elaborada por Melo, 2004), segundo a perspetiva dos colaboradores.

Resultados: Os resultados obtidos indicam que o estilo de liderança relacional é o que promove maior satisfação e o estilo de liderança voltado para a tarefa menor satisfação.

Conclusões: O estudo das hipóteses permitiu observar que as variáveis: género, tipo de contrato, tempo de serviço e habilitações literárias interferem na satisfação dos colaboradores com o trabalho.

Palavras-chave: colaboradores de IPSS's; diretor técnico; estilo de liderança; satisfação no trabalho.

ABSTRACT

Introduction: This work is a quantitative, transversal, descriptive and correlational study.

Objectivos: The main purpose of the present study was to understand the collaborators perspective of the relationship between the leadership styles used by technical directors and job satisfaction of employees in nine Private Social Solidarity Institutions (PSSI,) in the districts of Guarda and Viseu, taking also into account the relevance of sociodemographic and professional variables in the field of job satisfaction.

Methods: The sample consists of 85 employees and the data collection instrument integrates questions of socio-demographic and professional characterization and two validated scales for assessing: i) the degree of job satisfaction in various dimensions (developed by Instituto da Segurança Social, 2007) and ii) the leadership style of the technical directors (developed by Melo, 2004), according to the perception of employees.

Results: The results indicate that the relational leadership style promotes greater satisfaction and the leadership focused on task induces lower satisfaction.

Conclusions: The hypothesis under study allows to conclude that variables: gender, type of work contract, service time and qualifications influence employee's job satisfaction.

Keywords: PSSI's employees; technical director; leadership style; job satisfaction.

RESUMEN

Introducción: Este trabajo es un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional.

Objetivos: Este estudio tuvo como principal objetivo conocer, desde la perspectiva de los empleados, la relación entre los estilos de liderazgo utilizados por los directores técnicos y la satisfacción de los empleados en nueve Instituciones Privadas de Solidaridad Social (IPSS) de los distritos de Guarda y Viseu, teniendo en cuenta también la relevancia de las variables sociodemográficas y profesionales en el campo de la satisfacción en el trabajo.

Métodos: La muestra se compone de 85 empleados y el instrumento de recolección de datos añade cuestiones sociodemográficas y profesionales y dos escalas, ya validadas, para evaluar: i) el grado de satisfacción en diversas dimensiones del trabajo (desarrollado por el Instituto da Segurança Social, 2007) y ii) el estilo de liderazgo de los directores técnicos (desarrollado por Melo, 2004), según la perspectiva de los empleados.

Resultados: Los resultados indican que el estilo relacional de liderazgo promueve una mayor satisfacción y el estilo de liderazgo direccionado por la tarea promueve menor satisfacción.

Conclusiones: Para las hipótesis del estudio se ha observado que las variables: sexo, tipo de contrato, tiempo de servicio y cualificación interfieren con la satisfacción de los empleados con el trabajo.

Palabras clave: empleados de IPSS; director técnico; estilo de liderazgo; satisfacción en el trabajo.

INTRODUÇÃO

As organizações empresariais ou sem fins lucrativos visam o alcance de objetivos e resultados, os quais aparecem associados à eficiência, atitude e níveis de desempenho dos colaboradores. Neste contexto, torna-se imperativo que os responsáveis pelas organizações sintam a importância do impacto da sua liderança nas pessoas que gerem, bem como se comprometam a encontrar mecanismos que lhes permitam analisar periodicamente o grau de satisfação dos colaboradores, pois só por este meio alcançarão os resultados pretendidos.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo conhecer a relação entre os estilos de liderança utilizados pelos diretores técnicos e a satisfação dos colaboradores de IPSS's dos distritos da Guarda e Viseu, em Portugal, atendendo à relevância de variáveis socio-demográficas e profissionais na satisfação no trabalho.

1. INSTITUIÇÕES PARTICULARES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL (IPSS'S)

O Decreto-lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, define as IPSS's como

Instituições Particulares de Solidariedade Social quando são constituídas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, objectivos de índole social, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços (artigo 1º).

Em Portugal, as IPSS's atuam em diferentes domínios: da Segurança Social; da Proteção na Saúde; da Educação; e da Habitação. Habitualmente, desenvolvem a sua atuação num único centro de atividades, ou então, as suas atividades são concentradas geograficamente. Funcionam sob a responsabilidade de um diretor técnico, que assume a sua gestão (Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro).

Dependendo da dimensão dos serviços prestados e das respostas sociais que cada IPSS desenvolve, podem ser constituídas equipas multidisciplinares que colaboram em termos de trabalho, incluindo vários profissionais, nomeadamente, auxiliares de ação direta, auxiliares de ação educativa, psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores de infância, entre outros, sendo muito comum neste tipo de organizações que o diretor técnico assuma a função de gestor de recursos humanos (Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro).

Cherrigton (1995, cit. por Fernandes, 2011) refere que todos os gestores, com subordinados a cargo, são em maior ou menor escala líderes, pois cabe-lhes a difícil missão de conduzir um grupo de pessoas diferentes, o qual deve transformar numa equipa que gera resultados e a qual deve motivar, para que, de forma ética e positiva, os elementos alcancem os objetivos a que a organização se propõe.

2. LIDERANÇA

O exercício da liderança engloba diversas funções relacionadas com estruturar, distribuir funções, orientar, coordenar, controlar, motivar, elogiar, punir, reforçar, etc. Contudo, a capacidade de gerar energia nos outros, induzindo-os, simultaneamente, a sentirem-se motivados, entusiasmados, é a pedra basilar naquilo que são as competências de um líder da atualidade (Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007).

O líder tem à escolha diversos comportamentos que pode utilizar, os quais podem ser agrupados em diversas categorias ou estilos, podendo afirmar-se que o desempenho da liderança se inclui num contínuo entre dois extremos, um mais orientado para as relações interpessoais e outro mais orientado para a realização das tarefas. Assim, ao longo dos tempos os autores tentaram identificar vários estilos de liderança, os quais passamos a apresentar.

2.1. Estilos de liderança nas teorias comportamentais

A incapacidade da teoria dos traços de personalidade, que consiste na avaliação e seleção de líderes com base nas suas características físicas, psicológicas e sociais, para explicar adequadamente o processo de liderança e o aparecimento dos líderes, conduziu os investigadores a procurar outras vias de análise (Teixeira, 2013). Assim, os primeiros estudos sobre estilos de liderança, no âmbito da abordagem comportamental, tiveram lugar em 1939 e foram realizados pelos investigadores Lewin, Lippitt e White (Chiavenato, 2004). Com base nestes estudos, os investigadores conseguiram definir três estilos de liderança: a liderança autoritária, a liderança liberal (*laissez-faire*) e a liderança democrática.

De acordo com Chiavenato (2004), a liderança autoritária diz respeito ao líder cuja postura adotada é essencialmente diretiva, em

que o líder dá instruções concretas, sem deixar espaço para a criatividade dos liderados; é impessoal, quer nos elogios, quer nas críticas que faz. Por seu turno, o líder liberal (*laissez-faire*) não se impõe ao grupo e conseqüentemente não toma decisões nem divide tarefas. No que respeita à liderança democrática, o líder assiste e estimula o debate entre todos os elementos, sendo o grupo, em conjunto, que esboça as providências e técnicas para atingir os objetivos. O grupo solicita o aconselhamento técnico do líder, sugerindo este várias alternativas para o grupo escolher.

Um dos pesquisadores de Michigan, Likert, desenvolveu os seus estudos nesta área e de acordo com Nogueira (2012), identificou um sistema de estilos de liderança que foi apresentado no livro "A Organização Humana" composto por quatro tipos básicos: autoritário coercitivo, autoritário benevolente, consultivo e participativo: (1) **no estilo autoritário coercitivo**, a decisão compete ao topo da organização, sendo caracterizado por um ambiente de punição; (2) **no estilo autoritário benevolente**, a decisão ainda é centralizada, no entanto, existe alguma interação e certa flexibilidade no desempenho das tarefas; (3) **no consultivo**, o líder descentraliza as decisões organizacionais solicitando algumas ideias e opiniões dos colaboradores; (4) **no estilo participativo**, o líder propicia um ambiente de envolvimento, confiança e participação dos colaboradores, utilizando as ideias e sugestões de uma forma construtiva.

Ainda enquadrado nas teorias comportamentais, o estilo de liderança baseado na teoria de Blake e Mouton tem como base uma grelha de liderança constituída por um diagrama que apresenta: uma variável relacionada à produção (no eixo "x") e outra variável relacionada às pessoas (no eixo "y"), com intervalos ordenados de 1 a 9, formando uma matriz bidimensional fazendo portanto a combinação de tarefa e relacionamento. A matriz comporta oitenta e uma posições ao longo da qual estão distribuídos os tipos de liderança identificados pelos investigadores, e dessa forma, estas dimensões combinadas resultam em diferentes estilos de liderança (Teixeira, 2013).

2.2. Estilos de liderança nas teorias situacionais ou contingenciais

As teorias situacionais têm como princípio básico a não existência de um único estilo de liderança válido para todas as situações, antes pelo contrário, cada tipo de situação requer um estilo de liderança diferenciado. Segundo estas abordagens, o líder eficaz é o que tem a capacidade de se adaptar a grupos de pessoas com determinadas características sob condições extremamente variadas. Assim, as variáveis fundamentais a ser consideradas nas teorias contingenciais da liderança são três: o líder, o grupo e a situação (Cunha et al., 2007).

O modelo de Fiedler foi o primeiro modelo contingencial sobre liderança e suportou que a eficácia do desempenho do grupo depende da ligação entre o estilo de liderança praticado e o grau de controlo e de influência que o líder tem da situação (Robbins, 1994, cit. por Marinha, 2013).

Assim, para melhor compreendermos a liderança deveríamos conjugar duas dimensões do comportamento, orientação para a tarefa e orientação para o relacionamento, e três critérios situacionais, estrutura da tarefa, poder de posição e relação líder-membro (Cunha & Rego, 2003).

Enquadrado ainda nas teorias situacionais ou contingenciais surge o modelo do *continuum* da liderança. Este modelo parte do pressuposto que o estilo de liderança pode ser explicado através de uma linha composta por sete atitudes possíveis para um líder. Esta mesma linha combina a autoridade do líder com a liberdade dos subordinados, no que se refere à tomada de decisões, sugerindo assim um *continuum* de comportamentos de liderança (Nogueira, 2012).

Não menos importante e com grande aceitação na literatura científica surgem os estilos de liderança baseados na Teoria de Hersey e Blanchard. Este modelo parte da premissa de que a liderança eficaz "é uma função de três variáveis: o estilo do líder (L), a maturidade do liderado (I) e a situação (s), sendo que a eficácia (E) da liderança seria, então, expressa através da seguinte fórmula $E = f(L, I, s)$ " (Agostinho & Amaro, 2007, p. 5).

Hersey e Blanchard (1986) estabeleceram quatro quadrantes básicos de comportamento do líder, em função da ênfase dada aos aspetos da produção (tarefa) e do subordinado (relacionamento), de onde surgem as quatro seguintes combinações: tarefa alta (muita ênfase na tarefa) e relacionamento baixo (pouca ênfase no relacionamento); tarefa alta e relacionamento alto; tarefa baixa e relacionamento baixo; tarefa baixa e relacionamento alto.

Após a análise da primeira variável, o comportamento do líder, os autores Hersey e Blanchard (1986) analisam a segunda, a maturidade dos liderados, em que "maturidade é a capacidade e a disposição das pessoas de assumir a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento" (p. 187). Este conceito divide-se em duas componentes: a maturidade no trabalho (capacidade) e a maturidade psicológica (motivação).

A maturidade no trabalho está relacionada com a capacidade de fazer alguma coisa, referindo-se ao conhecimento e à compreensão. As pessoas com alta maturidade no trabalho numa determinada área do conhecimento têm a capacidade e a experiência necessária para executarem certas tarefas sem direção do líder. Já a maturidade psicológica refere-se à disposição ou motivação para fazer alguma coisa. Está ligada à autoconfiança, empenho e realização pessoal. Os indivíduos que possuem alta maturidade

psicológica julgam que a responsabilidade é importante, têm confiança em si mesmos e sentem-se bem nesse aspeto do seu trabalho, não necessitando de grande incentivo para cumprir as suas tarefas.

3. SATISFAÇÃO NO TRABALHO

São inúmeras as definições do conceito de satisfação no trabalho. Entre as definições mais referidas na literatura científica distingue-se a de Locke (1976, cit. por Cunha et al., 2007), que considera a satisfação no trabalho como um estado emocional positivo ou agradável, resultado do valor que o indivíduo atribui ao seu trabalho, ou às suas experiências com o mesmo.

3.1. Causas da satisfação no trabalho

No que concerne às causas da satisfação no trabalho, Spector (1997) e Cunha e colaboradores (2007) referem que estas podem dividir-se em dois grupos: causas pessoais e causas organizacionais.

As causas pessoais podem, por sua vez, ser divididas em diferenças individuais e fatores demográficos. Ao nível das diferenças individuais, as investigações sugerem que os indivíduos parecem estar, por força dos seus níveis de inteligência emocional, moderadamente predispostos para reagir de determinada forma no seu trabalho. No que diz respeito às variáveis demográficas, as mais frequentemente estudadas são a idade e o sexo. Relativamente à idade, os estudos demonstram que os trabalhadores mais jovens tendem a revelar-se menos satisfeitos do que os seus colegas mais velhos (Cunha et al., 2007). No que concerne à variável género, a revisão da literatura sugere que as mulheres possuem níveis mais elevados de satisfação no trabalho relativamente aos homens (Chaves, Ramos, & Figueiredo, 2011).

No que concerne às causas organizacionais, Cunha et al. (2007) referem que as mais frequentemente consideradas envolvem fatores como o salário, o trabalho em si mesmo, as perspetivas de evolução na carreira, o estilo de chefia, os colegas e as condições físicas de trabalho.

Outra variável apontada por Cunha e colaboradores (2007) é a informação social. Esta influencia a satisfação profissional na medida em que pode ser alterada pela influência social e contextual.

Ainda com o intuito de conhecer o máximo de variáveis que influenciam a satisfação, analisámos outras perspetivas para além da apresentada por Cunha e colaboradores (2007) tendo verificado o que se apresenta em seguida.

Francés (1984, cit. por Figueiredo, 2012) refere que participação do trabalhador na tomada de decisão a nível da organização pode influenciar a sua satisfação profissional. Peterson e Dunnagan (1998, cit. por Marquese & Moreno, 2005) apuraram que o grau de instrução pode apresentar uma relação positiva com a satisfação no trabalho. Cavanagh (1992) identificou três aspetos influenciadores da satisfação laboral sendo eles: diferenças na personalidade, diferenças no trabalho e diferenças nos valores atribuídos ao trabalho. Korunka e Vitouch (1999, cit. por Marquese & Moreno, 2005) referem que a satisfação no trabalho está favoravelmente relacionada com a estabilidade no emprego, os salários e benefícios, o relacionamento social no trabalho, o relacionamento positivo com a chefia, as perspetivas de carreira, o ambiente físico do trabalho e bons prazos para resolução dos processos de trabalho. De acordo com o exposto, constatamos que os fatores intervenientes na satisfação no trabalho são diversos e que a sua presença ou ausência gera diferentes respostas no indivíduo.

Os estudos evidenciam algumas relações positivas entre níveis de satisfação profissional, desempenho e produtividade. Parece, também, existir uma relação inversa entre a satisfação profissional e o absentismo, no sentido que pessoas mais satisfeitas denotam menor índice de absentismo (Cunha et al., 2007). Também o *burnout* e a rotatividade parecem diminuir quando os níveis de satisfação profissional estão mais elevados. A satisfação profissional pode, ainda, ser considerada um bom preditor da intenção de *turnover* (Figueiredo, 2012).

4. METODOLOGIA

A opção metodológica que orientou o presente estudo foi uma abordagem quantitativa, descritiva, transversal e correlacional, a qual derivou da questão de investigação: "Qual a relação, na perspetiva dos colaboradores, entre os Estilos de Liderança utilizados pelos Diretores Técnicos e a Satisfação dos Colaboradores de IPSS's, atendendo ainda à relevância de variáveis sociodemográficas e profissionais no âmbito da satisfação no trabalho?". Esta, por sua vez, deu origem aos seguintes objetivos específicos:

1. Identificar o estilo de liderança dominante dos diretores técnicos, segundo a perspetiva dos colaboradores;
2. Apurar o grau de satisfação dos colaboradores nas diferentes dimensões do trabalho (instalações; autonomia profissional e pessoal; compensação financeira; outros benefícios; desempenho profissional e formação; supervisão; política e estratégia; mudança e inovação; sistema de gestão da qualidade; e segurança);
3. Verificar se o grau de satisfação dos colaboradores nas diferentes dimensões do trabalho varia em função das variáveis sociode

mográficas e profissionais (género, idade, tipo de contrato, tempo de serviço e habilitações);

4. Relacionar os estilos de liderança dos diretores técnicos com o grau de satisfação dos colaboradores, segundo a perspetiva dos colaboradores.

A partir dos objetivos definiram-se as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação do colaborador no trabalho em função de variáveis sociodemográficas e profissionais (género; idade; tipo de contrato, tempo de serviço e habilitações profissionais).

H2: Existe relação significativa entre o estilo de liderança do diretor técnico e a satisfação do colaborador no trabalho, segundo a perspetiva dos colaboradores.

4.1. Amostra

A amostra é constituída por 85 sujeitos que desempenham funções relacionadas com o apoio a pessoas idosas, pessoas com incapacidade e crianças em nove IPSS's pertencentes a um concelho do distrito da Guarda e a uma freguesia do concelho de Viseu. Todas as instituições em estudo possuem um diretor técnico e apenas cinco estão a trabalhar mediante o sistema de gestão da qualidade, o que explica a redução da amostra (n=39) quando estudamos a dimensão "Satisfação com o Sistema de Gestão da Qualidade".

Através da análise dos dados recolhidos, verificamos que existe um maior número de inquiridos do sexo feminino (n=82; 96%), relativamente ao sexo masculino (n=3; 3.5%).

No que diz respeito à idade, a maior parte dos inquiridos situa-se entre os 22 e os 31 anos (n= 23; 27.1%) e os 43 e os 53 anos (n=23; 27.1%); seguidamente, entre os 32 e os 42 anos (n= 21; 24.7%) e, menos representados, os inquiridos com idades compreendidas entre os 54 e os 65 anos (n= 18; 21.2%). As idades variam entre 22 anos e 65 anos (M=42.3 anos e DP=12.8 anos).

Quanto ao tipo de contrato com a instituição, a maioria dos inquiridos possui um contrato sem termo (n= 66; 77.6%), 12 (14.1%) encontravam-se a trabalhar através de um contrato temporário e dois (2,4%) a fazer um estágio. Constatámos ainda que três (3.5%) respondentes se encontram integrados na instituição através de uma medida de apoio ao emprego, designada contrato emprego inserção e, por fim, dois (2.4%) exerciam as suas funções através de um contrato de prestação de serviços.

Em relação ao tempo de serviço, 30 (35.3%) respondentes trabalhavam há mais de 10 anos, 24 (28.2%) entre um e cinco anos, 15 (17,6%) entre seis e 10 anos e 16 (18,8%) estavam vinculados há menos de um ano.

No que respeita às habilitações literárias, 25 inquiridos (29.4%) possuíam o 1º ciclo do ensino básico, 11 (12.9%) o 2º ciclo e 22 (25.9%) o 3º ciclo, verificam-se 15 colaboradores (17.6%) com ensino secundário e 12 (14.1%) com licenciatura.

No que concerne à resposta social a que os colaboradores estão afetos, cinco (5,9%) estão apenas ao centro de dia, seis (7.1%) apenas ao serviço de apoio domiciliário, 32 (37,6%) desempenham funções unicamente no lar, oito (9.4%) estão vinculados apenas ao centro de atividades ocupacionais e também oito colaboradores (9.4%) estão afetos à creche e centro de atividades de tempos livres, por fim, três (3.5%) responderam estar afetos à resposta social unidade de cuidados continuados. Os restantes 23 colaboradores (27.1%) desempenham funções simultaneamente em duas ou três respostas sociais: afetos ao centro de dia, lar e serviço de apoio domiciliário temos 15 (17.6%) colaboradores; desempenhando funções no serviço de apoio domiciliário e lar surgem cinco (5.9%) e, por fim, afetos ao lar e unidade de cuidados continuados temos três (3.5%) colaboradores.

4.2. Instrumentos de recolha de informação

De modo a reunir as informações necessárias para atingir os objetivos definidos, o instrumento utilizado integrou três partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica e profissional dos inquiridos, a segunda compreende uma escala que avalia o grau de satisfação no trabalho, constituída por 10 dimensões (Instalações, Autonomia profissional e pessoal, Compensação financeira, Outros benefícios, Desempenho profissional e formação, Supervisão, Relações Internas de Trabalho, Política e estratégia, Mudança e Inovação, Qualidade e Segurança), sendo cada uma delas medida pelo número de itens apresentado na Tabela 1, numa escala de Likert com cinco categorias (de "1-totalmente insatisfeito" a "5-Totalmente satisfeito"), elaborada pelo Instituto da Segurança Social (2007). Por último, porque a nossa questão de investigação pretendeu conhecer a relação entre a satisfação no trabalho e a variável estilo de liderança, na perspetiva dos colaboradores, utilizámos também uma escala, elaborada por Melo (2004), constituída por 3 dimensões (Relacionamento, Situacional, Tarefa), cada uma medida também pelo número de itens apresentado na Tabela 1, numa escala de Likert com cinco categorias (de "1-nunca age assim" a "5-sempre age assim"), para avaliar o estilo de liderança dos diretores técnicos.

4.3. Identificação e operacionalização das variáveis

Para o estudo da hipótese 1, foram consideradas como variáveis dependentes: as dimensões do grau de satisfação no trabalho dos

colaboradores das IPSS's com: as instalações, a autonomia profissional e pessoal, a compensação financeira, os outros benefícios, o desempenho funcional e formação, a supervisão, as relações de trabalho internas, a política e estratégia, a mudança e inovação, a qualidade e a segurança; e como variáveis independentes: género, idade, tipo de contrato com a instituição, tempo de serviço na instituição e habilitações literárias .

Para a análise da hipótese 2 foram utilizadas as mesmas dimensões do grau de satisfação com o trabalho já referidas para a hipótese anterior como determinantes da satisfação do colaborador no trabalho e o estilo de liderança foi operacionalizado pelas dimensões relacionamento, situacional e tarefa, medidas pela escala já referida.

4.4. Procedimentos

Após obtidas as devidas autorizações dos autores para a aplicação das escalas que constituem o nosso instrumento de investigação, procedemos ao pedido de autorização oficial para a colheita de dados junto dos presidentes das direções das instituições onde pretendíamos implementar os questionários. Este pedido foi feito através de uma exposição formal, onde referíamos a temática do nosso estudo, o objetivo e assegurávamos o respeito pelas normas de sigilo, anonimato e ética profissional. Os pedidos de autorização foram acompanhados do instrumento que pretendíamos implementar. Dado que todos os pedidos receberam a melhor aceitação por parte dos presidentes das direções, contactámos presencialmente os diretores técnicos para solicitar a colaboração dos mesmos na distribuição dos questionários por todos os colaboradores da instituição que dirigiam. Tal procedimento facilitou a distribuição do nosso instrumento de colheita de dados, pois aquando do contacto com as instituições nem todos os colaboradores que as integravam estavam presentes. Dos 129 questionários distribuídos, recebemos 85 corretamente preenchidos.

4.5. Análise estatística

Os dados foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.

Nas análises de estatística descritiva, para as escalas, foi apresentado o cálculo da média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV) e valores mínimo (Min) e máximo (Max). A análise de consistência interna, para estudar a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002), foi realizada através do cálculo do Alfa de Cronbach, em que um coeficiente de consistência interna superior a .80 é considerado adequado nas aplicações em Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre .60 e .80 é considerado como aceitável, valor referidos, por exemplo, por Muñiz (2003), Muñiz, Fidalgo, García-Cueto, Martinez, & Moreno (2005) e Nunnaly (1978). Na análise inferencial (Maroco, 2011; Pestana & Gageiro, 2008) da relação entre variáveis quantitativas e qualitativas, sempre para um valor de referência para a significância de 5%, foram utilizados testes não paramétricos U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, uma vez que não se verificou o pressuposto da normalidade das distribuições dos dados, utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors, bem como o teste de Shapiro-Wilk para grupos de menor dimensão. Para correlacionar duas variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, que pode ser utilizado para amostras da dimensão em estudo, de acordo com o Teorema do Limite Central.

5. RESULTADOS

5.1. Análise de Consistência Interna

Analisando os resultados da Tabela 1, o valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de .80 para as dimensões da escala de medida da Satisfação no Trabalho (com apenas uma exceção, em que o valor ainda é superior a .70) e para as dimensões da escala de Avaliação do Estilo de Liderança, pelo que podemos considerar que as dimensões estudadas por estas escalas são medidas de forma adequada nesta amostra.

Tabela 1 - Consistência interna para as Escalas de Satisfação no Trabalho e de Avaliação do Estilo de Liderança

| Escala | Dimensão | Alfa de Cronbach | N Itens |
|--|------------------------------------|------------------|---------|
| Escala de Satisfação no Trabalho | Instalações | .73 | 6 |
| | Autonomia profissional e pessoal | .88 | 7 |
| | Compensação financeira | .88 | 3 |
| | Otos benefícios | .92 | 8 |
| | Desempenho profissional e formação | .92 | 7 |
| | Supervisão | .94 | 3 |
| | Relações Internas de Trabalho | .89 | 9 |
| | Política e estratégia | .91 | 4 |
| | Mudança e Inovação | .85 | 3 |
| | Qualidade | .88 | 6 |
| Escala de Avaliação do Estilo de Liderança | Segurança | .91 | 3 |
| | Relacionamento | .93 | 7 |
| | Situacional | .88 | 3 |
| | Tarefa | .87 | 4 |

5.2. Resultados Descritivos

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados descritivos obtidos para as escalas utilizadas. Para a escala de Satisfação no Trabalho, verificamos que a dimensão da satisfação em que os colaboradores apresentam maiores níveis de satisfação é a dimensão "Qualidade" (M=4.24, DP=0.50), ao passo que a dimensão onde os colaboradores apresentam menores níveis de satisfação é a "Compensação Financeira" (M=3.53, DP=0.86). Pela aplicação da Escala de Avaliação do Estilo de Liderança tentámos identificar qual o estilo de liderança dominante nos Diretores Técnicos na ótica dos colaboradores, que identificaram como dominante nos seus líderes os estilos "Situacional" (M=4.35, DP=0.68) e "Relacionamento" (M=4.34, DP=0.72), e com valor um pouco menos elevado, o estilo voltado para a "Tarefa" (M=4.26, DP=0.74). Todas as dimensões apresentam um valor médio claramente superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas para as Escalas de Satisfação no trabalho e de Avaliação do Estilo de Liderança

| | N | M | DP | CV | Min | Max |
|--|----|------|------|-----|------|------|
| Escala de Satisfação no Trabalho: | | | | | | |
| Instalações | 85 | 4.22 | 0.51 | 12% | 2.83 | 5.00 |
| Autonomia profissional e pessoal | 85 | 4.15 | 0.54 | 13% | 3.14 | 5.00 |
| Compensação financeira | 85 | 3.53 | 0.86 | 25% | 1.00 | 5.00 |
| Outros benefícios | 85 | 4.08 | 0.60 | 15% | 2.88 | 5.00 |
| Desempenho profissional e formação | 85 | 4.08 | 0.60 | 15% | 2.29 | 5.00 |
| Supervisão | 85 | 4.00 | 0.79 | 20% | 1.67 | 5.00 |
| Relações Internas de Trabalho | 85 | 4.06 | 0.51 | 13% | 2.89 | 5.00 |
| Politica e estratégia | 84 | 4.04 | 0.57 | 14% | 3.00 | 5.00 |
| Mudança e Inovação | 85 | 3.95 | 0.60 | 15% | 2.33 | 5.00 |
| Qualidade | 39 | 4.24 | 0.50 | 12% | 2.83 | 5.00 |
| Segurança | 85 | 4.18 | 0.66 | 16% | 2.33 | 5.00 |
| Escala de Avaliação do Estilo de Liderança: | | | | | | |
| Relacionamento | 85 | 4.34 | 0.72 | 17% | 2.29 | 5.00 |
| Situacional | 85 | 4.35 | 0.68 | 16% | 2.67 | 5.00 |
| Tarefa | 85 | 4.26 | 0.74 | 17% | 2.25 | 5.00 |

5.3. Análise das Hipóteses

Hipótese 1: Existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação do colaborador no trabalho em função de variáveis sociodemográficas e profissionais (género; idade; tipo de contrato; tempo de serviço e habilitações profissionais).

Na Tabela 3, na amostra, verifica-se que a maioria das dimensões da satisfação no trabalho apresentam valores superiores para o género feminino, ou seja, os colaboradores do género feminino estão mais satisfeitos no trabalho do que os do género masculino, com exceção das dimensões "Outros benefícios" e "Relações Internas de Trabalho", no entanto, as diferenças apenas são estatisticamente significativas para a dimensão "Instalações" ($p=.039$). Assim, verifica-se a confirmação da hipótese apenas para a dimensão "Instalações", para a qual a satisfação é significativamente superior para o género feminino. Note-se que existem apenas três trabalhadores do género masculino na amostra, pelo que esta análise foi efetuada a título meramente exploratório, devendo acautelar as generalizações neste âmbito.

Tabela 3 - Teste *U de Mann-Whitney*: Diferenças na satisfação no trabalho em função do género

| | Género | N | M | DP | U | p |
|------------------------------------|-----------|----|------|------|-------|-------|
| Instalações | Feminino | 82 | 4.24 | 0.52 | 37.0 | *.039 |
| | Masculino | 3 | 3.78 | 0.10 | | |
| Autonomia profissional e pessoal | Feminino | 82 | 4.17 | 0.55 | 54.0 | .099 |
| | Masculino | 3 | 3.76 | 0.08 | | |
| Compensação financeira | Feminino | 82 | 3.54 | 0.87 | 98.5 | .554 |
| | Masculino | 3 | 3.22 | 0.84 | | |
| Outros benefícios | Feminino | 82 | 4.08 | 0.61 | 108.0 | .719 |
| | Masculino | 3 | 4.13 | 0.13 | | |
| Desempenho profissional e formação | Feminino | 82 | 4.09 | 0.61 | 80.5 | .307 |
| | Masculino | 3 | 3.86 | 0.14 | | |
| Supervisão | Feminino | 82 | 4.02 | 0.79 | 82.5 | .321 |
| | Masculino | 3 | 3.67 | 0.58 | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|----|------|------|-------|------|
| Relações Internas de Trabalho | Feminino | 82 | 4.06 | 0.52 | 113.5 | .820 |
| | Masculino | 3 | 4.07 | 0.17 | | |
| Política e estratégia | Feminino | 81 | 4.05 | 0.58 | 117.0 | .909 |
| | Masculino | 3 | 4.00 | 0.00 | | |
| Mudança e Inovação | Feminino | 82 | 3.96 | 0.61 | 99.5 | .548 |
| | Masculino | 3 | 3.78 | 0.39 | | |
| Qualidade | Feminino | 39 | 4.24 | 0.50 | | |
| | Masculino | 0 | . | . | | |
| Segurança | Feminino | 82 | 4.18 | 0.67 | 94.5 | .483 |
| | Masculino | 3 | 4.00 | 0.00 | | |

* $p < .05$

Os resultados da Tabela 4 permitem determinar se a variável idade influencia as várias dimensões da satisfação no trabalho, verificando-se que as variações observadas não são suficientes para haver diferenças estatisticamente significativas entre as classes etárias constituídas.

Tabela 4 - Teste de *Kruskal-Wallis*: Diferenças na satisfação no trabalho em função da idade

| | Idade | N | M | DP | χ^2_3 | p |
|------------------------------------|---------|----|------|------|------------|------|
| Instalações | 22 a 31 | 23 | 4.16 | 0.63 | 0.63 | .890 |
| | 32 a 42 | 21 | 4.20 | 0.39 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.31 | 0.45 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 4.22 | 0.59 | | |
| Autonomia profissional e pessoal | 22 a 31 | 23 | 4.12 | 0.52 | 1.44 | .697 |
| | 32 a 42 | 21 | 4.16 | 0.56 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.27 | 0.56 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 4.07 | 0.57 | | |
| Compensação financeira | 22 a 31 | 23 | 3.71 | 0.77 | 4.10 | .251 |
| | 32 a 42 | 21 | 3.33 | 0.91 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 3.73 | 0.80 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 3.28 | 0.97 | | |
| Outros benefícios | 22 a 31 | 23 | 3.99 | 0.65 | 1.73 | .631 |
| | 32 a 42 | 21 | 4.04 | 0.56 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.23 | 0.59 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 4.06 | 0.63 | | |
| Desempenho profissional e formação | 22 a 31 | 23 | 3.97 | 0.60 | 2.67 | .446 |
| | 32 a 42 | 21 | 4.18 | 0.51 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.14 | 0.69 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 4.03 | 0.61 | | |
| Supervisão | 22 a 31 | 23 | 3.99 | 0.89 | 1.19 | .756 |
| | 32 a 42 | 21 | 3.86 | 0.88 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.15 | 0.63 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 4.02 | 0.76 | | |
| Relações Internas de Trabalho | 22 a 31 | 23 | 3.99 | 0.60 | 1.08 | .781 |
| | 32 a 42 | 21 | 4.07 | 0.47 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.11 | 0.52 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 4.07 | 0.46 | | |
| Política e estratégia | 22 a 31 | 23 | 4.09 | 0.56 | 0.90 | .824 |
| | 32 a 42 | 20 | 4.08 | 0.58 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.08 | 0.61 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 3.92 | 0.55 | | |
| Mudança e Inovação | 22 a 31 | 23 | 3.96 | 0.67 | 3.08 | .380 |
| | 32 a 42 | 21 | 3.90 | 0.66 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.12 | 0.54 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 3.81 | 0.52 | | |
| Qualidade | 22 a 31 | 9 | 4.19 | 0.41 | 1.12 | .773 |
| | 32 a 42 | 10 | 4.23 | 0.65 | | |
| | 43 a 53 | 10 | 4.20 | 0.58 | | |
| | 54 a 65 | 9 | 4.37 | 0.33 | | |
| Segurança | 22 a 31 | 23 | 3.90 | 0.84 | 5.69 | .128 |
| | 32 a 42 | 21 | 4.24 | 0.49 | | |
| | 43 a 53 | 22 | 4.42 | 0.57 | | |
| | 54 a 65 | 18 | 4.17 | 0.59 | | |

Para a análise relativa à relação entre o tipo de contrato dos colaboradores e as dimensões da satisfação no trabalho, foi definida uma categoria agregando todos os tipos de contrato, considerados pelos investigadores, precários (estágio, contrato de inserção e prestação de serviços). Na Tabela 5 observa-se que ocorrem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões “Instalações”, “Autonomia profissional e pessoal”, “Compensação financeira”, “Desempenho profissional e formação”, “Relações Internas de Trabalho”, “Politica e estratégia” e “Segurança”, sendo a satisfação superior para quem tem contrato temporário e inferior para os colaboradores com vínculo precário.

Tabela 5 - Teste de *Kruskal-Wallis*: Diferenças na satisfação no trabalho em função do tipo de contrato

| | Tipo de contrato | N | M | DP | χ^2_2 | p |
|------------------------------------|------------------|----|------|------|------------|---------|
| Instalações | sem termo | 66 | 4.21 | 0.46 | 13.33 | ** .001 |
| | temporário | 12 | 4.57 | 0.64 | | |
| | precário | 7 | 3.74 | 0.40 | | |
| Autonomia profissional e pessoal | sem termo | 66 | 4.17 | 0.54 | 9.14 | ** .010 |
| | temporário | 12 | 4.36 | 0.58 | | |
| | precário | 7 | 3.65 | 0.25 | | |
| Compensação financeira | sem termo | 66 | 3.46 | 0.88 | 12.54 | ** .002 |
| | temporário | 12 | 4.19 | 0.58 | | |
| | precário | 7 | 3.00 | 0.47 | | |
| Outros benefícios | sem termo | 66 | 4.08 | 0.60 | 5.53 | .063 |
| | temporário | 12 | 4.31 | 0.66 | | |
| | precário | 7 | 3.68 | 0.34 | | |
| Desempenho profissional e formação | sem termo | 66 | 4.07 | 0.60 | 7.51 | * .023 |
| | temporário | 12 | 4.37 | 0.60 | | |
| | precário | 7 | 3.67 | 0.27 | | |
| Supervisão | sem termo | 66 | 4.02 | 0.81 | 5.35 | .069 |
| | temporário | 12 | 4.25 | 0.68 | | |
| | precário | 7 | 3.48 | 0.50 | | |
| Relações Internas de Trabalho | sem termo | 66 | 4.06 | 0.47 | 6.28 | * .043 |
| | temporário | 12 | 4.25 | 0.67 | | |
| | precário | 7 | 3.67 | 0.39 | | |
| Politica e estratégia | sem termo | 65 | 4.04 | 0.56 | 8.22 | * .016 |
| | temporário | 12 | 4.33 | 0.56 | | |
| | precário | 7 | 3.57 | 0.43 | | |
| Mudança e Inovação | sem termo | 66 | 3.95 | 0.57 | 5.77 | .056 |
| | temporário | 12 | 4.19 | 0.72 | | |
| | precário | 7 | 3.55 | 0.46 | | |
| Qualidade | sem termo | 35 | 4.27 | 0.52 | 2.30 | .317 |
| | temporário | 2 | 4.00 | 0.00 | | |
| | precário | 2 | 4.00 | 0.00 | | |
| Segurança | sem termo | 66 | 4.19 | 0.63 | 11.30 | ** .004 |
| | temporário | 12 | 4.47 | 0.70 | | |
| | precário | 7 | 3.52 | 0.42 | | |

* $p < .05$; ** $p < .01$

Com o intuito de testarmos se o tempo de serviço na instituição influencia de forma significativa a satisfação do colaborador com o trabalho, analisando a Tabela 6, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Autonomia Profissional e Pessoal”, “Outros Benefícios”, “Desempenho Profissional e Formação”, “Supervisão”, “Relações Internas de Trabalho” e “Politica e Estratégia”. Para todas estas dimensões verifica-se uma tendência para o aumento da satisfação com o aumento do tempo de serviço na instituição, exceto na dimensão “Autonomia Profissional e Pessoal”, onde os indivíduos que trabalham na Instituição entre os 6 e os 10 anos se sentem mais satisfeitos.

Tabela 6 - Teste de *Kruskal-Wallis*: Diferenças na satisfação no trabalho em função do tempo de serviço

| | Tempo de serviço | N | M | DP | χ^2_3 | p |
|----------------------------------|------------------|----|------|------|------------|--------|
| Instalações | Menos de um ano | 16 | 4.05 | 0.50 | 2.88 | .410 |
| | 1 a 5 anos | 24 | 4.22 | 0.59 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 4.19 | 0.56 | | |
| | Mais de 10 anos | 30 | 4.33 | 0.42 | | |
| Autonomia profissional e pessoal | Menos de um ano | 16 | 3.79 | 0.44 | 9.63 | * .022 |
| | 1 a 5 anos | 24 | 4.17 | 0.61 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 4.33 | 0.51 | | |

Gomes, S., Ribeiro, C. & Pereira, P. (2016). Leadership Styles of Technical Directors and Job Satisfaction of Employees: A study conducted in PSSI's of the Districts of Guarda and Viseu. *Millenium*, 2(1), 107-123.

| | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|----|------|------|-------|--------|
| Compensação financeira | Mais de 10 anos | 30 | 4.24 | 0.49 | 4.32 | .229 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.19 | 0.71 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 3.60 | 0.92 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 3.69 | 1.14 | | |
| Outros benefícios | Mais de 10 anos | 30 | 3.57 | 0.72 | 9.61 | * .022 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.70 | 0.56 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 4.04 | 0.70 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 4.22 | 0.57 | | |
| Desempenho profissional e formação | Mais de 10 anos | 30 | 4.24 | 0.47 | 10.52 | * .015 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.63 | 0.59 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 4.10 | 0.68 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 4.20 | 0.52 | | |
| Supervisão | Mais de 10 anos | 30 | 4.24 | 0.46 | 8.33 | * .040 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.73 | 0.65 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 3.83 | 0.91 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 3.96 | 0.87 | | |
| Relações Internas de Trabalho | Mais de 10 anos | 30 | 4.31 | 0.63 | 10.09 | * .018 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.88 | 0.46 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 4.02 | 0.59 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 3.90 | 0.49 | | |
| Política e estratégia | Mais de 10 anos | 30 | 4.26 | 0.42 | 11.13 | * .011 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.67 | 0.51 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 4.05 | 0.65 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 4.03 | 0.44 | | |
| Mudança e Inovação | Mais de 10 anos | 29 | 4.25 | 0.50 | 7.42 | .060 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.64 | 0.50 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 3.92 | 0.75 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 3.93 | 0.66 | | |
| Qualidade | Mais de 10 anos | 30 | 4.16 | 0.41 | 4.97 | .174 |
| | Menos de um ano | 4 | 3.96 | 0.08 | | |
| | 1 a 5 anos | 6 | 4.14 | 0.46 | | |
| | 6 a 10 anos | 7 | 4.14 | 0.68 | | |
| Segurança | Mais de 10 anos | 22 | 4.35 | 0.48 | 5.22 | .156 |
| | Menos de um ano | 16 | 3.98 | 0.67 | | |
| | 1 a 5 anos | 24 | 3.99 | 0.84 | | |
| | 6 a 10 anos | 15 | 4.31 | 0.45 | | |
| | Mais de 10 anos | 30 | 4.37 | 0.51 | | |

* p<.05; ** p<.01

Na Tabela 7 apresentam-se os resultados do estudo da relação entre as habilitações literárias e a satisfação no trabalho dos colaboradores, que possibilitam verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Compensação Financeira”, “Outros Benefícios”, “Mudança e Inovação” e “Segurança”. Para as dimensões mencionadas, surgem como mais satisfeitos os colaboradores que possuem o segundo e terceiro ciclo do ensino básico, estando menos satisfeitos os colaboradores com um curso superior, seguidos dos que apresentam ensino secundário.

Tabela 7 - Teste de Kruskal-Wallis: Diferenças na satisfação no trabalho em função das habilitações literárias

| | Habilitações | N | M | DP | χ^2_4 | p |
|----------------------------------|--------------|----|------|------|------------|--------|
| Instalações | 1º Ciclo | 25 | 4.22 | 0.53 | 7.55 | .110 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.21 | 0.50 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.33 | 0.41 | | |
| | Secundário | 15 | 4.40 | 0.48 | | |
| | Superior | 12 | 3.81 | 0.56 | | |
| Autonomia profissional e pessoal | 1º Ciclo | 25 | 4.13 | 0.52 | 3.59 | .464 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.22 | 0.52 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.26 | 0.61 | | |
| | Secundário | 15 | 4.14 | 0.52 | | |
| | Superior | 12 | 3.94 | 0.54 | | |
| Compensação financeira | 1º Ciclo | 25 | 3.41 | 0.78 | 11.09 | * .026 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.03 | 0.66 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 3.73 | 0.91 | | |
| | Secundário | 15 | 3.56 | 0.72 | | |
| | Superior | 12 | 2.89 | 0.98 | | |
| Outros benefícios | 1º Ciclo | 25 | 4.17 | 0.54 | 10.29 | * .036 |

| | | | | | | |
|------------------------------------|------------|----|------|------|-------|---------|
| | 2º Ciclo | 11 | 4.26 | 0.49 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.18 | 0.63 | | |
| | Secundário | 15 | 4.05 | 0.64 | | |
| | Superior | 12 | 3.58 | 0.55 | | |
| Desempenho profissional e formação | 1º Ciclo | 25 | 4.13 | 0.51 | 9.03 | .060 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.26 | 0.45 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.16 | 0.73 | | |
| | Secundário | 15 | 4.10 | 0.57 | | |
| | Superior | 12 | 3.65 | 0.52 | | |
| Supervisão | 1º Ciclo | 25 | 4.17 | 0.67 | 6.33 | .176 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.27 | 0.42 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.09 | 0.74 | | |
| | Secundário | 15 | 3.78 | 0.97 | | |
| | Superior | 12 | 3.53 | 0.95 | | |
| Relações Internas de Trabalho | 1º Ciclo | 25 | 4.15 | 0.45 | 8.53 | .074 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.11 | 0.36 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.11 | 0.53 | | |
| | Secundário | 15 | 4.08 | 0.53 | | |
| | Superior | 12 | 3.70 | 0.61 | | |
| Politica e estratégia | 1º Ciclo | 25 | 4.10 | 0.52 | 4.12 | .390 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.09 | 0.32 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.14 | 0.66 | | |
| | Secundário | 14 | 4.00 | 0.62 | | |
| | Superior | 12 | 3.77 | 0.60 | | |
| Mudança e Inovação | 1º Ciclo | 25 | 3.97 | 0.46 | 9.74 | * .045 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.18 | 0.43 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.14 | 0.65 | | |
| | Secundário | 15 | 3.82 | 0.68 | | |
| | Superior | 12 | 3.53 | 0.63 | | |
| Qualidade | 1º Ciclo | 16 | 4.28 | 0.35 | 5.13 | .274 |
| | 2º Ciclo | 5 | 4.30 | 0.40 | | |
| | 3º Ciclo | 6 | 4.53 | 0.27 | | |
| | Secundário | 7 | 3.86 | 0.74 | | |
| | Superior | 5 | 4.23 | 0.64 | | |
| Segurança | 1º Ciclo | 25 | 4.29 | 0.51 | 19.17 | ** .001 |
| | 2º Ciclo | 11 | 4.36 | 0.46 | | |
| | 3º Ciclo | 22 | 4.44 | 0.56 | | |
| | Secundário | 15 | 4.13 | 0.63 | | |
| | Superior | 12 | 3.33 | 0.67 | | |

* p<.05; ** p<.01

Portanto, globalmente, podemos afirmar que se verifica a hipótese H1: para o género, em que se verificam dimensões da satisfação no trabalho superiores para o género feminino; para o tipo de contrato, em que a satisfação com várias dimensões é superior para quem tem contrato temporário e inferior para os colaboradores com contrato considerado precário; para o tempo de serviço, em que a satisfação com várias das dimensões aumenta com o aumento do tempo de ligação às instituições; e para as habilitações literárias, em que ocorrem valores superiores de dimensões da satisfação para os colaboradores com o segundo e terceiro ciclo do ensino básico e valores inferiores para os colaboradores com ensino superior, seguidos dos que têm o ensino secundário.

Hipótese 2: Existe relação significativa entre o estilo de liderança do diretor técnico e a satisfação do colaborador no trabalho, segundo a perspetiva dos colaboradores.

De forma a determinar se existe relação significativa entre o estilo de liderança do diretor técnico e a satisfação no trabalho, segundo a perspetiva dos colaboradores, na Tabela 8, relacionamos as dimensões do estilo de liderança com as dimensões da satisfação. Analisando a tabela, verificamos que a maioria das associações entre as variáveis, medidas pelo coeficiente de correlação de *Pearson* (r), se situaram no nível moderado ($.30 < r < .70$), sendo que quanto maior for o valor de r , maior a associação linear entre as dimensões: a correlação é superior para a associação entre a dimensão "Outros Benefícios" da satisfação no trabalho e as dimensões "Tarefa" e "Relacionamento" dos estilos de liderança, seguidas da "Situacional" e para a associação entre a dimensão "Autonomia profissional e pessoal" da satisfação no trabalho e a dimensão "Relacionamento" dos estilos de liderança.

Os valores de prova associados às relações analisadas indicam que todas são estatisticamente significativas, pelo que podemos afirmar que há uma relação positiva entre todas as dimensões da satisfação no trabalho e todas as dimensões dos estilos de liderança, aceitando-se deste modo a hipótese H2.

Tabela 8 - Correlação de Pearson: Relação entre as dimensões do estilo de liderança e as dimensões da satisfação

| N = 85 | | Dimensão do Estilo de Liderança | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------|----------|----------|
| | | Relacionamento | Situacional | Tarefa | |
| Dimensão da Satisfação no Trabalho | Instalações | r | .562(**) | .438(**) | .526(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| | Autonomia profissional e pessoal | r | .639(**) | .616(**) | .590(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| | Compensação financeira | r | .346(**) | .307(**) | .325(**) |
| | | p | .001 | .004 | .002 |
| | Outros benefícios | r | .654(**) | .637(**) | .655(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| | Desempenho profissional e formação | r | .628(**) | .613(**) | .586(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| | Supervisão | r | .588(**) | .566(**) | .550(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| | Relações Internas de Trabalho | r | .578(**) | .513(**) | .524(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| | Política e estratégia | r | .523(**) | .548(**) | .505(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| | Mudança e Inovação | r | .540(**) | .464(**) | .493(**) |
| | | p | .000 | .000 | .000 |
| Qualidade | r | .569(**) | .570(**) | .598(**) | |
| | p | .000 | .000 | .000 | |
| Segurança | r | .535(**) | .529(**) | .605(**) | |
| | p | .000 | .000 | .000 | |

** p<.01

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo destinou-se a conhecer a relação existente entre o estilo de liderança utilizado pelos diretores técnicos que exercem funções em nove IPSS's dos distritos da Guarda e Viseu e o grau de satisfação dos seus colaboradores. Foi ainda nossa pretensão estimar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na satisfação no trabalho.

Do estudo empírico conclui-se que a amostra em estudo é maioritariamente feminina, com idades compreendidas entre os 22 e os 65 anos, maioritariamente a exercer funções há mais de 10 anos nas Instituições através de contratos sem termo, o que nos faz acreditar que as IPSS's podem ser um organismo de resposta às populações mais vulneráveis para o mercado de trabalho (por um lado, indivíduos muito novos, em princípio com pouca ou nenhuma experiência profissional e, por outro, indivíduos com uma idade próxima dos 65 anos, que podem ter alguma dificuldade de inserção no mercado de trabalho) e ao mesmo tempo constituem-se como uma porta para um emprego pautado pela segurança e estabilidade contratual. Ao nível das habilitações literárias, destacamos uma amostra com baixas qualificações, pois mais de 50% dos inquiridos não possui além do 3º ciclo do ensino básico. E quanto à resposta social a que estão afetos, observa-se que a maior parte trabalha em Lar, explicando-se este valor pelas exigências normativas que regulam os quadros de pessoal da resposta social Lar (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março). Ainda através da escala de satisfação no trabalho, verificamos que a dimensão onde os colaboradores referiram que se sentem menos satisfeitos foi a dimensão "Compensação Financeira" e a que se sentem mais satisfeitos foi a dimensão "Qualidade".

Numa fase seguinte e através da realização de testes estatísticos concluímos que a satisfação da amostra em estudo variou em função de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais, tendo-se registado os resultados sintetizados em seguida.

Para a variável género, apesar do número limitado de colaboradores do género masculino (n=3), observou-se diferença estatisticamente significativa para a dimensão "Instalações", com melhores resultados para o género feminino. Com efeito, Peiró e Prieto (1996)concluíram que a satisfação no trabalho depende de condições específicas, como equipamentos e ferramentas de trabalho, condições de segurança e localização da organização. Já Amaro (2007) verificou que a satisfação profissional relativamente às profissões que prestam cuidados à família e à comunidade é mais elevada no sexo feminino. Para as restantes dimensões não se registou nenhuma diferença significativa.

Relativamente à variável idade, não se verificaram diferenças significativas. Resultado que contraria a opinião de Cunha et al. (2007), no entanto, vai ao encontro de outros autores (Cordeiro & Pereira, 2006; Martinez, Paraguaya & Latorreb, 2004) que não encontraram, nas investigações efetuadas, relação entre a idade e a satisfação no trabalho. No que concerne à variável tipo de contrato, verificaram-se diferenças significativas relativamente às dimensões: "Instalações", "Autonomia profissional e pessoal", "Compensação financeira", "Desempenho profissional e formação", "Relações Internas de Trabalho", "Política e estratégia" e "Segurança", sendo a satisfação superior para quem tem contrato temporário e inferior para os colaboradores com contrato

precário. Já Lopes (2011) encontrou uma relação positiva e significativa entre a percepção de cumprimento do contrato psicológico e a implicação dos colaboradores com a organização e observou que nos trabalhadores temporários, a percepção de cumprimento do contrato psicológico explicou mais 2% da sua implicação afetiva quando comparados com os trabalhadores permanentes. A referida autora justifica este resultado referindo que para estes colaboradores é feito um contrato psicológico mais restrito, o que pode ser a causa para um melhor cumprimento do mesmo.

No que concerne à variável tempo de serviço, verificaram-se diferenças significativas para as dimensões “Autonomia Profissional e Pessoal”; “Outros Benefícios”; “Desempenho Profissional e Formação”; “Supervisão”; “Relações Internas de Trabalho” e “Política e Estratégia”, sendo que os colaboradores que trabalham há menos de um ano na instituição foram os que apresentaram menores níveis de satisfação e os mais satisfeitos foram os que trabalhavam há mais de 10 anos na instituição. Vroom (1964, cit. por Ribeiro, 2005) ajuda-nos a explicar estes resultados referindo que os profissionais com menos experiência no período de integração na organização não obtêm a respetiva recompensa face aos resultados que consideram ter alcançado, o que faz com que as suas expectativas fiquem aquém do esperado, resultando assim num decréscimo do grau de satisfação com o trabalho. Por outro lado, o mesmo autor confirma no seu estudo que o tempo de serviço influencia a satisfação, assim, segundo os resultados encontrados pelo autor, quanto maior for o tempo de vínculo, maior será a satisfação do colaborador.

A variável habilitações literárias fez variar de forma significativa a satisfação dos colaboradores nas dimensões “Compensação Financeira”, “Outros Benefícios”, “Mudança e Inovação” e “Segurança”, apresentando maior satisfação os colaboradores com segundo e terceiro ciclo do ensino básico e menor satisfação os colaboradores com um curso superior, seguidos dos que apresentam ensino secundário. Tais resultados vão ao encontro do que foi apresentado no relatório do Observatório Nacional dos Recursos Humanos em 2011, que referia que os trabalhadores com menores habilitações literárias são os que manifestam maior grau de satisfação no local de trabalho, por oposição aos que detêm qualificação superior. Tal pode ser explicado ao nível das expectativas, pois os menos qualificados são os mais conformados com o trabalho que exercem. Vara (2007) afirma que os indivíduos com maiores níveis académicos têm trabalhos com maiores responsabilidades e maior *stress* e estão mais vulneráveis quando as expectativas em relação ao seu trabalho não são satisfeitas. Pimentel (2011) acrescenta que muitos licenciados estão a realizar tarefas mal remuneradas, relativamente ao que esperavam ganhar por ter um curso superior, causando esta situação insatisfação.

Para complementar os resultados anteriores, foi realizada também uma análise exploratória em função da resposta social onde o colaborador desempenha funções, não tendo sido realizada uma análise inferencial, pois algumas das respostas sociais constituíam subgrupos de pequena dimensão na amostra em estudo. Ainda assim verificou-se uma tendência para indivíduos menos satisfeitos nas respostas sociais Lar e Unidade de Cuidados Continuados. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de estas serem as duas únicas respostas sociais que funcionam 24 horas por dia, o que significa que os colaboradores têm de trabalhar por turnos. No estudo de Vara, Queiroz e Galvão (2010), os resultados demonstraram que os colaboradores que trabalham por turnos apresentam maiores níveis de exaustão, de *burnout* e expressam menos emoções positivas. Também por norma, estes dois tipos de resposta social acolhem uma tipologia de utentes/clientes que se caracteriza por apresentar níveis elevados de demência e dependência, relativamente às outras respostas sociais que contemplamos no nosso estudo. Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) referem que o cuidar de idosos com demência está associado a elevados níveis de insatisfação no trabalho, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença e que provocam um desgaste físico e emocional nos cuidadores.

Relativamente ao estilo de liderança dos diretores técnicos, verificamos que na opinião dos colaboradores os estilos dominantes são o situacional e o relacional, seguindo-se o estilo tarefa. Como a diferença entre a prevalência média do estilo situacional e do estilo relacional é reduzida, tal pode significar que os colaboradores classificaram os seus diretores como sendo líderes situacionais, no entanto, apresentam uma tendência para um comportamento mais voltado para o relacionamento do que para a tarefa.

Procurámos também saber se existia associação entre a satisfação dos colaboradores e o estilo de liderança dos diretores técnicos, em que concluímos que há relação entre as dimensões da satisfação e os estilos de liderança tarefa, relacionamento e situação, sendo que a este nível se identificou que os colaboradores se sentem mais satisfeitos quando o líder apresenta comportamentos que vão ao encontro do estilo relacionamento e menos satisfeitos quando o estilo de liderança evidenciado pelo diretor técnico é mais voltado para a tarefa, resultados que se coadunam com os estudos efetuados por Almeida (2012), Acioly (2007) e Serrenho (2010).

Assim, os nossos resultados parecem evidenciar que o estilo de liderança que promove maior satisfação nos colaboradores é aquele que na literatura está identificado como o líder transformacional, que por meio do bom relacionamento que estabelece com os seus subordinados, inspira-os e promove a sua satisfação.

CONCLUSÃO

Perante as condições adversas que as organizações atravessam diariamente, as pessoas fazem a diferença! O contexto atual impõe inúmeros desafios à gestão do capital humano, cada vez mais os gestores perspetivam a área da gestão de pessoas como complexa,

mas também como uma estratégia para alcançar os objetivos organizacionais (Lopes, 2011; Martinez, 2015).

Por outro lado, a satisfação profissional é um importante motor para a produtividade e aumento do desempenho profissional. É neste contexto que emerge a importância da figura do líder, este deve ser capaz de gerar mudança, ao nível, por exemplo, da criação de estratégias capazes de promover e de elevar a satisfação profissional da equipa.

No caso específico das IPSS's, os desafios que atualmente se colocam prendem-se, entre outros, com a necessidade de uma conduta baseada num forte sentido de profissionalismo, pois a existência de equipas competentes e motivadas constitui um fator de sucesso destas e de outras organizações. É necessário que as IPSS's, à semelhança das organizações empresariais, preocupem-se cada vez mais com a gestão eficaz dos seus recursos humanos, abrindo um espaço para a sensibilização e formação dos seus diretores técnicos em áreas como a da liderança, para que estes possam desenvolver competências que permitam satisfazer e motivar os colaboradores.

Por último, realçamos as principais limitações do nosso estudo, que se prendem, por um lado, com o número reduzido de inquiridos, o que inviabiliza a generalização dos resultados, e, por outro, o facto de não termos contemplado a opinião dos diretores técnicos, que certamente nos dariam informações complementares e significativas sobre as temáticas investigadas. Fica assim como proposta para futuras investigações.

BIBLIOGRAFIA

- Acioly, A. (2007). *Análise do estilo de liderança de gerentes de agências do Banco do Brasil e sua influência na manutenção e promoção da motivação dos funcionários* (Trabalho de pós-graduação em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Florianópolis. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13934/000649699.pdf?...1>
- Almeida, A. (2012). *Satisfação dos enfermeiros face ao estilo de liderança* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Amaro, H. (2007). Comportamentos organizacionais assertivos e burnout nos profissionais de enfermagem. *Nursing*, 221. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2884-comportamentos-comunicacionais-assertivos-e-burnout-nos-profissionais-de-enfermagem#.VEE1fGddWn8>.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D. Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862011000100008&lng=pt&tlng=pt
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas* (2.ª ed.). São Paulo: Elsevier.
- Cordeiro, S., & Pereira, F. (2006). Características do trabalho, variáveis sócio-demográficas como determinantes da satisfação no trabalho na marinha portuguesa. *Revista Lusófona de Humanidades e Tecnologias, América do Norte*, 1. Disponível em <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rhumanidades/article/view/1273>
- Cunha, M., & Rego, A. (2003). *A essência da liderança*. Lisboa: RH Editora.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (6.ª Ed.). Lisboa: RH Editora.
- Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro, *Diário da República n.º 221/14 – I Série*. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.
- Decreto-lei n.º 119/ 83, de 25 de fevereiro, *Diário de República n.º 46/83 – I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa.
- Fernandes, J. (2011). *A Gestão de recursos humanos nas organizações sem fins lucrativos: O caso da APPACDM do Porto* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto. Disponível em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/57294/2/AGRHnasOSFLJliaGonalvesFernandes.pdf>
- Figueiredo, L. (2012). *A Gestão de conflitos numa organização e consequente satisfação dos colaboradores* (Dissertação de Mestrado não publicada). Centro Regional de Viseu, Universidade Católica Portuguesa, Viseu.

Gomes, S., Ribeiro, C. & Pereira, P. (2016). Leadership Styles of Technical Directors and Job Satisfaction of Employees: A study conducted in PSSIs of the Districts of Guarda and Viseu. *Millenium*, 2(1), 107-123.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Hersey, P., & Blanchard, K. (1986). *Psicologia para administradores: A teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo: EPU. Disponível em http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp000479.pdf

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2.ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). *Questionário de avaliação da satisfação. Lar de Infância e Juventude*. Consultado a 23 de novembro de 2013 em: http://www4.segsocial.pt/documents/10152/13337/Lar+de+Inf%C3%A2ncia+e+Juventude_Question%C3%A1rios+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+da+Satisfa%C3%A7%C3%A3o

Lopes, S. (2011). *Práticas de recursos humanos, perceção de cumprimento do contrato psicológico e implicação afetiva: Estudo exploratório com uma amostra de trabalhadores temporários e trabalhadores permanentes numa empresa do ramo da indústria electrónica* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4420/1/ulfpie039545_tm.pdf

Marinha, C. (2013). *A Liderança numa organização terrorista: A Al-Qaeda como estudo de caso* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23285/1/Tese%20C%C3%A2ndida.pdf>

Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5.ªed.). Pêro Pinheiro: Edições ReportNumber.

Marquese, E., & Moreno, C. (2005). Satisfação no trabalho: Uma breve revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 30 (112), 69-79.

Martinez, L. F. (2015). Breve introdução à gestão de recursos humanos. In A. I. Ferreira, L. F. Martinez, F. G. Nunes & H. Duarte (Org.), *GRH para gestores* (pp. 29-36). Lisboa: Editora Rh.

Martinez, M., Paraguaya, A., & Latorreb, M. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista Saúde Pública*, 38 (1), 55-61. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18452.pdf>

Melo, E. (2004). Escala de avaliação do estilo gerencial (EAEG): Desenvolvimento e validação. *Revista Psicologia*, 4 (2), 31-62. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572004000200003&lng=pt&tlng=pt

Muñiz, J. (2003). *Teoria clássica de los tests*. Madrid: Pirâmide.

Muñiz, J., Fidalgo, A.M., García-Cueto, E., Martinez, R.J., & Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.

Nogueira, E. (2012). *Os Estilos de liderança em um grupo de micro e pequenas empresas do sector de vestuário da Cidade de Picos cuja gestão é exercida por mulheres* (Monografia não publicada apresentada ao curso de Bacharelato em Administração). Campus Senador Helvídio Nunes Barros. Universidade Federal do Piauí, Brasil. Disponível em

http://www.ufpi.br/subsiteFiles/admpicos/arquivos/files/TCC%20Adm_%20Eurimar%20UFPI%202013.pdf

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Observatório Nacional dos Recursos Humanos. (2011). *Trabalhadores com menos habilitações são os mais satisfeitos no trabalho - Estudo*. LUSA - Agência de Notícias de Portugal, S.A. Consultado a 5 de outubro de 2015, em <http://www.rtp.pt/noticias/?article=440766&layout=121&visual=49&tm=6&>

Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS* (5.ª ed. Rev. e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.

Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, *Diário da República*, 1.ª série — n.º 58. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa.

Ribeiro, P. (2005). *Satisfação dos profissionais de saúde* (Dissertação de Mestrado não publicada). ISCTE, Lisboa.

Serrenho, M. (2010). *Liderança e satisfação no trabalho: Um estudo de liderança como factor de satisfação no trabalho no setor*

Gomes, S., Ribeiro, C. & Pereira, P. (2016). Leadership Styles of Technical Directors and Job Satisfaction of Employees: A study conducted in PSSI's of the Districts of Guarda and Viseu. *Millenium*, 2(1), 107-123.

hoteleiro (Dissertação de Mestrado não publicada). Loulé: Instituto Superior Dom Afonso III. Disponível em https://www.academia.edu/5153644/Lideranca_e_satisfacao_no_trabalho

Spector, P. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes and consequences*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Teixeira, S. (2013). *Gestão das organizações* (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.

Vara, N., Queirós, C., & Galvão, A. (2010). *A influência das emoções no burnout de profissionais de saúde em estágio*. Póster em Conferencia Internacional. Porto: FPCEUP. Disponível em

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/39473/2/69964.pdf>

Millenium, 2(1), 125-136.

PERCEÇÃO DO EMPOWERMENT DOS ENFERMEIROS NUMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE
PERCEPTION OF NURSES' EMPOWERMENT IN HEALTHCARE ORGANIZATION SETTINGS
PERCEPCIÓN DEL EMPOWERMENT DE LOS ENFERMEROS EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD

Nuno Neves¹
Olivério Ribeiro²

¹ Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital Sousa Martins, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS, ESSV, Departamento de Enfermagem, Viseu, Portugal

Nuno Neves - nunogneves@gmail.com | Olivério Ribeiro - oribeiro@essv.ipv.pt

Autor Correspondente

Nuno Neves

Rua da Bela Vista, Poção, Lote 30

Guarda, Portugal

nunogneves@gmail.com

RECEBIDO: 05 de setembro, 2016

ACEITE: 13 de setembro, 2016

RESUMO

Introduction: O conceito de Empowerment na Enfermagem tem sido utilizado e analisado na literatura académica, conceito digno de exploração e interesse para os enfermeiros, chefes e gestores das organizações de saúde. A percepção dos Enfermeiros acerca do Empowerment é determinante nos resultados organizacionais, no aumento da autonomia profissional, no ganho do poder individual e coletivo e nos cuidados ao utente.

Objetivos: Avaliar a percepção dos Enfermeiros acerca do Empowerment (Psicológico e Estrutural), identificar os fatores que influenciam essa percepção e analisar e refletir sobre as consequências dessa percepção.

Métodos: Estudo quantitativo, numa amostra de 269 enfermeiros predominantemente o sexo feminino (76,6%), faixa etária entre os 21 e os 59 anos, cuja média das idades se situa nos 40,36 anos, 68,8% dos participantes licenciados, em exercício de funções num hospital da região da Beira Alta, Portugal.

Resultados: Nos enfermeiros, a percepção de Empowerment Psicológico está relacionado com a percepção de empowerment Estrutural. Os enfermeiros com mais idade e maior tempo de exercício profissional revelaram maior competência e menor oportunidade. Os enfermeiros com maior tempo no atual serviço, apresentam maior competência, mas menor oportunidade, informação, suporte e globalmente, Empowerment Estrutural. Na categoria profissional há diferenças na informação, recursos e poder informal dos Enfermeiros Especialistas.

Conclusão: Os Enfermeiros revelaram bons níveis de Empowerment Psicológico e baixos níveis de Empowerment Estrutural.

Palavras-chaves: Empowerment; percepção dos enfermeiros; organizações de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The concept of Empowerment in nursing has been increasingly used and analyzed in academic literature. It is a concept that nurses, leaders and managers of healthcare institutions should be interested in and should greatly explore.

The perception that nurses have of Empowerment plays a decisive role in the organizational results, in the increase in professional autonomy, in collective and individual power increment and in patients' healthcare providing.

Objectives: To evaluate nurses' perception of Empowerment (Psychological and Structural); to identify the factors that will influence this kind of perception and to reflect on the consequences of that perception.

Methods: Quantitative study, based on a sample composed of 269 nurses, mainly female (76,6%), aged between 21 and 59, with a 40,36 years old average age. 68.8% of the participants have a college degree and are working in a hospital in the Beira Alta region, in Portugal.

Results: In nurses, the perception of Psychological Empowerment is associated with the perception of Structural Empowerment. Older nurses and nurses who have a longer nursing career show higher competence and lower opportunity. Nurses who have spent a longer period of time in their current services show higher competence but less opportunity, information, support and, globally, a lower Structural Empowerment. In this professional category, specialist nurses' opinion about information, resources and informal power is quite different from the one felt by the other nurses.

Conclusion: Nurses show high levels of Psychological Empowerment and low levels of Structural Empowerment.

Keywords: Empowerment; nurses' perception; healthcare organizations.

RESUMEN

Introducción: El concepto de Empowerment en la Enfermería ha sido utilizado y analizado en la literatura académica, es un concepto digno de exploración y de interés para los enfermeros, responsables y gestores de las organizaciones de salud. La percepción que los enfermeros tienen sobre el Empowerment es determinante en los resultados organizativos, en el incremento de la autonomía profesional, el aumento del poder individual y colectivo y en los cuidados prestados a los pacientes.

Objetivos: Evaluar la percepción de los enfermeros sobre el Empowerment (Psicológico y Estructural), identificar los factores que influyen en esa percepción y analizar y reflexionar sobre las consecuencias que puede tener esa percepción.

Métodos: Estudio cuantitativo basado en una muestra de 269 enfermeros, predominantemente del sexo femenino (76,6%), de edades comprendidas entre los 21 y los 59 años, con una media de edad es de 40.36 años. El 68.8% de los participantes tienen un diploma universitario y ejercen su actividad en un hospital de la región de Beira Baixa, Portugal.

Resultados: En los enfermeros, la percepción del Empowerment Psicológico está relacionada con la percepción del Empowerment

Estructural. Los enfermeros de mayor edad y con una carrera profesional más larga revelan una mayor competencia y una menor oportunidad. Los enfermeros que llevan más tiempo en el servicio en el que trabajan actualmente presentan una mayor competencia, pero menos oportunidad, menos información, menos soporte y, globalmente, un menor Empowerment Estructural. En la categoría profesional, hay diferencias en la información, en los recursos y en el poder informal demostrado por los enfermeros especialistas.

Conclusiones: Los Enfermeros revelaron buenos niveles de Empowerment Psicológico y bajos niveles de Empowerment Estructural.

Palabras Clave: Empowerment; percepción de los enfermeros; organizaciones de salud.

INTRODUÇÃO

A análise deste artigo incute aos leitores um pensamento reflexivo para um amplo campo de estudo, que é o da profissão de enfermagem. Durante muito tempo ninguém se preocupou seriamente com a definição de enfermagem ou qual o seu campo interventivo. Até ao fim da década de 50, pouco se fez em relação a esta ciência. A partir daí, parece ter havido um consenso entre os enfermeiros pela procura de conhecimentos específicos da profissão, organizados e sistematizados em teorias e modelos de estruturas, que visassem descrever, explicar e prever fenômenos vinculados à disciplina de enfermagem. A Enfermagem, inicialmente baseava-se essencialmente nos cuidados prestados por mulheres devotas à igreja, cuidados esses baseados meramente em conhecimentos inerentes à sua própria experiência de vida. Com o avanço da medicina científica, a partir da segunda metade do século XX, a enfermagem deu início ao seu processo de autonomização como disciplina e profissão. Foram então desenvolvidas e publicadas várias teorias de enfermagem, em que selecionam e inter-relacionam, a partir de diferentes pontos de vista filosóficos e, conceitos que refletem a natureza e o escopo da Enfermagem (Cianciarullo, 2001).

Neste sentido, surge-nos o interesse pelo fenômeno de *Empowerment* na enfermagem, inserido no sistema organizacional de saúde. O conceito de *Empowerment* tem sido cada vez mais utilizado e analisado na literatura académica, sendo adaptado ao longo do tempo para atender às necessidades de uma variedade de disciplinas (Bartunek e Spreitzer, 2006). Na Enfermagem não foi exceção, e para esta disciplina, o *Empowerment* é referenciado com frequência (Bradbury-Jones, Sambrook, e Irvine, 2008). "A enfermagem encontra-se em estado de mudança, extremamente ativa em definir a sua teoria, a sua prática, investigação, a sua representação social e crítica perante o seu *status* atual e corrente" (Filipe, 2003). Estudos sugerem que em enfermagem, o *Empowerment*, é associado com frequência a menor síndrome de *burnout* nos enfermeiros e menor tensão no trabalho (Manojlovich, 2007). Procuramos de facto, encontrar as melhores estratégias que possam contribuir para que se demonstre a mais-valia da nossa profissão no âmbito dos desafios que se colocam a um sistema de saúde que responda às necessidades dos cidadãos na atualidade e no futuro. Torna-se um conceito digno de exploração e de particular interesse para a enfermagem, chefes e gestores das organizações de saúde.

A literatura sugere que o *Empowerment* é um produto emergente de interações entre fatores individuais, organizacionais e reconhecimento do poder nas relações estabelecidas na prática de enfermagem, questão central deste estudo, tornando-se fulcral a sua clarificação. Decidimos utilizar o termo *Empowerment* na sua forma de origem, ou seja, na língua inglesa, não recorrendo à sua tradução, para manter a sua fidedignidade, segundo Vasconcelos (2003). Definir *Empowerment* constitui o primeiro desafio para melhor se refletir sobre esta temática e para uma melhor explanação da mesma. Traduz-se portanto num processo dinâmico que envolve aspetos cognitivos, afetivos e organizacionais. Significa um aumento de poder, ganho de autonomia (pessoal e coletiva), ganho de autoeficácia, que por sua vez se reflete numa melhoria de relações interpessoais e organizacionais. De acordo com Amendoeira (2004), os Enfermeiros têm dificuldade em desenvolver e justificar o seu poder/autonomia no seio das organizações de saúde, apesar de se sentirem competentes e capazes. No entanto, promover o *Empowerment* nos enfermeiros traduz-se em resultados positivos quer a nível individual/psicológico, quer a nível organizacional/estrutural, nomeadamente no aumento da competência, da autonomia, da confiança, da satisfação, do bem-estar laboral e da qualidade dos cuidados.

Pelo interesse da temática definimos como objetivos não só avaliar a percepção manifestada pelos Enfermeiros acerca do *Empowerment* Psicológico e Estrutural, mas também identificar os fatores que influenciam a sua percepção e analisar e refletir sobre as consequências dessa mesma percepção.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/ REVISÃO DA LITERATURA/ ESTADO DA ARTE / MODELO CONCEPTUAL

A construção do conceito de Empowerment inicia-se na década de 70 influenciada pelos movimentos de autoajuda, seguindo-se a década de 80, pela psicologia comunitária pelo serviço social e, nos anos 90, pelos movimentos que procuravam afirmar o direito de cidadania sobre as diversas esferas sociais, entre as quais, a da saúde (Carvalho, 2004). Este conceito pode ser traduzido

por empoderamento, apoderamento ou emancipação, não sendo contudo consensual a sua tradução e significado, daí optarmos por manter o termo original, em Inglês. Partindo de alguns autores (Vasconcellos, 2003; Silva e Martínez, 2004; Oakley e Clayton, 2003), inferimos Empowerment, como um processo dinâmico que envolve aspetos afetivos, cognitivos e da própria conduta, significando um aumento do poder, um aumento da autonomia pessoal e até coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e organizacionais. Kanter (1993), define poder como a capacidade de mobilizar recursos para realizar a obra.

O conhecimento clínico em enfermagem em termos de emancipação tem sido conseguido ao longo do tempo e os profissionais, eles próprios, estão muitas vezes desatentos à sua aquisição. É pois necessário criar estratégias que o tornem, para que possa ser aumentado e refinado com vista a um conhecimento de perito (Benner, 2001). Desde a década de 80 que a área de Enfermagem tem sido investigada na Europa, Estados Unidos, e Canadá, (Sarmiento, Laschinger, 2004; Decicco, Laschinger, Kerr, 2006; Laschinger, Finegan, Shamian, 2001). Nas duas últimas décadas, esta disciplina foi amplamente estudada pela enfermeira canadense Heather K. Spencer Laschinger, evidenciando a relação entre vários elementos associados ao conceito de Empowerment nas várias vertentes da prática da enfermagem, nomeadamente no ensino, na saúde pública, na enfermagem ao domicílio e com particular destaque no desenvolvimento dos cuidados em ambiente hospitalar. Neste sentido, a perspetiva de Empowerment é fundamental para a enfermagem, construindo competências e conhecimentos que lhe permitam o ganho de autonomia, usufruindo deste constructo para implementar dinâmicas de intervenção promotoras da Saúde.

Compreende-se facilmente que o papel do Empowerment na enfermagem esteja a ganhar cada vez mais visibilidade na saúde, realidade comprovada numa revisão da literatura sobre a relação entre a cultura de enfermagem e a participação dos enfermeiros no seu próprio trabalho (Knol, J. e Linge, R. V., 2009).

O Empowerment na Enfermagem, tanto estrutural como psicológico coexistem no seio laboral. Empowerment estrutural quando as pessoas têm acesso a " informação, apoio, recursos e oportunidades para aprender e crescer " (Laschinger, 2004). Empowerment psicológico quando se tem motivação em relação ao ambiente de trabalho (Manojlovich, 2007).

O trabalho de Rosabeth Moss Kanter sobre o Empowerment organizacional, responsável pela ênfase atribuída ao termo Empowerment já na década de 70 e marco histórico na área de gestão organizacional, merece também o nosso enfoque. Para a autora, o Empowerment é percebido como resultado de estruturas sociais no seio laboral, o que permite aos profissionais serem mais eficazes e apresentarem graus de satisfação mais elevados quando lhes é dado mais autonomia e maiores responsabilidades para tomarem decisões.

A perceção de Empowerment influencia as atitudes laborais, a eficiência organizacional e a produtividade (Kanter, 1993). No seu trabalho foram identificadas seis condições estruturais como sendo conducentes ao fortalecimento no local de trabalho, referindo ainda que essas características no local de trabalho são mais influentes nas atitudes e comportamentos dos funcionários do que as características pessoais, sendo elas a oportunidade (condição de trabalho que reflete as possibilidades de aprendizagem e avanço dentro da organização), o acesso à informação (conhecimento de metas a atingir, decisões organizacionais e até políticas, conhecimentos técnicos necessários para se sentir capaz no vasto contexto organizacional), o acesso ao apoio/suporte (feedback e orientação recebida por parte dos gestores, chefias, e pares, bem como conselhos úteis, apoio emocional, ou até mesmo ajuda que os outros possam fornecer), o acesso a recursos (capacidade do indivíduo para aceder aos materiais, dinheiro, tempo e equipamentos necessários para realizar os objetivos organizacionais), o acesso a estruturas organizacionais e, finalmente o poder. O poder formal, relacionado com os processos organizacionais, com trabalhos de alta visibilidade, essenciais para a organização e que requer decisões independentes, adquirido por um excelente desempenho das atividades definidas no seu trabalho, tornando-se extraordinárias, visíveis, atraindo a atenção dos outros, relevantes para a solução dos problemas organizacionais (Brown e Kanter, 1982) e, por outro lado, o poder informal, resultado de alianças políticas, sociais, pares e até subordinados na organização (Laschinger, 2004 e Wagner et. Al, 2010)

Os objetivos de gestão organizacional passariam assim por ser o de criar condições com vista a uma maior eficiência do trabalho, assegurando que os enfermeiros tenham acesso a informação, apoio, recursos e poder, necessários para atingir os objetivos e que facultem oportunidades para o seu desenvolvimento.

O Empowerment facultado pelo ambiente laboral, como que prediz o Empowerment organizacional, o qual "(...) só revela uma parte da história, mas por si só não é suficiente"(Manojlovich, 2007).

Numa perspetiva teórica, torna-se pertinente a sua explanação. O Empowerment deve ser visto sob o ponto de vista do indivíduo (Kuokkanen e Leino-Kilpi, 2000) e este reconhece que o Empowerment é também uma experiência psicológica (Manojlovich, 2007). Nesta vertente o Empowerment é visto como um processo de crescimento e desenvolvimento individual, sendo fatores-chave as suas crenças, as opiniões, os valores e as suas próprias perceções (Kuokkanen e Leino-Kilpi, 2000). No mesmo sentido, Spreitzer (1995) desenvolveu a versão psicológica do Empowerment, considerado como uma construção motivacional que se manifesta num conjunto de quatro dimensões: a competência, perceção do indivíduo em se sentir capaz de executar uma tarefa com sucesso (Thomas e Velthouse, 1990); a autodeterminação, traduzindo a autonomia para iniciar e continuar uma atividade no trabalho, dando como exemplo o tomar decisões sobre os próprios métodos de trabalho (Manríquez, Ramírez, e Guerra, 2004); o

Neves, N. & Ribeiro, O. (2016). Perception of nurses' Empowerment in healthcare organization settings. *Millenium*, 2(1), 125-136.

sentido/significado relativo à percepção de uma tarefa, trabalho ou projeto específico que se quer congruente com as crenças, atitudes e valores do colaborador (Thomas e Velthouse, 1990); o impacto do sentimento pessoal resultante do ambiente de trabalho, todas elas moldadas por um ambiente de trabalho (Sommer, Nunes, Hipólito, Brites, Pires, e Pires, 2010).

Torna-se então evidente uma perspetiva teórica alternativa ao Empowerment estrutural, onde se reconhece o facto de que o Empowerment apresenta também uma conotação psicológica fulcral.

Laschinger et al (2001) somatiza que o Empowerment psicológico está relacionado o comprometimento organizacional, podendo ser uma variável entre o Empowerment estrutural e o comportamento do individuo. A percepção de pertença de Empowerment psicológico é resultado de fatores ambientais presentes na estrutura organizacional, derivando desta interação entre estes fatores, a percepção de Empowerment.

O conceito de Empowerment enquadra-se no pressuposto de que os colaboradores são recursos com experiência e conhecimentos, despertando interesses comuns no contexto do desenvolvimento organizacional, pois numa sociedade em constante mudança, as organizações precisam de trabalhadores motivados, que assumam as suas responsabilidades e que visem a excelência.

O constructo de Empowerment na enfermagem tornou-se um fator cada vez mais importante na determinação da saúde e bem-estar aplicado às organizações de saúde, agora reestruturadas. Segundo (Laschinger, Almost, Tuer-Hodes, 2003; Matthews, Laschinger, Spence, Johnstone, 2006; Laschinger, Finegan, 2005), nessas organizações, a facilidade no acesso à informação, a participação nas atividades de qualificação e uso de Empowerment, influenciam a enfermagem, visando uma prática profissional com mais autonomia e de nível mais elevado, contribuindo assim para a maior qualidade no processo do cuidar a pessoa doente, e consequentemente, com resultados positivos para a organização.

Nas organizações, o Empowerment estrutural contempla o acesso a estruturas como o acesso à informação, o apoio e os recursos do ambiente laboral, os quais permitem aos funcionários realizar o seu trabalho de forma expressiva e mais eficaz. O acesso às oportunidades para a progressão das suas competências e desenvolvimento do conhecimento no seio organizativo é fundamental para a sua eficiência e satisfação no trabalho, e que por sua vez, a não existência dessas mesmas oportunidades cria sentimentos de frustração, hostilidade, fuga ao trabalho e baixos índices de comprometimento com a organização (Kanter, 1993). A falta de acesso a essas estruturas de Empowerment resulta em sentimentos de impotência, o que contrasta com níveis mais altos de Empowerment resultantes da maior motivação para atingir metas pessoais e organizacionais, criando uma maior sensação de autonomia (Kanter, 1993 e Laschinger, 1996).

Assim, vemos o Empowerment como um processo criado socialmente, construído pelas relações individuais que estabelece com o meio e com os seus pares. É fundamental a visão do individuo relativamente ao que acontece à sua volta, o autoconhecimento e a sua pré-disposição, manifestada em ações concretas e comportamentos, resultando no fortalecimento pessoal e profissional, com aumento da sua autonomia, conquista de poder, maior motivação e visibilidade, traduzindo-se em maiores responsabilidades.

1. MÉTODOS

Trata-se de um estudo assente numa metodologia quantitativa, do tipo correlacional e transversal. A população do nosso estudo são todos os enfermeiros que exercem funções no Hospital Sousa Martins (HSM) da Unidade Local de Saúde, EPE, da Guarda, sendo esta constituída por cerca de 400 enfermeiros.

Com base nos objetivos do estudo e no enquadramento teórico exposto, construíram-se as seguintes hipóteses de investigação: Hipótese 1 - A percepção de Empowerment psicológico está relacionada com a percepção de Empowerment estrutural; Hipótese 2 - A percepção de Empowerment (psicológico e estrutural) está relacionada com a idade do enfermeiro; Hipótese 3 - A percepção de Empowerment (psicológico e estrutural) é diferente conforme o sexo do enfermeiro; Hipótese 4 - A percepção de Empowerment (psicológico e estrutural) é diferente conforme o grau académico do enfermeiro; Hipótese 5 - A percepção de Empowerment (psicológico e estrutural) é diferente conforme a categoria profissional do enfermeiro; Hipótese 6 - A percepção de Empowerment (psicológico e estrutural) está relacionada com o tempo de exercício profissional do enfermeiro; Hipótese 7 - A percepção de Empowerment (psicológico e estrutural) está relacionado com o tempo de exercício no atual serviço onde o enfermeiro desempenha funções.

2.1 Amostra

Na análise descritiva relativamente às características sociodemográficas e profissionais dos 269 enfermeiros que colaboraram no estudo, estes apresentavam idades compreendidas entre 21 e 59 anos, sendo a média de idades de 40.36 anos, com desvio padrão 9.04 anos. A maior parte dos elementos da amostra era do género feminino (76.6%). Verificamos também que a maioria dos enfermeiros (68.8%) possuía como grau académico a licenciatura.

No que concerne às características profissionais constatamos que 69.5% dos elementos da amostra ocupavam a categoria de En

fermeiro, seguindo-se 26.4% na categoria de Enfermeiro Especialista. O tempo de exercício profissional situou-se entre 1 mês (0.08 anos) e 35.92 anos, sendo o tempo médio 17.07 anos com desvio padrão 8.92 anos. Verificamos ainda que 19.7% dos enfermeiros referiram tempo de exercício profissional entre 20 e 24 anos. Quanto ao tempo de exercício no atual serviço, verificamos que os profissionais referiram valores entre 1 mês (0.08 anos) e 31.92 anos. O valor médio situou-se nos 9.62 anos com desvio padrão 8.12 anos. Verificamos que 34.2% dos enfermeiros trabalhavam no atual serviço há menos de 5 anos.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O Conditions of Work Effectiveness Questionnaire – II (CWEQ-II), desenvolvido por Laschinger et al (2001), foi utilizado para avaliar a percepção de Empowerment estrutural nos enfermeiros. É uma modificação do CWEQ original da autoria de Chandler (1986), que era composto por 36 itens, e do “Job Activities Scale” (Lashinger, Sabistan e, Kutzcher 1997) e do “Organizational Relationships Scale” (Lashinger, Sabistan e, Kutzcher 1997). A adaptação do CWEQ original, levada a cabo por Laschinger et al (2001), resultou então no CWEQ – II, utilizando um estudo preditivo, não experimental. O instrumento CWEQ-II avalia os 6 componentes descritos por Kanter (1977) na sua teoria de Empowerment estrutural e cada um destes componentes forma uma sub-escala (inclui 19 itens) que se referem a: oportunidade (3 itens), informação (3 itens), suporte (3 itens), recursos (3 itens), poder formal (3 itens), e poder informal (4 itens), além de uma escala de Empowerment global, usada para a validação do construto (2 itens), em que esta evidência, se traduz na correlação entre este valor e o valor total de Empowerment. Em scores, o CWEQ-II usa uma escala de Likert de 5 pontos, com scores que variam de “nenhum” para “muito” em cada item. As perguntas são formuladas de forma positiva, e uma pontuação mais elevada indica um maior nível de Empowerment estrutural.

O Psychological Empowerment Instrument (PEI) desenvolvido por Spreitzer (1995), é um instrumento válido e confiável para avaliar a percepção do nível de Empowerment psicológico no local de trabalho dos funcionários, tendo como suporte o modelo de Thomas e Velthouse (1990), onde foram identificadas quatro dimensões influenciadoras da percepção do Empowerment individual, sendo estas: o sentido, a competência, a autodeterminação e o impacto. Estas dimensões da pesquisa estão representadas por 16 itens, numa escala de Likert de 7 itens, que varia entre 1 (discordo plenamente) e 7 (concordo plenamente), sendo que o valor intermédio (4) é considerado neutro. Assim, a pontuação total varia entre 16 a 112, ou seja, em cada sub-escala entre 4 a 28, onde se pode também calcular uma pontuação média e total.

2.3 Requisitos / Critérios de Inclusão/

Definimos uma amostra intencional assente nos seguintes critérios: enfermeiros pertencentes ao HSM e que se mostraram disponíveis para colaborar no estudo voluntariamente.

2.4 Procedimentos

A aprovação prévia para utilizar esta ferramenta foi obtida a partir do criador principal, e segundo o investigador Teixeira A. (2012), que validou e traduziu as escalas para a realidade portuguesa, refere que Spreitzer, nas informações fornecidas aquando do envio da validação da escala, que pode ser retirado um item a cada dimensão, mantendo a escala as suas propriedades psicométricas, variando portanto a pontuação entre 12 e 84.

A fiabilidade destes dois instrumentos incluídos no questionário que elaborámos foi estudada através da análise da consistência interna das respetivas dimensões e totais. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente alfa de Cronbach, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Os resultados permitem-nos constatar que para as dimensões de ambas as escalas foram observados valores superiores a 0.70, atingindo o valor máximo de 0.92, e para os totais foram encontrados valores superiores a 0.80, concretamente, 0.85, para a escala PEI, e 0.83, para a CWEQ-II. Podemos, assim, concluir que ambas as escalas apresentam boa ou muito boa consistência interna e, conseqüentemente, considerar que, no presente estudo, estes instrumentos evidenciaram boa fiabilidade. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 22 de 2015. A opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto de as duas variáveis centrais do estudo (empoderamento psicológico e estrutural) não apresentarem distribuição normal, em todas as suas dimensões. Em todos os testes foi fixado o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade (p) determinada no teste era inferior ao valor fixado, ou seja, quando $p < 0.050$. Por outras palavras, aceitámos a hipótese de investigação quando o valor $p < 0.050$.

1. RESULTADOS

Com base nos dados recolhidos através da aplicação das escalas PEI e CWEQ-II, podemos constatar que os enfermeiros evidenciaram maior Empowerment psicológico nas dimensões “sentido” e “competência” e menor *Empowerment* nas dimensões “impacto”

e “autodeterminação”. Para o total da escala obtivemos valores compreendidos entre 33.00 e 82.00 pontos, sendo o valor médio 65.65 pontos com desvio padrão 7.71 pontos. Metade dos enfermeiros obteve valores iguais ou superiores a 66.00 pontos. Tendo presente que o total da escala de avaliação poderia variar entre 12 e 84 pontos, os resultados obtidos evidenciam que os enfermeiros revelaram bons níveis de *Empowerment* psicológico.

Em termos de *Empowerment* estrutural, avaliado pela escala CWEQ-II, os resultados evidenciam que os enfermeiros revelaram níveis mais elevados de *Empowerment* nas dimensões “oportunidade” e “poder informal”. Em sentido oposto, os profissionais revelaram níveis mais baixos em termos de “poder formal” e “informação”. No total da escala observamos valores compreendidos entre 1.22 e 4.61 pontos, sendo o valor médio 2.89 pontos com desvio padrão 0.63 pontos. Metade dos profissionais apresentou valores iguais ou inferiores a 2.89 pontos. Atendendo a que a escala de avaliação poderia variar entre 1 e 5 pontos, os resultados observados revelam que os enfermeiros tendem a apresentar baixos níveis de *Empowerment* estrutural.

Na hipótese 1, o estudo da correlação entre o *Empowerment* psicológico (PEI) e o *Empowerment* estrutural (CWEQ-II), permitem-nos constatar que existe correlação positiva e estatisticamente significativa na maioria das situações. Tais resultados permitem-nos afirmar que os dados corroboram a hipótese formulada, e ainda, que os enfermeiros que evidenciam níveis mais elevados de *Empowerment* psicológico tendem a revelar níveis mais elevados de *Empowerment* estrutural (cf. quadro 1).

Quadro 1 - Estudo da correlação entre o *Empowerment* psicológico (PEI) e *Empowerment* estrutural (CWEQ-II).

| <i>Empowerment</i> estrutural | | <i>Empowerment</i> psicológico | | | | |
|----------------------------------|-------|--------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Competência | Autodetermi- -nação | Impacto | Total | |
| Sentido | | | | | | |
| Oportunidade | r_s | +0.36 | +0.20 | +0.34 | +0.28 | +0.41 |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| Informação | r_s | +0.09 | +0.12 | +0.30 | +0.37 | +0.32 |
| | p | 0.125 | 0.053 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| Suporte | r_s | +0.15 | +0.07 | +0.37 | +0.32 | +0.34 |
| | p | 0.013 | 0.249 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| Recursos | r_s | +0.04 | +0.14 | +0.27 | +0.28 | +0.26 |
| | p | 0.498 | 0.024 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| Poder formal | r_s | +0.09 | +0.07 | +0.32 | +0.37 | +0.32 |
| | p | 0.155 | 0.231 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| Poder informal | r_s | +0.26 | +0.26 | +0.29 | +0.29 | +0.38 |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| Total | r_s | +0.22 | +0.19 | +0.42 | +0.44 | +0.45 |
| | p | 0.000 | 0.002 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

No estudo da correlação entre o *Empowerment* (psicológico e estrutural) e a idade dos enfermeiros, hipótese 2, os resultados permitem verificar que, apenas existe correlação estatisticamente significativa em termos da dimensão “competência” do *Empowerment* psicológico e da dimensão “oportunidade” do *Empowerment* estrutural. No primeiro caso a correlação é positiva enquanto que no segundo ela é negativa. Assim, somos levados a afirmar que os enfermeiros mais velhos tendem a revelar níveis mais elevados de *Empowerment* psicológico (competência) e níveis mais baixos de *Empowerment* estrutural (oportunidade).

Na hipótese 3, pelos resultados alcançados, podemos constatar que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa, pelo que não existem evidências estatísticas de que a percepção do *Empowerment* nos enfermeiros do sexo feminino seja diferente daquela que é apresentada pelos do sexo masculino.

Na hipótese 4, os resultados obtidos revelaram que não existe diferença estatisticamente significativa. Este facto permite-nos concluir que a percepção de *Empowerment* (psicológico e estrutural) não difere em função do grau académico do enfermeiro.

Para a hipótese 5, consideramos no estudo apenas as categorias Enfermeiro e Enfermeiro Especialista uma vez que o número nas restantes categorias, não era representativo. Os resultados (Comparação do *Empowerment* psicológico (PEI) e do *Empowerment* estrutural (CWEQ-II) em função da categoria profissional do enfermeiro) revelaram que não existe qualquer diferença estatisticamente significativa em termos de *Empowerment* psicológico, mas estas diferenças existem nas dimensões “informação”, “recur

“poder informal” do *Empowerment* estrutural. Em todas estas situações os enfermeiros especialistas tendem a apresentar níveis mais elevados de *Empowerment* estrutural (cf. quadro 2).

Quadro 2 - Comparação do *Empowerment* psicológico (PEI) e do *Empowerment* estrutural (CWEQ-II) em função da categoria profissional do enfermeiro.

| Escola | Dimensão | n | | Md | z | p | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------|--------|-------|--------|--------------|--------------|
| | Categoria profissional | | | | | | |
| PEI (Empowerment psicológico) | <u>Sentido</u> | | | | | | |
| | Enfermeiro | 187 | 127.16 | 18.58 | 18.00 | -0.830 | 0.406 |
| | Enfermeiro Especialista | 71 | 135.65 | 18.65 | 19.00 | | |
| | <u>Competência</u> | | | | | | |
| | Enfermeiro | 187 | 124.33 | 17.92 | 18.00 | -1.825 | 0.068 |
| | Enfermeiro Especialista | 71 | 143.11 | 18.30 | 18.00 | | |
| | <u>Autodeterminação</u> | | | | | | |
| | Enfermeiro | 187 | 129.06 | 14.88 | 15.00 | -0.156 | 0.876 |
| | Enfermeiro Especialista | 71 | 130.67 | 14.90 | 15.00 | | |
| | <u>Impacto</u> | | | | | | |
| Enfermeiro | 187 | 125.38 | 13.71 | 14.00 | -1.447 | 0.148 | |
| Enfermeiro Especialista | 71 | 140.35 | 14.39 | 14.00 | | | |
| <u>Total</u> | | | | | | | |
| Enfermeiro | 187 | 125.69 | 65.09 | 65.00 | -1.331 | 0.183 | |
| Enfermeiro Especialista | 71 | 139.53 | 66.24 | 67.00 | | | |
| CWEQ-II (Empowerment estrutural) | <u>Oportunidade</u> | | | | | | |
| | Enfermeiro | 187 | 130.57 | 3.60 | 3.67 | -0.378 | 0.705 |
| | Enfermeiro Especialista | 71 | 126.68 | 3.54 | 3.67 | | |
| | <u>Informação</u> | | | | | | |
| | Enfermeiro | 187 | 121.88 | 2.34 | 2.33 | -2.701 | 0.007 |
| | Enfermeiro Especialista | 71 | 149.58 | 2.71 | 3.00 | | |
| | <u>Suporte</u> | | | | | | |
| | Enfermeiro | 187 | 126.98 | 2.68 | 3.00 | -0.891 | 0.373 |
| | Enfermeiro Especialista | 71 | 136.13 | 2.79 | 3.00 | | |
| | <u>Recursos</u> | | | | | | |
| | Enfermeiro | 187 | 123.18 | 2.58 | 2.67 | -2.231 | 0.026 |
| | Enfermeiro Especialista | 71 | 146.15 | 2.86 | 3.00 | | |
| | <u>Poder formal</u> | | | | | | |
| Enfermeiro | 187 | 127.27 | 2.38 | 2.33 | -0.788 | 0.431 | |
| Enfermeiro Especialista | 71 | 135.38 | 2.47 | 2.67 | | | |
| <u>Poder informal</u> | | | | | | | |
| Enfermeiro | 187 | 123.13 | 3.28 | 3.25 | -2.245 | 0.025 | |
| Enfermeiro Especialista | 71 | 146.29 | 3.50 | 3.75 | | | |
| <u>Total</u> | | | | | | | |
| Enfermeiro | 187 | 123.93 | 2.81 | 2.80 | -1.948 | 0.051 | |
| Enfermeiro Especialista | 71 | 144.18 | 2.98 | 3.00 | | | |

Para a hipótese 6 e 7, os resultados obtidos da correlação do *Empowerment* psicológico (PEI) e do *Empowerment* estrutural (CWEQ-II) com o tempo de exercício profissional do enfermeiro e com o tempo de exercício no atual serviço, revelaram que a primeira hipótese é confirmada nas dimensões “competência”, do *Empowerment* psicológico, e “oportunidade”, do *Empowerment* estrutural. No primeiro caso a correlação é positiva, enquanto que no segundo é negativa. Este facto leva-nos a concluir que os enfermeiros que exercem a profissão há mais tempo tendem a evidenciar níveis mais elevados de *Empowerment* psicológico (competência) e níveis mais baixos de *Empowerment* estrutural (oportunidade). No segundo caso, confirma-se nas dimensões “competência” do *Empowerment* psicológico, e “oportunidade”, “informação” e “suporte” do *Empowerment* estrutural, confirmando-se, também, em termos globais. Na primeira situação verificamos que a correlação é positiva, mas no *Empowerment* estrutural, todas as correlações são negativas. Estes resultados levam-nos a concluir que os enfermeiros que trabalham há mais tempo no atual serviço tendem a revelar níveis mais elevados de *Empowerment* psicológico (competência) e níveis mais baixos de *Empowerment* estrutural (oportunidade, informação, suporte e global) (cf. quadro 3).

Quadro 3 - Correlação do *Empowerment* psicológico (PEI) e do *Empowerment* estrutural (CWEQ-II) com o tempo de exercício profissional do enfermeiro e com o tempo de exercício no atual serviço.

| Escala | Dimensão | Tempo de exercício profissional | | Tempo de exercício no atual serviço | |
|---|------------------|---------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------|
| | | r_s | p | r_s | p |
| PEI (<i>Empowerment</i> psicológico) | Sentido | -0.03 | 0.595 | -0.03 | 0.637 |
| | Competência | +0.19 | 0.002 | +0.22 | 0.000 |
| | Autodeterminação | -0.05 | 0.436 | -0.06 | 0.290 |
| | Impacto | +0.08 | 0.208 | -0.06 | 0.330 |
| | Total | +0.05 | 0.412 | +0.01 | 0.964 |
| CWEQ-II (<i>Empowerment</i> estrutural) | Oportunidade | -0.17 | 0.005 | -0.25 | 0.000 |
| | Informação | -0.06 | 0.303 | -0.15 | 0.015 |
| | Suporte | -0.08 | 0.201 | -0.15 | 0.017 |
| | Recursos | +0.10 | 0.096 | -0.01 | 0.874 |
| | Poder formal | -0.06 | 0.308 | -0.10 | 0.105 |
| | Poder informal | +0.09 | 0.128 | +0.01 | 0.996 |
| | Total | -0.05 | 0.404 | -0.16 | 0.007 |

1. DISCUSSÃO

A conjuntura atual exige cada vez mais que os profissionais de enfermagem se afirmem pelo saber, uma vez que este promove a autonomia profissional e ao mesmo tempo garante uma contribuição no domínio da colaboração com outros profissionais de saúde, num conceito de interdisciplinaridade. Compreendendo as nossas ações, conclui-se que a enfermagem não é somente um conjunto de técnicas, mas um processo criativo, envolvendo sensibilidade e uma atitude reflexiva, trazendo vantagens em termos do desempenho profissional, contribuindo para o seu desenvolvimento e reconhecimento. As práticas do cuidar não podem sobreviver se continuarem a ser desvalorizadas. Cabe a nós enfermeiros torná-las visíveis, através das nossas competências e autonomia profissional!

Considerando o *Empowerment* na enfermagem, podemos identificar inúmeras consequências, tanto para os enfermeiros como para a organização de saúde. Para os primeiros, verificamos o aumento de competência, de autonomia, de confiança, de satisfação, e bem-estar laboral, e ao mesmo tempo, redução de sentimentos de frustração, fracasso e insatisfação profissional. Para a organização, identificamos uma maior produtividade e eficácia organizacional, servindo de fator motivador, promovendo a partilha de metas organizacionais comuns, refletindo-se por fim no cerne da enfermagem, ou seja, nos melhores cuidados prestados. Os resultados do nosso estudo apoiam a teoria de Kanter (1993), teoria do *Empowerment* do local de trabalho, que afirma que o *Empowerment* das condições de trabalho têm efeitos positivos sobre atitudes e comportamentos do indivíduo nas estruturas organizacionais. O *Empowerment* psicológico é a resposta individual ao *Empowerment* estrutural, ou seja, resulta de um ambiente laboral estruturado, no sentido de fornecer o acesso a oportunidades, informação, apoio e recursos, que combinados são capazes de moldarem a conduta e os sentimentos dos enfermeiros.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo, juntamente com o apoio da literatura, são particularmente importantes para a gestão de enfermagem em desenvolver o constructo de Empowerment, nomeadamente em criar condições, através das quais se promova as relações de trabalho, a sua própria colaboração organizativa e no apoio aos enfermeiros, resultando assim, no aumento dos sentimentos de competência, autonomia, significado e impacto na organização.

A revisão da literatura encetada mostra que os esforços de enfermagem para melhorar a sua prática profissional através do Empowerment estrutural revela apenas uma parte dos fatores que formam o Empowerment dos enfermeiros. O modificar apenas as práticas organizacionais não ajuda à percepção de Empowerment, dado que o Empowerment psicológico também deve ser considerado nesse constructo. Um dos objetivos do estudo foi o de adquirir conhecimento mais profundo dos fatores envolvidos na percepção de Empowerment nos enfermeiros. O resultado do estudo da escala PEI revelou 4 fatores, descritos como, competência, sentido (significado), autodeterminação e impacto, em consonância com o defendido por Spreitzer (1995, 1996), e o CWEQ-II mostra 6 fatores, sendo eles a oportunidade, informação, recursos, apoio, poder formal e poder informal, correspondentes aos identificados por Laschinger et al. (2001).

Conclui-se ainda neste sentido, que o Empowerment é um processo influenciado por uma relação de fatores laborais (acesso à oportunidade, informação, recursos, apoio, poder formal e poder informal), e também por valores e esforços inerentes ao indivíduo (competência, sentido (significado), autodeterminação e impacto).

Os Enfermeiros revelaram bons níveis de Empowerment Psicológico e baixos níveis de Empowerment Estrutural. Os enfermeiros evidenciaram maior Empowerment psicológico (avaliado pela escala PEI), nas dimensões “sentido” e “competência” e menor Empowerment nas dimensões “impacto” e “autodeterminação”. Em termos de Empowerment estrutural, avaliado pela escala CWEQ-II, os resultados evidenciam que os enfermeiros revelaram níveis mais elevados de Empowerment nas dimensões “oportunidade” e “poder informal”. Em sentido oposto, os profissionais revelaram níveis mais baixos em termos de “poder formal” e “informação”. Enfermeiros que evidenciam níveis mais elevados de Empowerment Psicológico, evidenciam níveis mais elevados de Empowerment estrutural. Embora as pesquisas que exploram a relação entre Empowerment estrutural e Empowerment psicológico serem relativamente recentes (Laschinger, 2008), os resultados da nossa pesquisa, sugerem uma relação significativa e positiva entre Empowerment estrutural e psicológico. Inferimos portanto de acordo com a pesquisa bibliográfica encetada, que o aumento do Empowerment estrutural e psicológico, não só estão associados ao aumento da inovação dos enfermeiros e ao aumento da sua percepção de Empowerment, mas também ao aumento da satisfação no trabalho dos Enfermeiros e sua autonomia.

Enfermeiros com mais idade e tempo de exercício profissional revelaram maior Empowerment Psicológico e menor Empowerment Estrutural, concluindo-se que estes apresentam respetivamente maior competência, expressa em maior capacidade para realizar uma prática, percepção de que tem maior controlo sobre o ambiente laboral e de que tem autonomia e flexibilidade para a realização do seu trabalho, traduzindo-se num maior compromisso e envolvimento com a organização (bom funcionamento) e em melhores cuidados ao doente. Em sentido inverso, revelaram menor oportunidade, suscitando sentimentos de frustração, hostilidade, fuga ao trabalho e menores níveis de comprometimento com a organização.

Independentemente do grau académico, a percepção dos enfermeiros em estudo sobre Empowerment é semelhante.

Na categoria profissional dos Enfermeiros, não existe qualquer diferença estatisticamente significativa em termos de Empowerment psicológico, porém há diferenças significativas nos fatores informação, recursos e poder informal do Empowerment estrutural, ou seja, em todas estas situações os enfermeiros especialistas tendem a apresentar níveis mais elevados de Empowerment (estrutural), relativamente aos restantes enfermeiros. O poder informal por meio de relações eficazes, apoio dos gestores, colegas e outros profissionais de saúde são importantes para os enfermeiros especialistas e sua autonomia profissional, aumentando a capacidade de tomar decisões, o que contribuiu para atingir e melhorar os objetivos da organização, além da visibilidade e reconhecimento da sua posição no seio organizativo.

A percepção de Empowerment é semelhante em função do género, apesar de a amostra ser maioritariamente feminina, realidade portuguesa na enfermagem.

Enfermeiros com maior tempo no atual serviço revelaram maior Empowerment Psicológico e menor Empowerment Estrutural. Os enfermeiros com maior tempo no atual serviço à data da colheita de dados, evidenciaram maior competência e por outro lado, menor acesso à oportunidade, menor apoio (suporte), menor acesso à informação e, por fim menor Empowerment Estrutural global, pelo que inferimos que a falta de acesso a essas estruturas resulta em sentimentos de impotência, contrastando com maior motivação para atingir metas pessoais e organizacionais, resultantes de níveis mais altos, conducentes a uma maior sensação de autonomia, maior satisfação profissional do enfermeiro, maior comprometimento e processos organizacionais bem-sucedidos.

O Empowerment é frequentemente referenciado em termos linguísticos, mas ser capaz de refletir sobre a amplitude do conceito, ajuda a enfermagem enquanto disciplina, a abordar as questões de Empowerment com maior clareza.

A pesquisa mostrou o caminho para o desenvolvimento e manutenção de uma força de enfermagem saudável e produtiva, descre-

vendo que o Empowerment pode muito bem ser colocado em prática, fornecendo um quadro de referência adequado na pesquisa sobre o desenvolvimento profissional de enfermagem, tornando-se essencial para a gestão organizacional.

Como reflexão final, queremos acreditar que no próximo século será dado à enfermagem e suas especialidades o reconhecimento merecido baseado na sua autonomia, com a sua própria base conceptual, que indique quais os problemas de enfermagem a resolver e quais os fenómenos que lhe dizem respeito. Esta será a base que dará aos enfermeiros sentimentos de satisfação dentro de uma equipa multidisciplinar e será esta interdependência um fator muito importante para os beneficiários dos cuidados de saúde. Assim, afirmamos que vale a pena aceitar o desafio de ser enfermeiro com Empowerment!

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores devem declarar a existência de conflito de interesses se aplicável.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda e respetiva Comissão de Ética, pela disponibilidade e aprovação da aplicação dos questionários no Hospital Sousa Martins, à equipa de Enfermagem da Unidade Cuidados Intensivos Polivalente e enfermeiro Abílio Teixeira, pelos contributos dados para a concretização do presente estudo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2004). Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. *Enfermagem*, 2(35-36), 13-22.
- Bartunek, J. M., E Spreitzer, G. M. (2006). The interdisciplinary career of popular construct used in management: Empowerment in the late 20th century. *Journal of Management Inquiry*, 15(3), 255-273.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- Bradbury-Jones, C., Sambrook, S., E Irvine, F. (2008). Power and Empowerment in nursing: A fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 258-266
- Brown J.C. E Kanter R.M. (1982). Empowerment: key to effective- ness. *Hospital Forum*, 25, 6-13.
- Carvalho, S. R (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "Empowerment" no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (4), 1088-1095.
- Chandler, G. E. (1991). Creating an environment to empower nurses. *Nursing Management*, 22(8), 20-23.
- Cianciarullo, T. (2001). Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. (1ª ed.) São Paulo: Ícone. ISBN 85-274-0654-3, p. 304.
- Decicco, J.; Laschinger, H.; Kerr, M.I. (2006). Perceptions of empowerment and respect: effect on nurses' organizational commitment in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 32, n. 5, p. 49-56.
- Filipe, N. (2003). Autonomia da profissão: três décadas de crescimento. *Nursing*. Lisboa: ISSN 0871-6196. nº183 (Dezembro 2003), p.13-15.
- Kanter R.M. (1993). *Men and Women of the Corporation*, 2nd edn. Basic Books, New York.
- Knol, J., e Linge, R. v. (2009). Innovative behaviour: The effect of structural and psychological Empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 359-370.
- Kuokkanen L. e Leino-Kilpi H. (2000). Power and Empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241.
- Laschinger H. (2004) Hospital nurses perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration* 34(7/8), 354-364.

- Laschinger, H., e Finegan, J. (2005). Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *The Journal of Nursing Administration*, 35(10), 439-49.
- Laschinger, U.K., Almost, J., & Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics, *Journal of Nursing Administration*, 33(7-8), p.410-422.
- Laschinger, H., Finegan, J., E Shamian, J. (2001). The impact of workplace Empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., E Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological Empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-72.
- Laschinger, H. K. S.; Sabistan, J. e Kutzscher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing Health*, 20, 341-352.
- Laschinger, H. S. (1996). A theoretical approach to studying work Empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly*, 20(2), 25-41.
- Manojlovich, M. (2007). Power and Empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online Journal Issues of Nursing*, 12(1). Retrieved April 2, 2007, from <http://www.medscape.com/viewarticle/553403>.
- Manriquez, M. R., Ramírez, M. D., e Guerra, J. F. (2004). El Empowerment como predictor del compromiso organizacional en las Pymes. *Contaduría y administración*, 103-125.
- Matthews, S.; Laschinger, H.; Spence, K.; Johnstone, L. (2006). Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, v. 36, n. 11, p. 526-533.
- Oakley, P.; Clayton, A. (2003). *Monitoramento e avaliação do empoderamento ("Empowerment")*. São Paulo: Instituto Polis.
- Sarmiento, T., Laschinger, H.K.L. e Iwasiw, C. (2004). Nurse educators' workplace Empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 134-143.
- Silva, C. E Martínez, M. L. (2004). Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. *Psykhe*, Santiago/Chile, 13(1).
- Sommer, M., Nunes, O., Hipólito, J., Brites, R., Pires, M., E Pires, P. (2010). Empowerment e Percurso Académico: Voltar à escola Depois dos 23 Anos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Minho, 1671-1681.
- Spreitzer G. (1995). Psychological Empowerment in the work- place: dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal* 38(5), 1442-1462.
- Teixeira, A. C. (2012). *Empoderamento Profissional em Enfermagem: Tradução, adaptação e validação do "Conditions of Work Effectiveness Questionnaire - II" e do "Psychological Empowerment Instrument"*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- Thomas, K. W. e Velthouse, B. A. (1990). "Cognitive Elements of Empowerment: An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation", *The Academy of Management Review*, 15(4), 666-681.
- Vasconcellos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: Empowerment, sua história, teoria e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- Wagner, J. I., Cummings, G., Smith, D. L., Olson, J., Anderson, L., E Warren, S. (2010). The relationship between structural Empowerment and psychological Empowerment for nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 448-462.

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

Política de submissão de artigos à Revista Millenium

A revista Millenium, está aberta à colaboração de todos os interessados e aceita continuamente a submissão de artigos. Os autores devem submeter os manuscritos para publicação no site da Millenium, devendo, contudo, observar as indicações para colaboração, designadamente: Condições de submissão; Instruções de preparação dos manuscritos; Declaração de Direito Autoral; Documentos necessários à submissão, disponíveis no site da Revista <http://revistas.rcaap.pt/millenium/about/submissions>;

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

Corpo de Revisores de Pré-Análise e Revisores Finais | Pre-analysis Reviewers and Final Reviewers | Cuerpo de Revisores de Pre-Análisis y Revisores Finales

Ciências Agrárias, Alimentares e Veterinárias | Agricultural Sciences, Food and Veterinary | Ciencias Agrícolas, Alimentos y Veterinaria

Paula Correia

Ciências da Vida e da Saúde | Life and Health Sciences | Ciencias de la Vida y la Salud

Madalena Cunha

Educação e Desenvolvimento Social | Education and Social Development | Educación y Desarrollo Social

Maria João Amante

Engenharias, Tecnologia, Gestão e Turismo | Engineering, Technology, Management and Tourism | Ingeniería, Tecnología, Administración y Turismo

José Luís Abrantes

José Paulo Lousado

Corpo de Revisores Estrangeiro | Foreign Peer Reviewers | Cuerpo de Revisores Extranjeros

Alessandro Gandini – Pagora School, Grenoble Polytechnic France (FR)

António Sérgio Alfredo Guimarães – Universidade de S. Paulo (BR)

Carlos Gutiérrez García – Universidade de León (ES)

Carlos Maciel – Universidade de Nantes (FR)

Florêncio Vicente Castro – Universidade de Badajóz (ES)

Francisco Javier Castro Molina – Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ES)

Isabel Mateos Rubio – Universidade de Salamanca (ES)

Javier Montero Martín – Universidade de Salamanca (ES)

Johannis Tsoumas – Technological Educational Institute of Athens (GR)

Lourdes Bermejo – Sociedad de Geriátria y Gerontología de Cantabria (ES)

Michelle Knox - University of Toledo, Ohio (US)

Ozírís Borges Filho - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)

Tadeu Fernandes de Carvalho – Pontifícia Universidade Católica de Campinas (BR)

Soner Soyly - Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)

Wojciech Cynarski – Rzeszów University (PL)

Revisores Nacionais Externos | External National Reviewers | Revisores Nacionales Externos

Adalberto Dias de Carvalho, FLUP
Aires Pereira do Couto, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Alexandra Maria Dantas de Castro Araújo, U. Portucalense Inf. D. Henrique, Porto
Ana Maria Mouraz Lopes, Universidade do Porto
Ana Sofia Carvalho, Universidade Católica, Porto
António Boleto Rosado, Universidade Técnica de Lisboa
António Gomes Ferreira, Universidade de Coimbra
Carlinda Leite, Universidade do Porto
Carlos Fernandes Silva, Universidade de Aveiro
Célia dos Prazeres Ribeiro, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Eduardo Santos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Flávio Nelson Fernandes Reis, Universidade de Coimbra
Francisco Rui Cádima, Universidade Nova de Lisboa
Goreti Maria dos Anjos Botelho, Instituto Politécnico de Coimbra
Gustavo Pires, Universidade Técnica de Lisboa
Isa Margarida Vitória Severino, Instituto Politécnico da Guarda
Isabel Cabrita, Universidade de Aveiro
Isabel Maria Marques Alberto, Universidade de Coimbra
Isabel Mesquita, Universidade do Porto
João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha, Universidade de Aveiro
João Eduardo Quintela Varajão, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD
Jorge Adelino Rodrigues da Costa, Universidade de Aveiro
Jorge Trinidad Ferraz de Abreu, Universidade de Aveiro
José Roquette, Universidade Técnica de Lisboa
Luís Amaral, Universidade do Minho
Manuel António Brites Salgado, Instituto Politécnico da Guarda
Manuel Celestino Vara Pires, Instituto Politécnico de Bragança
Manuel Vicente de Freitas Martins, Instituto Politécnico de Castelo Branco
Margarida Gomes Moldão Martins
Margarida Isabel dos Santos Amaral, Universidade de Aveiro
Maria Teresa Pires de Medeiros, Universidade dos Açores
Maria dos Anjos Pires, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD
Maria Elisabete da Silva Tomé Mendes, Instituto Politécnico de Portalegre
Maria João Barroca, Instituto Politécnico de Coimbra
Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Porto
Maria Neto da Cruz Leitão, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria Raquel Freire, Universidade de Coimbra
Maria Teresa Rijo da Fonseca Lino, Universidade Nova de Lisboa
Paulo Joaquim Pina Queirós, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Paulo Jorge Almeida Pereira, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Paulo Providência, Universidade de Coimbra
Preciosa Teixeira Fernandes, Universidade do Porto
Rogério Paulo Alves Lopes, Universidade de Aveiro
Rosa Antónia de Oliveira Figueiredo Tomás Ferreira, Universidade do Porto
Rosário Gamboa, Instituto Politécnico do Porto
Sandra Cristina Oliveira Soares, Universidade de Aveiro
Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz, Escola Superior de Enfermagem, Porto
Teresa Maria Dias de Paiva, Instituto Politécnico da Guarda
Tito da Silva Trindade, Universidade de Aveiro
Zaida Maria Lopes Ferreira, Instituto Politécnico da Guarda

Revisores Nacionais - Instituto Politécnico de Viseu (IPV) | National Reviewers (IPV) | Revisores Nacionales (IPV)

Escola Superior Agrária

António Manuel Santos Tomas Jordão
Edite Maria Relvas das Neves Teixeira de Lemos
Helder Filipe dos Santos Viana
Helena Maria Vala Correia
Maria João Cunha Silva Reis Lima
Pedro Rodrigues
Raquel de Pinho Ferreira Guiné
Vitor João Pereira Domingues Martinho

Escola Superior de Educação

Abel Aurélio Abreu de Figueiredo
Ana Isabel Pereira Pinheiro da Silva
Ana Maria Marques Costa Pereira Lopes
Ana Paula Pereira Oliveira Cardoso
Anabela Clara Barreto Marques Novais
Antonino Manuel de Almeida Pereira
António Augusto Gaspar Ribeiro
António Manuel Tavares Azevedo
Belmiro Tavares da Silva Rego
Cátia Clara Ávila Magalhães
Emília da Conceição Figueiredo Martins
Esperança do Rosário Jales Ribeiro
Filomena Antunes Sobral
Francisco Emiliano Dias Mendes
Henrique Manuel Pereira Ramalho
José Luís Menezes Correia
Lia João de Pinho Araújo
Maria Isabel Rola Rodrigues Abrantes
Maria Paula Martins de Oliveira Carvalho
Paula Maria de Azevedo Ferreira Rodrigues
Rosina Inês Ribeiro de Sá Fernandes
Sara Maria Alexandre e Silva Felizardo
Susana Barros Fonseca
Susana Cristina Santos Fidalgo Fonseca Moura Lopes
Véronique Delplanca

Escola Superior de Saúde

Amadeu Matos Gonçalves
Amarílis Pereira Rocha
Ana Isabel Andrade
António Madureira Dias
Carla Maria Viegas e Melo Cruz
Carlos Manuel Figueiredo Pereira
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Cláudia Margarida C. Balula Chaves

Daniel Marques da Silva
Emília de Carvalho Coutinho
Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva
João Carvalho Duarte
José dos Santos Costa
Lídia do Rosário Cabral
Manuela Maria Conceição Ferreira
Maria Conceição Almeida Martins
Maria da Graça F. Aparício Costa
Maria Isabel Bica de Carvalho
Maria Odete Pereira Amaral
Olivério de Paiva Ribeiro
Paula Alexandra de Andrade B. Nelas
Rosa Maria Lopes Martins
Susana Maria Fernandes S. André
Sofia Campos Pires

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego

Paula Alexandra Marques dos Santos

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu

Alexandre David Aibeo Fernandes
Ana Cristina Bico Rodrigues de Matos
António Manuel Pereira Ferrolho
António Pedro Martins Soares Pinto
Bruno Emanuel Morgado Ferreira
Bruno Miguel Morais Lemos Esteves
Carla Manuela Ribeiro Henriques
Cristina Maria do Amaral Pereira de Lima Coelho
Daniel Filipe Albuquerque
Gilberto Antunes Ferreira Rouxinol
Idalina de Jesus Domingos
Isabel Maria Loureiro Pais Esteves Martins
Isabel Paula Lopes Brás
Joaquim Goncalves Antunes
José Francisco Monteiro Morgado
José Vicente Rodrigues Ferreira
Luísa Maria Hora de Carvalho
Luísa Paula Goncalves Oliveira Valente da Cruz Lopes
Manuel António Pinto da Silva Amaral
Maria de Lurdes Costa e Sousa
Maria Madalena de Freitas Malva
Paulo Alexandre da Silveira Costeira Marques da Silva
Paulo Moisés Almeida da Costa
Paulo Rogério Perfeito Tome
Pedro Manuel Nogueira Reis

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

**Unidade Técnica de Supervisão Estatística e Línguas |
Statistics and Languages Technical Unit Supervision | Unidad
Técnica de Supervisión de Estadísticas y Lenguas**

**Revisores da Estatística | Statistical Reviewers | Revisores de
Estadísticas**

Ana Cristina Matos – ESTGV, IPV
António Madureira Dias – ESSI, IPV
Carla Henriques – ESTGV, IPV
Carlota Lemos – ESAV, IPV
Emília Martins – ESEV, IPV
Francisco Emiliano – ESEV, IPV
João Carlos Gonçalves – ESAV, IPV
João Carvalho Duarte – ESSI, IPV
Madalena Malva – ESTGV, IPV
Ricardo Gama – ESTGL, IPV

**Revisores dos Idiomas | Languages Reviewers | Revisores de
Idiomas**

Português | Portuguese | Português

Ana Isabel Silva; Dulce Melão; Isabel Aires de Matos;
João Paulo Balula – ESEV, IPV

Inglês | English | Inglés

Ana Maria Costa; Susana Fidalgo & Susana Amante – ESEV, IPV

Francês | French | Francés

Ana Maria Oliveira – IPV
Véronique Delplançq – ESEV, IPV

Castelhano | Spanish | Español

António Ferreira – IPV, ESTGV
Paula Fonseca – IPV, ESTGV

**Unidade Técnica de Redação, Edição e Documentação |
Redaction Technical Unit, Publishing and Documentation |
Unidad Técnica de Redacción, Publicaciones y Documentación**

**Edição e Gestão da Revista Millenium no SARC/RECAAP |
Millenium Magazine Edition and Management in SARC/
RECAAP | Edition y Gestión de la Magazine Millenium en
SARC / RCAAP**

Ângelo Fonseca – ESEV, IPV
Renato Carvalho – IPV

**Apoio Documental e Bibliográfico | Documental and
Bibliographical Support | Soporte Documental y Bibliográfico**

Ângelo Fonseca – ESEV, IPV
Ascensão Abrantes – ESEV, IPV
Damiana Guedes – ESTGL, IPV
Fátima Jorge – ESSI, IPV
Luís Carneiro – ESAV, IPV
Rosa Silva – ESTGV, IPV

**Apoio Técnico, Redação e Edição de Texto | Technical
Support, Redaction and Text Edition | Soporte Técnico,
Redacción y Edición de Texto**

Nuno Campos – ESEV, IPV
Pedro Silva – ESEV, IPV

Revisão Final | Final Review | Revisión Final

Renato Carvalho – IPV

**Edição Internet - Desenvolvimento e manutenção da
plataforma da Revista | Internet Edition - Development
and magazine platform maintenance | Edición Internet -
Desarrollo y mantenimiento de la plataforma de la revista**

Conversão Hyper Text Markup Language (HTML)
João Rodrigues – IPV

**Composição e Conceção Gráfica | Composition and Graphic
Design | Composición y Diseño Gráfico**

Paulo Medeiros – IPV
Joel Marques – IPV
Cristina Lima – ESSI, IPV

outubro 2016
série 2 nº1
quadrimestral



CENTRO DE ESTUDOS EM
EDUCAÇÃO, TECNOLOGIAS E SAÚDE