

# Enformação

Enfermagem em contínuo movimento



Conhecimento  
em evolução

INVESTIGAÇÃO NA AÇÃO

N.º 7 > JAN a JUN 2016  
ISSN 2182-8261

 **ACE**  
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Propriedades métricas  
da escala Aachen Aphasia Test:  
Revisão Sistemática da Literatura

Benefícios do humor na saúde:  
revisão sistemática da literatura

# Ajude-nos a conseguir mais parceiros institucionais.



# ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE  
Hospital S. José Lisboa - Pena  
Rua José António Serrano  
1150-199 LISBOA

Tel.: 218 841 896 • Fax: 218 841 087

+ inovação  
+ benefícios  
+ vantagens

- Acessos específicos para sócios
  - Apoio à formação / investigação
  - Protocolo de cooperação
  - Actividades e Eventos
- Espaço de Conteúdos Científicos
  - Submissão e publicação de artigos na revista
  - Biblioteca de artigos publicados
  - Revista digital
- Links de utilidade profissional



## Promova o nosso site!

# www.acenfermeiros.pt

# editorial



Conselho Directivo  
Filomena Leal  
Elsa Folgado  
Helena Xavier  
Paula Santos  
Luís Pereira  
[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial  
Helena Xavier  
Ivete Monteiro  
João Oliveira  
Paula Duarte  
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico  
Ana Marinho  
Delmira Pombo  
Lígia Malaquias  
Luís Sousa  
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede  
Direção dos Serviços de Enfermagem  
R. José António Serrano, 1150 Lisboa  
Telefones 218 841 896 / 1573  
Fax 218 864 616

Design Gráfico  
Cognição  
www.cognição.pt

Revista Digital  
Periodicidade Quadrimestral  
ISSN 2182-8261



*“Penso e volto a refletir se a ACE tem contribuído para a evolução do conhecimento em Enfermagem e se através das suas atividades promove a visibilidade dos Enfermeiros.”*

## Filomena Leal

Presidente

Ter “inquietudes” é importante para o crescimento das Pessoas e não nos devemos sentir mal se as questões surgirem. Devemos sim ficar preocupados com o marasmo, com a passividade e utilização de frases predefinidas que não levam à mudança mas sim à cessação da busca do conhecimento.

Sim, a ACE promove momentos de reflexão da prática e incentiva os Enfermeiros a procurar soluções criativas, a dar conhecimento da atividade de enfermagem nos vários contextos organizacionais, de modo, a construir uma espiral do conhecimento e investigação na ação.

O conjunto de atividades realizadas tem sido um sucesso pela junção de diferentes saberes multiprofissionais e pela capacidade de autocritica implicando a participação de todos. É importante obtermos melhores resultados na área da segurança do doente e o aperfeiçoamento das competências inerentes a um desempenho eficaz e eficiente.

Formar, Divulgar, Sensibilizar, Evidenciar, Inovar, são as palavras-chave para o desenvolvimento constante desta associação que busca incessantemente novos caminhos do saber e da promoção da dignidade profissional e cidadania daqueles que são chamados, cuidadores formais mas muitas vezes na sua vida privada são cuidadores informais.

Constantemente questiono se a sapiência provem apenas do que aprendemos teoricamente do que vemos ou pesquisamos ou se vem também da reflexão diária da nossa prática, da troca de ideias permanente, de permitirmos aos outros que façam parte, do nosso EU, das nossas vivências como profissionais, embebidos de um espírito aberto, sensível, capaz de ouvir, escutar, sentir e permitam-me, Amar.

Esta entrega sincera a uma causa formativa é por vezes difícil e desgastante mas envolve cor, união, desafio, integração e motivação.

Gostaria de vos sensibilizar a participarem nas atividades programadas e a contribuírem para a revista com artigos e, cada vez mais, serem parceiros neste caminhar recheado de novas soluções, protocolos, que vimos a construir desde Maio de 2001.

Acolher, Capacitar, Encaminhar, é um congresso com temas diversos, interessantes, demonstrativos de áreas com grande impacto na produção do centro hospitalar mas, também na VIDA dos cidadãos que cuidamos e cuja realidade desejamos que seja debatida e não colocada em segundo ou terceiro plano.

O *continuum* do ser humano desde que nasce ao ser término é envolto num manto de descoberta, de indefinições, de novos saberes e por vezes de caminhos que definem diferentes mapas de estradas que são parte integrante da encruzilhada entre Vida e Morte.

Ao longo de trinta e três anos de experiência profissional tive momentos que me marcaram agradavelmente ou penosamente provocando desgaste emocional.

Ressoam nos meus ouvidos palavras sábias de enfermeiros, médicos e de outros profissionais que pela sua humildade e postura na vida pessoal e profissional me fizeram sentir que eram modelos de referência e devia usufruir desses momentos para crescer. Colegas que passaram por nós, mas deixaram marcas que nos fazem pensar quão efémera é por vezes a vida e por esse motivo deve ser aproveitada no máximo da sua plenitude.

Nem sempre conseguimos transpor para o papel o que nos vai na ALMA mas muitas vezes com expressões não verbais, quebramos o gelo ou então construímos icebergues que não são facilitadores para a tão falada relação terapêutica.

Maio, mês do Coração, de Maria, do Dia Internacional do Enfermeiro.

Maio, será que querem partilhar connosco a vontade de crescer, viver, sentir, enfim, Ser Enfermeiro!

Convido-vos a serem sócios, a usufruir de vantagens como o apoio à formação/investigação, a realizar parcerias, a pensar que:

*“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”* (Fernando Pessoa)

Saudações Cordiais



## Propriedades métricas da escala Aachen Aphasia Test: Revisão Sistemática da Literatura

14

Vítor Hugo Ferreira Gomes, Luís Carlos Moço Jesus, Susana Cristina Moura Trindade, Jorge Miguel Sengo Matos de Melo Coelho, Luís Manuel Mota de Sousa

## Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura

22

Luís Manuel Mota de Sousa e Helena Maria Guerreiro José

# Enf orm ação



## VISIBILIDADE

- 06 CHLC sempre a mexer**  
Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE  
Fátima Palmeiro
- 07 Enfermagem na atualidade**  
**UMAD II. Quem somos?**  
Enf. Paula Lopes e Enf. Joana Pereira



## AGENDA

- 13 Calendário**  
Eventos e atividades ACE

## EMPENHO

- 33 Entrevista**  
**Investigação de Qualidade**  
Centro de Investigação do CHLC  
Enf. António Nabais



- 09 Marcar a diferença**  
**Uiva Mulher Uiva Associação**  
está BEM UIVA!  
Gabriela Freire, Presidente VMVA

- 10 Viver Verde**  
**Plantar em casa: aprenda**  
**a ter uma horta doméstica**  
Tenha mais cor e sabores sempre frescos,  
em casa!



## EVIDÊNCIA

### Aconteceu

- 36 Workshop ACE**  
**Doença Cardiovascular – Experiências de**  
**Inovação nos Cuidados de Enfermagem**
- 38 Encontro sobre "Histórias da Segurança**  
**do Doente. A Bela Adormecida.**  
**Como Acordá-la?"**



# sempre mexer

**Fátima Palmeiro**

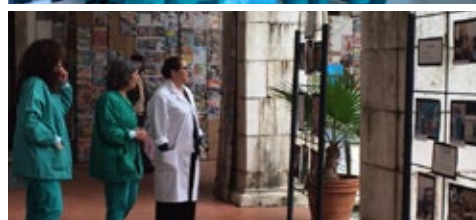
Gabinete de Assessoria e Comunicação  
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - CHLC

## Área de Pedopsiquiatria lança Newsletter “MentaLx”

A Área de Pedopsiquiatria do CHLC lançou uma newsletter mensal intitulada “MentaLx”. Este primeiro número apresenta uma entrevista ao Diretor da Área de Pedopsiquiatria do CHLC, Augusto Carreira.

O destaque desta edição vai também para a Unidade da Primeira Infância (UPI) que dá a conhecer a implementação do projecto “Baby Talks” junto das escolas secundárias do concelho de Lisboa.

A publicação está disponível através do link:  
[https://issuu.com/mentalex/docs/mentalex\\_1](https://issuu.com/mentalex/docs/mentalex_1)



## CHLC tem novo Conselho de Administração

O novo Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) foi empossado pelo Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, no passado dia 2 de Fevereiro.

Tomaram posse a **Professora Doutora Ana Escoval**, como Presidente do Conselho, o **Professor Doutor António Sousa Guerreiro**, como Diretor Clínico, a **Enfermeira Armandina Antunes**, como Enfermeira Directora, o **Dr. António Nunes** e o **Dr. Francisco António Matoso**, como Vogais do Conselho de Administração.

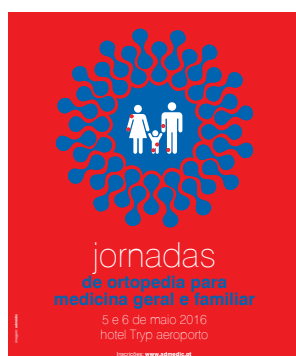
A cerimónia teve lugar no Salão Nobre do Hospital de S. José, com a presença de inúmeros profissionais do Centro e outros convidados.

## Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios

A **Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses – AESOP** assinalou, no dia 15 de Fevereiro, o Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios.

O CHLC associou-se a esta iniciativa com uma exposição em que deu a conhecer o circuito do doente em contexto perioperatório.

A exposição esteve patente nos Hospitais Dona Estefânia, Santa Marta e S. José.



## I Jornadas de Ortopedia para Medicina Geral e Familiar

Nos dias 5 e 6 de Maio, realizam-se as **I Jornadas de Ortopedia para Medicina Geral e Familiar**, organizadas pela especialidade de Ortopedia do CHLC.

As jornadas, que terão lugar no Hotel Tryp Aeroporto, em Lisboa, vão abordar temas como os novos e velhos problemas da anca, os pequenos problemas e grandes limitações do punho e da mão, da deformidade à limitação no pé e no tornozelo e o joelho: do jovem desportista ao idoso.

As inscrições devem ser submetidas em [www.admedic.pt](http://www.admedic.pt) até 15 de Abril.

## II Workshop Urgência Geral e Cuidados Intensivos

A **Área de Urgência Geral e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar** organizou mais um Workshop dedicado à partilha de práticas e saberes no âmbito da melhoria da Qualidade e Segurança do Doente.

Decorreu nos dias 17 e 18 de Fevereiro, no auditório do Centro de Formação do CHLC - Hospital dos Capuchos e debateu temas como a cultura de qualidade, a monitorização dos cuidados, as perspectivas do cuidar ao doente neurocrítico, o doente submetido a cirurgia vascular, a pessoa submetida a reconstrução microcirúrgica com retalho livre e a ECMO - uma realidade em cuidados intensivos.





## UMAD II QUEM SOMOS?



Equipa Hospitalar

O Hospital D. Estefânia tem assistido a um aumento do número de crianças com doenças complexas que evoluem para a cronicidade, com internamentos hospitalares prolongados, com graus variáveis de incapacidade e dependência, coexistindo enorme dificuldade em inserir estas crianças no domicílio.

Com o objetivo de minimizar este problema a Área de Pediatria Médica, assume o projeto de parceria entre a Fundação do Gil e o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Hospital D. Estefânia, com início a 1 de Junho de 2009 denominado por UMAD II (Unidade Móvel de Apoio ao Domicilio II).



Com este Projeto, pretende-se a melhoria da qualidade de vida do doente pediátrico e respectivas famílias, maximizando a capacidade de reinserção na família e na comunidade e o custo/eficiência, através de cuidados continuados prestados por uma equipa multidisciplinar.

Os objetivos deste projeto são:

- Promover a continuidade dos cuidados no domicílio numa filosofia de parceria que reconhece os pais como os melhores cuidadores do seu filho;
- Diminuir as deslocações das crianças ao Hospital;
- Diminuir o tempo de internamento e reinternamentos;
- Promover a articulação com os recursos da comunidade.

### Equipa Hospitalar

Enfermeiras: Luísa Bandola (Coordenadora); Paula Lopes, Joana Pereira; Assistente Social: Rute Santos; Médica: Mafalda Paiva; Fisioterapeuta: Sandra Crespo.

Sempre que a especificidade dos cuidados, o justifique, são incluídos outros profissionais de saúde, nas visitas domiciliárias

### Atividade Assistencial

A UMAD II funciona em articulação estreita com todas as Unidades/Serviços de ação médica, sendo a referenciação efetuada pelos serviços onde a criança/adolescente esteve internada ou onde é seguida em consultas da Especialidade. Essa proposta pode ser feita por médico, enfermeiro, assistente social ou terapeuta e será sujeita a apreciação individual pela equipa da UMAD II, sendo critérios de inclusão, o diagnóstico de doença crónica complexa (respiratória, neurológica, nefrológica, etc.) com necessidade de apoio de enfermagem, necessidade de ensino e/ou supervisão de actividade de vida diárias e situações de saúde das crianças ou sociais que limitem o acesso ao hospital.

É considerado critério de exclusão a necessidade única de entrega de material no domicílio.

Idealmente deverá ser feito o contacto com a equipa de enfermagem da UMAD II ainda durante o internamento, para planear uma transição adequada para a nova equipa de cuidados.

A visita pela UMAD II deve ser previamente aceite pela criança / família, e formalizada através do consentimento informado, e a sua programação será efetuada em articulação com a criança/família e a equipa.

A 1.<sup>a</sup> visita é realizada de preferência com todos os intervenientes (Criança/Família, Equipa UMAD e se possível o Enfermeiro do Centro de Saúde) e as seguintes dependem da avaliação efetuada.

A alta do apoio domiciliário será dada pela equipa da UMADII sempre que o motivo que originou o pedido esteja resolvido ou haja transferência total dos cuidados para a comunidade.

Em reuniões de equipa são apresentados e discutidos os casos, sendo definido quais serão os elementos da equipa multidisciplinar, a intervir em cada situação.

Com o desenvolvimento deste projeto, foi possível alcançar altas hospitalares mais precoces, reduzir o número de reinternamentos, e as infeções hospitalares (sépsis de cateteres). Para além da melhoria dos cuidados, esta iniciativa resultou numa incomensurável melhoria da qualidade de vida destas crianças e das suas famílias.

Desde o início de actividade foram assistidas em regime de ambulatório 209 crianças, com um total 1699 visitas.

### Actividade Científica

Paralelamente esta equipa participou em várias ações de Formação, Cursos e outras Sessões, essenciais quer para divulgação do projeto, quer para a sua sistematização e aperfeiçoamento das actividades a desenvolver.





# marcar a diferença

Gabriela Freire, Presidente da Viva Mulher Viva Associação

## A Viva Mulher Viva Associação está **BEM VIVA!**

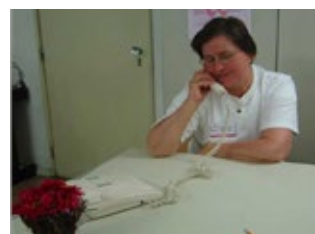
O testemunho de uma doente tratada com sucesso é precioso porque, não há dúvida, a palavra amiga de quem já passou pela mesma situação tem valor. É por isso que, desde há mais de dez anos, existe uma equipa de voluntárias que não se importam de regressar ao hospital, e não é para se tratarem mas sim para comunicarem a sua experiência a outras mulheres. E fazem-no em várias áreas no centro Hospitalar de Lisboa Central HSJ/HSAC. **A Viva Mulher Viva Associação** surgiu a partir da consulta multidisciplinar de patologia da mama do hospital de S. José, e em articulação com a Unidade de Psicologia em 2004, tendo como principais objetivos entre outros: a divulgação de informação e prevenção; o acompanhamento a pacientes em tratamento; atividades orientadas para a qualidade de vida.

**Consulta Externa:** apoiando as consultas do serviço de cirurgia da mama, as voluntárias trabalham em coordenação com o serviço de psicologia e também com o serviço de enfermagem. Contactam com as doentes recém-diagnosticadas e complementam com o seu testemunho pessoal a informação necessária.

**Serviço hospitalar:** antes e depois das cirurgias, momentos em que qualquer doente se interroga sobre o seu futuro, há visitas em que as voluntárias se dispõem a contactar não só com os pacientes como com os seus familiares e amigos.

**Hospital de Dia:** a fase da quimioterapia, processo pelo qual as voluntárias já passaram, não é um processo fácil. Desde Outubro de 2015 foi desenvolvido um projecto de colaboração com o hospital de dia, tendo como principais objectivos dinamizar atividades de promoção de qualidade de vida e bem-estar. Assim, durante a semana de 26 a 30 de outubro foram delineadas com a enfermeira chefe Helena Xavier, várias ações que contaram não só com a presença das voluntárias mas também com vários convidados. Durante essa semana sentia-se uma energia e comunicação fora de comum: com flores, maçãs, palavras, ensinamentos de maquilhagem, formação sobre lenços e cabeleiras e momentos musicais foi possível transmitir algo que a **Viva Mulher Viva Associação** considera essencial: não devemos descurar a procura da qualidade de vida, mesmo nos momentos em que a luta pela sobrevivência se afirma como prioritária. Os tratamentos não suspendem o nosso gosto pelo convívio e pelas coisas boas que a vida nos dá. Para lembrar esse facto tão simples...aqui estamos nós.

Mantenha-se atento, as nossas ações vão continuar.





## Plantar em casa: aprenda a ter uma horta doméstica

Todo o grande *chef* de cozinha sabe que um dos principais segredos da alta gastronomia são os ingredientes frescos. Além de mais sabor, eles deixam o seu prato mais colorido e saudável. Você não precisa ser um *chef* para ter essa qualidade e saúde em casa. Basta investir em uma horta doméstica. É rápido, barato e fácil!

**Aprenda a plantar em casa!**



### Onde plantar em casa?

As plantas nem sempre precisam de espaço, porém não sobrevivem sem luz. O local escolhido para fazer a sua horta precisa ser iluminado. A maior parte delas necessita de pelo menos quatro horas diárias de exposição ao sol (se for possível, o sol da manhã ou do fim da tarde).

Se o seu espaço é reduzido, pode optar pelas jardineiras, que podem conter mudas de diferentes tipos. Cuidado apenas ao misturar espécies! O ideal é plantar hortaliças com características semelhantes, como a necessidade de água e o tipo de terra adequado.

Pode plantar até dois tipos de planta no mesmo vaso, observando a distância entre elas. Manjeriço e coentros, por exemplo, devem ser plantados a uma distância de 30 centímetros um do outro.

### Como e quando regar?

Para plantar em casa e manter uma horta, deverá ter disposição para regá-la. Isso deverá ser feito em horários em que o sol não esteja muito forte: a evaporação devido ao calor vai prejudicar a alimentação das plantas.

Também é preciso verificar qual é a quantidade ideal para cada espécie: o excesso de água aumenta a possibilidade da proliferação de doenças. Para evitar que fiquem encharcadas, cuide para que os vasos tenham furos para auxiliar no escoamento da água. Uma boa dica para saber se está na hora de regar é tocar a terra para se certificar de que não está húmida.

### O que plantar em casa?

A escolha dos vegetais a serem plantados depende do que você quer ter à disposição. É importante também

saber que tipos de hortaliças, frutas, ervas ou temperos são adequados ao espaço de que você dispõe.

Se você tem um belo jardim disponível, invista em árvores frutíferas e em hortaliças como abobrinha, beringela, brócolos e pimenta, por exemplo. Hoje em dia, no entanto, nem todos têm espaço para cultivar e plantar em casa. Mesmo assim, é possível utilizar terraços, varandas e sacadas de apartamentos para plantar em vasos.

### Mudas x sementes

Analise também o que é melhor no seu caso: comprar mudas ou sementes. A plantação da semente é mais demorada. É o mais indicado para vegetais como beterraba e cenoura. A opção das mudas é para quem tem mais pressa. É o ideal no caso da alface, por exemplo. Além disso, de maneira geral, as mudas podem ser plantadas em qualquer período do ano. No caso das sementes, a época ideal varia de acordo com a espécie.

### Temperar a comida

Existem diversas opções de ervas e temperos que podem ser cultivados em vasos, colocados em pequenos espaços. Os temperos mais comuns para plantar em casa são alecrim, cebolinha, salsa, coentros, hortelã, manjeriço, manjerona, tomilho e orégãos. Confira algumas dicas:

**Alecrim:** Em geral, é usado para temperar carnes e legumes. Deve ser plantado num vaso redondo e fundo, com profundidade de 30 a 40 centímetros. Precisa de ambientes ensolarados.



**Hortelã:** É usada para temperar pratos salgados, como saladas, peixe e carneiro, mas também para aromatizar molhos e sobremesas. Deve ser plantada num vaso com terra sempre húmida e precisa de ficar num local com exposição ao sol. A hortelã deve ser plantada sozinha, pois as raízes podem matar plantas próximas.

**Manjericão:** Dá um sabor e aroma especiais à comida. É utilizado em molhos, carnes e peixes. Não deve ser plantado num vaso pequeno, pois pode chegar a 60 centímetros de altura. Precisa ser bem hidratado e ficar num local em que apanhe sol.

**Orégãos:** É amplamente utilizada na cozinha: em pizzas, saladas, molhos, peixes e carnes. Pode ser plantado em recipientes menores, gosta de solo leve, humidade e bastante luz.

**Tomilho:** Pode ser usado no tempero de peixes ou carnes. Chega a 30 centímetros de altura e pode ser plantado em um vaso pequeno. Precisa de bastante sol.

### Manutenção da plantação

Retire as folhas secas e amareladas das ervas e revolva a terra a cada três meses, com cuidado para não danificar as raízes durante a operação. A horta em vasos dura de seis meses a um ano. Passado esse período, troque a planta por outra.

É recomendado adubar a sua horta pelo menos duas vezes por ano. Os adubos orgânicos são mais indicados que os químicos, porque você vai utilizar os temperos que plantar em casa na sua alimentação. Verifique com frequência os possíveis ataques de pragas. Se ocorrer, opte por inseticidas naturais, como calda de fumo ou de sabão, já que as ervas irão direto para o seu prato!

### Verduras e legumes em casa

A maioria das hortaliças que nascem no chão também podem ser cultivadas em vasos. Alguns exemplos das verduras e legumes que pode plantar em casa são alface, tomate, rúcula, cenoura, beterraba, rabanete, cebola e espinafre!

**Alface:** Precisa de um ambiente com bastante exposição solar, necessita de cinco horas diárias de sol e circulação de ar. O vaso deve ter pelo menos um palmo de profundidade. As floreiras são uma boa opção, pois garantem também espaço para várias mudas. A alface precisa de um solo rico em nutrientes, portanto, vai precisar de adubo. O ideal é regar em dias alternados. O ciclo da alface varia entre 60 e 90 dias. Na altura da colheita, deve extrair a planta toda.

**Tomate:** Embora seja uma fruta, é bastante utilizado nas saladas e molhos. O tomate deve ser plantado em local arejado e com exposição ao sol: precisa de quatro horas diárias de luz solar. O vaso deve ter cerca de 40 centímetros de altura. Você deve semear os tomates entre os meses de abril e junho. A planta precisa de humidade e deve ser podada assim que tiver ramos com flores. Nesse momento, a parte superior do caule deve ser cortada. O tomateiro também deve ser preso a uma estaca, o que vai auxiliar a suportar o peso dos frutos.

**Rúcula:** É uma planta de rápido cultivo: as folhas podem ser colhidas quatro semanas após semeadas! Ela pode ser mantida em ambientes fechados, já que se desenvolve melhor em locais não muito quentes. Como as raízes são pequenas, não precisa de um vaso grande: 20 centímetros de profundidade já são suficientes. As sementes são pequenas, por isso podem ser plantadas superficialmente.

### Uma opção prática e saudável

Escolha o que vai plantar e coloque as mãos na massa, ou melhor: na terra! A falta de espaço não é motivo para não ter a sua horta doméstica e plantar em casa. Essa é uma boa maneira de economizar recursos na compra de alimentos e, ao mesmo tempo, de consumir frutas, verduras, legumes e temperos mais saudáveis, livres de agrotóxicos.

Facilitar a experiência de qualquer cidadão a plantar em casa e ter uma horta doméstica é o objetivo do aplicativo para telemóveis que foi lançado pela **Plantit (<http://plantit.pt/>)**. Esta nova aplicação disponibiliza informações e dicas práticas sobre como cultivar alho francês, rúcula, coentros, salsa, morangos, entre muitas outras variedades de hortaliças, legumes e verduras, de forma a difundir as práticas da agricultura urbana em Portugal. A aplicação é gratuita e já está disponível para os sistemas Android e iOS.



**Tenha mais cor e sabores sempre frescos, em casa!**

# VENHA CRESCER CONNOSCO!

Seja sócio em [www.acenfermeiros.pt](http://www.acenfermeiros.pt)

## CRESCER FAZ PARTE INTEGRANTE DA VIDA

A ACE, Associação Científica dos Enfermeiros  
está continuamente a trabalhar desde 2001  
em prol da Formação dos Enfermeiros  
e pela visibilidade da Enfermagem.

Por si, por nós e por todos.

Contamos consigo!



# agenda



26-27 maio

## 3.º Congresso da Associação Europeia de Enfermagem Pediátrica Porto

Organizado em conjunto pela PNAE, Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e Mesa do Colégio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) da Ordem dos Enfermeiros (OE).



2-3 junho

## 1.º Champalimaud Cancer Nurse Conference Lisboa

Tendo como lema "A tecnologia ao serviço da humanização dos cuidados", com organização dos enfermeiros da Fundação Champalimaud.

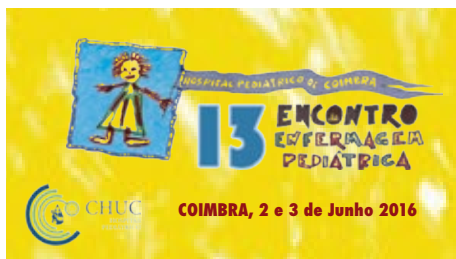
Leonor Beleza, presidente da Fundação Champalimaud, explica que a abordagem dos temas "terá um caráter compreensivo: da avaliação de risco ao diagnóstico precoce, da relevância dos ensaios clínicos à necessidade de trabalho em equipa e de multidisciplinaridade, das áreas clássicas de intervenção aos modernos desafios, nas múltiplas patologias e nos diversos teatros em que os cuidados têm de ser prestados". Sublinha ainda que será dada "uma ênfase especial para a inclusão nesses teatros da casa do doente, o 'Hospital do Futuro'."



2-3 junho

## REABILIDADES X - Congresso de Enfermagem de Reabilitação 2016 Porto

Realizada pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) porque foram muitas as "mudanças verificadas nos contextos e nas práticas clínicas da Enfermagem de Reabilitação", considera a APER que "é tempo de fazer um balanço do passado, do presente e de perspetivar o futuro"



2-3 junho

## 13.º Encontro de Enfermagem Pediátrica Coimbra

"Saúde infantil na região Centro - Dimensão da procura e da oferta nos últimos 5 anos" é o primeiro tema a ser desenvolvido no 13º Encontro de Enfermagem Pediátrica do Hospital Pediátrico (HP) de Coimbra.



6-8 junho

## V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa Coimbra

O Polo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra vai receber o V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa e Simpósio Internacional dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência.



## RESUMO

No contexto atual do exercício da profissão de enfermagem, com exigência crescente a nível de eficácia, eficiência e prática baseada na evidência, torna-se imperativa a utilização de instrumentos de avaliação e medida, devidamente validados para as populações que assistem e avaliam. O objetivo deste estudo foi conhecer as propriedades métricas da escala Aachen Aphasia Test (AAT), aplicada a pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, através de bases de dados eletrônicas, nos últimos 5 anos. Selecionaram-se 4 artigos que cumpriam os critérios, relacionados com a temática.

Pouca informação foi obtida relacionada com as propriedades métricas da AAT. Apenas um dos artigos aborda informações exatas e referentes às propriedades métricas da sua adaptação para a versão Portuguesa, que de acordo com os autores consultados são robustas, comparáveis às da versão Alemã. Os restantes estudos recorrem a este instrumento como padrão na comparação com outros instrumentos.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Cerebral, Aachen Aphasia Test, Psicometria.

## ABSTRACT

*In the current context of nursing practice, with increasing the level of effectiveness, efficiency and effective reasoning of practical requirements, it becomes imperative to use assessment tools properly validated for the populations they serve and evaluate. The primary aim of this study was to identify the psychometric properties of the scale Aachen Aphasia Test, applied to persons who have suffered a stroke. We performed a systematic review of the literature through electronic databases, in the last five years. We obtained 4 articles that respect these criteria, related to the thematic.*

*Few information was obtained related to the metric properties of AAT, only one of the articles dealing with accurate and related to the metric properties of its adaption to the Portuguese version, which according to the authors consulted are robust, comparable to the German version. The remaining studies, resort to this instrument as a standard to compare other instruments.*

**Key-words:** Stroke, Aachen Aphasia Test, Psychometrics.

**Vítor Hugo Ferreira Gomes**, Enfermeiro de Cuidados Gerais na UCSP Odemira/ULS Litoral Alentejano. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. **Luís Carlos Moço Jesus**, Enfermeiro de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Continuados Integrados ASFE Saúde. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. **Susana Cristina Moura Trindade**, Mestre. Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Continuados Integrados ASFE Saúde. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. **Jorge Miguel Senço Matos de Melo Coelho**, Enfermeiro de Cuidados Gerais na Unidade de Convalescença da Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. **Luís Manuel Mota de Sousa**, Mestre. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Hospital Curry Cabral. Professor Assistente na Universidade Atlântica. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Investigador do CIIS. Vogal do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

“ Os enfermeiros (...) ao efetuarem uma avaliação para estabelecer um diagnóstico, devem usar instrumentos validados, fiáveis e responsivos para a população em que estão a intervir. ”

## INTRODUÇÃO

A escala *Aachen Aphasia Test* (AAT) permite avaliar a afasia, constitui, em si, uma ferramenta importante para o diagnóstico das pessoas com a alteração desta função. Esta escala possibilita obter informações sobre a gravidade da afasia e planear as intervenções adequadas à situação. A AAT foi desenvolvida na Alemanha por Huber e colaboradores, sendo constituída por 6 categorias que avaliam o discurso espontâneo, o Teste *Token*, a repetição, a nomeação, a compreensão e a linguagem escrita. Neste momento, a escala encontra-se validada para as seguintes culturas e línguas: Inglês, Holandês, Italiano, Tailandês e Português (Lauterbach *et al*, 2008).

**A afasia é uma alteração de linguagem resultante de uma lesão cerebral localizada nas estruturas que se supõe estarem envolvidas no processamento da linguagem e se traduz na perda total ou parcial da capacidade para compreender e/ou produzir linguagem (escrita, oral e através do gesto), reconhecer/identificar figuras e objectos, podendo surgir défices ao nível do cálculo** (Leal, 2009, p. 11).

Relativamente à etiologia, a mesma autora, refere que o AVC é a principal causa de afasia.

O AVC tem sido definido como suspensão ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, com sinais clínicos que podem ser distúrbios focais ou globais da função cerebral, e com sintomas que se mantêm por um período superior a 24 horas (Menoita, Sousa, Alvo, Marques-Vieira, 2012).

Os enfermeiros em geral e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em particular, ao efetuarem uma avaliação para estabelecer um diagnóstico,

devem usar instrumentos validados, fiáveis e responsivos para a população em que estão a intervir (Barbetta & Assis, 2008). A fim de se conseguir obter resultados válidos sobre as propriedades métricas referidas, a fase seguinte, a metodologia, é muito importância. Esta, vai ser desenvolvida sob grande exigência e rigorosidade seguindo etapas e os critérios de uma revisão sistemática da literatura (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004; Lopes & Fracoli, 2008; Pereira & Bachion, 2006; Santos, Pimenta & Nobre, 2007).





## MATERIAIS E MÉTODO

Em contexto de prática clínica torna-se imperativa a utilização de instrumentos de avaliação e medida, validados para as populações que servem e avaliam.

O objetivo deste estudo foi identificar quais as propriedades métricas da escala Aachen Aphasia Test usada na pessoa com afasia devido a AVC.

A questão de investigação deste estudo foi elaborada segundo os critérios estabelecidos pelo método PICO - Participant (Tipo de Participantes); Intervention (Tipo de Intervenção); Comparison (comparação); Outcomes (Tipo de Resultados).

Tabela n.º 1  
Método PICO

<b>Participantes</b>	Pessoa que sofreu AVC com afasia.
<b>Intervenção</b>	Validação de instrumentos / adaptação de instrumentos.
<b>Comparação</b>	Doentes com afasia / doentes sem afasia.
<b>Resultados</b>	Reprodutibilidade / validade / responsividade.

Neste sentido, definiu-se para a presente Revisão Sistemática da Literatura, a seguinte questão de investigação: **“Quais as propriedades métricas da escala Aachen Aphasia Test na pessoa com afasia devido a AVC?”**.

A pesquisa para a revisão sistemática da literatura definiu-se em função da questão de investigação e dos descritores/palavras chave abaixo mencionados (Tabela 2). Estes últimos foram validados na plataforma MESH e/ou na DeCS, à exceção do descritor *“Aachen Aphasia Test”*. Este não se encontra validado nestas duas plataformas mas constitui-se como essencial para filtrar a pesquisa ao nível necessário e razoável.

Tabela N.º 2  
Descritores validados para a pesquisa

Crítérios	Questões de partida	Palavras-chave
<b>Participantes (P)</b>	Pessoa que sofreu AVC com afasia.	Stroke; Cerebral vascular disorders; Aphasia.
<b>Intervenção (I)</b>	Validação de instrumentos; Adaptação de instrumentos.	Psychometrics; “Aachen Aphasia Test”; Assessment.
<b>Outcomes (O)</b>	Reprodutibilidade; Validade; Responsividade.	Reproducibility; Validity; Reliability.

A investigação decorreu durante o mês de Novembro de 2013. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados electrónicas: CINAHL, DARE, Cochcrane, MedcLatina, HTA, NHS, PubMed, SciELO. Estas bases foram acedidas através de duas plataformas informáticas, são elas a Google Scholar e EBSCOhost.

Atendendo à especificidade do tema, bem como à grande variedade de artigos/estudos existentes potencialmente relacionados com o mesmo, surgiu a necessidade de se estabelecer critérios de inclusão e exclusão (Tabela 3), no sentido de facilitar a selecção dos artigos/estudos relevantes para o desenvolvimento da temática em questão.

O estudo das propriedades métricas foi realizado com base nos critérios de Validade, Reprodutibilidade e Responsividade (Barbetta & Assis, 2008; Leung, Trevena & Waters; 2012).

Tabela n.º 3  
Critérios de inclusão e exclusão

Crítérios de selecção	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
<b>Participantes (P)</b>	Pessoa com afasia devido a AVC	Pessoa com outra patologia do foro Neurológico.
<b>Intervenção (I)</b>	Reprodutibilidade; Validade; Responsividade.	Não possuir, pelo menos, 1 destes três critérios.
<b>Desenho do estudo (S)</b>	Estudo quantitativo.	Revisão sistemática da literatura; Estudo qualitativo.
<b>Período de publicação</b>	Artigo publicado entre 2008 e 2013.	Qualquer artigo fora deste período de tempo.
<b>Língua em que está publicado</b>	Artigo publicado em Português, Inglês e Espanhol	Artigo publicado noutra língua.
<b>Disponibilidade do documento</b>	Artigo completo e grátis.	Artigo incompleto ou que seja necessário o dispêndio de dinheiro para o obter.

Com as condições, acima referidas, reunidas, efectuou-se a pesquisa planeada através de uma conjugação de descritores, abaixo identificada (Tabela 4). Cada conjugação foi executada por dois elementos do grupo de trabalho, sendo a selecção de exclusão dos artigos validada pelos dois (Figura 1).

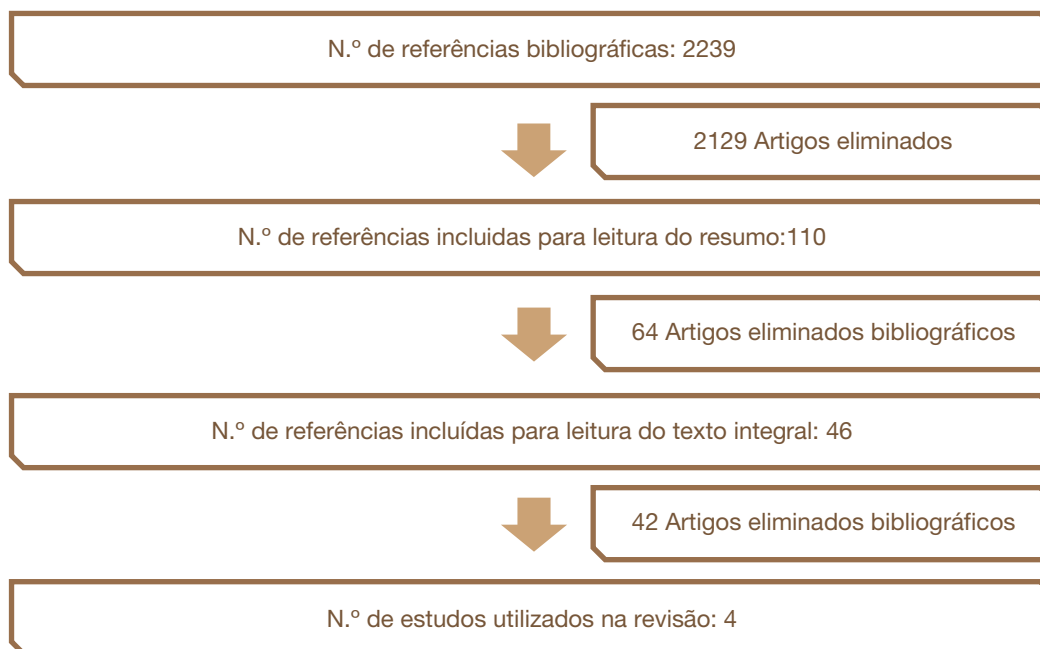


“ O objetivo deste estudo foi identificar quais as propriedades métricas da escala *Aachen Aphasia Test* usada na pessoa com afasia devido a AVC. ”

Tabela n.º 4 - Conjugação Boleana

Conjugação Boleana	Resultados da pesquisa
"Aachen Aphasia Test" and stroke	453
"Aachen Aphasia Test" and stroke and assessment	394
"Aachen Aphasia Test" and stroke and reliability	297
"Aachen Aphasia Test" and cerebrovascular disorders	667
"Aachen Aphasia Test" and psychometrics	247
Aphasia and stroke and psychometrics	60
Aphasia and stroke and assessment	202
Aphasia and stroke and reliability	47
Aphasia and cerebrovascular disorders and psychometrics	32
Aphasia and cerebrovascular disorders and assessment	140
Aphasia and cerebrovascular disorders and reliability	68
"Aachen Aphasia Test" and stroke and validity	85
Total	2239

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa realizada



## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a realização da seleção dos 4 artigos finais, procedeu-se à sua leitura integral e análise. Efetuou-se a recolha de informação sobre o Ano, País, Autor, participantes, intervenções, resultados e o nível de evidência (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

O estudo desenvolvido por Grande *et al.* (2008), teve como objetivo analisar se os parâmetros básicos do discurso espontâneo são mais sensíveis às alterações durante o decorrer da recuperação da afasia do que as escalas de avaliação de discurso espontâneo convencionais, considerando como padrão ouro a AAT. No entanto não fornece informações relativamente às propriedades psicométricas desta.

Meulen, Sandt-Koenderman, Duivenvoorden & Ribbers (2010), na elaboração do estudo, tiveram como objetivo explorar as propriedades psicométricas do *Scenario Test*, que demonstrou confiança e validade como instrumento de avaliação da comunicação na afasia, tendo como padrão ouro três instrumentos de avaliação onde se inclui a AAT, apesar de não fornecer informações relativamente às propriedades psicométricas desta.

O estudo realizado por Gialanella (2011), aborda a avaliação da afasia através da versão Italiana da AAT, aplicada por um terapeuta da fala e a sua relação com a previsão de resultados funcionais em pessoas com afasia após um AVC, concluindo que este instrumento de avaliação permite prever resultados de ganhos funcionais, sendo que, “o seu poder preditivo é similar a outros testes de funcionalidade comumente reconhecidos como preditores fortes de ganhos” (Gialanella, 2011, p. 349). Contudo, não aborda as suas propriedades psicométricas.

O artigo desenvolvido por Lauterbach *et al.* (2008) centra-se na adaptação do teste de afasia da AAT para o idioma Português (PAAT) e as suas propriedades psicométricas. No que respeita à adaptação para a língua portuguesa, devido às diferenças linguísticas existentes entre o alemão e o português, os autores, não realizaram uma tradução simples da versão original. Procuraram suporte na versão Italiana cuja estrutura gramatical é semelhante, mantendo a estrutura interna da entrevista da AAT. Todos os estudos tem um nível de evidência III, ou seja, obtida a partir de estudos bem desenhados sem randomização, grupo único pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

Tabela Nº 5 – Descrição dos estudos

Autor, Ano, País	Participantes	Intervenção	Comparação	Resultados	Nível Evidência
Lauterbach, M.; et al, 2008, Portugal	125 pessoas afásicas. 153 pessoas não afásicas (grupo controlo).	Adaptação do teste de afasia da Aachen Aphasia Test para o idioma Português (PAAT) e as suas propriedades psicométricas.	Sim.	Poder discriminatório da PAAT tão elevado quanto as versões existentes da AAT em outras línguas.	III
Grande, Marion; et al, 2008, Alemanha	28 pessoas afásicas.	Analisar se os parâmetros básicos do discurso espontâneo são mais sensíveis às alterações durante o decorrer da recuperação da afasia do que as escalas de avaliação de discurso espontâneo convencionais.	Não.	A avaliação assistida por computador dos parâmetros básicos do discurso espontâneo demonstrou maior sensibilidade à mudança apesar das limitações quanto à especificidade da base dos parâmetros. No entanto, poderá ter aplicação clínica e medir pequenas alterações ao longo do processo de reabilitação.	III
Meulen, Ineke Van der; et al, 2010, Holanda	122 pessoas afásicas. 25 pessoas não afásicas (grupo controlo).	Explorar as propriedades psicométricas do Scenario Test. Versão Holandesa da Aachen Aphasia Test (AAT). Amsterdam- Nijmegen Everyday Language Test (ANELT). Communicative Effectiveness Index (CETI)	Sim.	Os dados obtidos confirmam a confiabilidade e validade do Scenario Test na avaliação da afasia.	III
Gialanella, Bernardo, 2011, Itália	105 pessoas afásicas. 51 pessoas não afásicas (grupo controlo).	Avaliação da afasia através da versão italiana da Aachen afasia Test e a sua relação com a previsão de resultados funcionais em pessoas com afasia. Aachen Aphasia Test (AAT). Medida de Independência Funcional (MIF). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Fugl-Meyer Scale. Trunk Control Test (TCT).	Sim.	Aachen Aphasia Test permite prever resultados do processo de reabilitação da pessoa.	III



“ Salienta-se ainda que seria importante em futuros estudos adaptados à cultura e população Portuguesa contemplar a vertente funcional da comunicação. ”

Em Portugal, nos últimos 30 anos, a avaliação da afasia tem sido realizada através da BAAL, “adaptação da Multilingual Aphasia Examination (...) a BAAL provou ter semelhantes propriedade psicométricas em comparação com a Western Aphasia Battery” (Lauterbach et al, 2008, p. 1047). No entanto, a sua confiabilidade não permite uma comparação eficaz em estudos (Lauterbach et al, 2008).

Assim, na adaptação da AAT à versão Portuguesa, todas as pessoas com diagnóstico de afasia que participaram no estudo, n=125, foram sujeitas a uma avaliação prévia pela BAAL, que constitui uma referência diagnóstica de afasia em Portugal. O grupo controlo n=153, constituído por pessoas saudáveis com mais de 50 anos, foi sujeito a uma avaliação prévia pela *Mini Mental State Examination*, de modo a excluir o diagnóstico de demência. Foi também realizada uma estratificação dos participantes por idade e escolaridade, de modo a obter os dados normativos sensíveis às variáveis idade e nível de habilitações literárias. E na aplicação do estudo, a avaliação das pessoas afásicas foi realizada ao fim de pelo menos quatro semanas de sintomas, de modo a excluir sintomas agudos.

Na análise da consistência interna, o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach foi calculado para todas as categorias e sub-testes com resultados que variaram entre 0.8 a 0.9 em todas as categorias à excepção do Teste *Token* e compreensão. O único sub-teste cujo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach foi inferior a 0.8 foi a compreensão auditiva de frases. Deste modo, podemos compreender a sua fiabilidade intra-observador (confiabilidade). No que se refere à fiabilidade inter-observador, o estudo poderá ser alvo de crítica, uma vez que, Lauterbach et al, (2008)

absteve-se de testar a concordância entre avaliadores, com o argumento do idêntico sistema de pontuação e construção semelhante da versão Portuguesa, permitir extrapolar os resultados da versão original.

Quanto à sua validade, o poder discriminativo da versão Portuguesa da AAT mostrou ser tão elevado quanto as restantes versões na diferenciação de pessoas afásicas das não afásicas, demonstrando também que foi construída para que os sub-testes de cada categoria apresentem uma dificuldade crescente. Assim, pode-se perceber que demonstra capacidade de avaliar aquilo a que se propõe, e portanto, apresenta validade de constructo. Salienta-se que, no que respeita ao poder discriminativo entre os dois grupos de participantes, a variável mais forte foi o Teste *Token*. Quanto à validade concorrente, os resultados obtidos quando comparados com a BAAL, que tem sido usada como referência no diagnóstico de afasia em Portugal, permitiram concluir uma boa correspondência (Lauterbach et al, 2008).

De modo geral, a versão Portuguesa da AAT demonstrou que as suas propriedades psicométricas são fortes. No entanto, Lauterbach et al, (2008) salienta que a sua versão final deverá incluir correções a nível da idade e escolaridade. Na verdade, e de acordo com os resultados dos últimos censos cerca de 50% da população portuguesa não tem escolaridade ou tem apenas instrução do ensino básico 1.º ciclo, pelo que se percebe a importância deste acerto na versão final (INE, 2011), o que reforça esta necessidade de adaptação à população portuguesa.

No que se refere à sua responsividade, que mede a capacidade de um instrumento medir mudanças num



período de tempo pré-estabelecido, não podemos avaliar esta propriedade, uma vez que no estudo realizado com a versão Portuguesa da AAT, não foi abordada.

Relativamente ao objectivo da presente revisão sistemática, descrever as propriedades métricas da AAT, nos seus estudos analisados (Grande et al, 2008; Meulen et al, 2010; Gialanella 2011; Lauterbach et al, 2008), não realizaram a avaliação da responsividade. No entanto,

reconhecem o seu valor na avaliação da afasia, uma vez que a utilizam como referência no desenvolvimento dos estudos.

Em relação à avaliação das pessoas com afasia, Leal (2009) é da opinião de que se trata de um aspecto essencial no processo de avaliação e determinação das suas capacidades e incapacidades. Salaria a existência de diversos instrumentos com fins direccionados aos objectivos pretendidos, bem como a dificuldade em se desenvolver um único instrumento capaz de englobar todos estes aspectos, de modo a medir a evoluções ao longo do processo terapêutico. A autora defende que a AAT está inserida num grupo de instrumentos de avaliação da linguagem pós-lesão cerebral utilizados pelos Terapeutas da Fala em Portugal, refere ainda a pertinência do desenvolvimento de testes que incluam a componente funcional da comunicação adaptados à realidade Portuguesa.

No estudo desenvolvido por Pagliari et al, (2013), como objectivo de identificar os instrumentos mais utilizados na avaliação da afasia, concluiu-se que a AAT se encontra entre as mais utilizadas a nível internacional.

Da análise dos resultados obtidos no que se refere às propriedades métricas da AAT, construiu-se a seguinte tabela com base no estudo realizado por Lauterbach et al (2008), de modo a sintetizar as informações obtidas:

**Tabela 6 - Resumo das propriedades métricas AAT-PAAT**

Propriedades métricas	AAT (versão original)	AAT (versão Portuguesa)
<b>Validade</b>		
Validade Constructo	Boa.	Boa. A análise dos argumentos hierárquicos do conjunto de itens da AAT apoiam a ideia de base estrutural (crescente grau de dificuldade ao longo dos itens de avaliação).
Validade Concorrente	<i>Scenario Test</i>	Boa. Através da comparação dos resultados com a BAAL.
Validade Discriminante	Elevada.	90,7% dos participantes foram correctamente classificados.
<b>Reprodutibilidade</b>		
Fiabilidade Intra-Observador	Elevada consistência Interna. Boa confiança teste re-teste.	Elevada Consistência Interna. Coeficiente Cronbach > 0.8;0.9.
Fiabilidade Inter-Observador	Elevada.	Por a versão original demonstrar elevada fiabilidade, a idêntica construção do teste e sistema de resultados, permite extrapolar a sua fiabilidade Inter-observador.
<b>Responsividade</b>	-	-

Este instrumento de avaliação permite prever resultados de ganhos funcionais, de modo semelhante aos testes de funcionalidade assim reconhecidos (Gialanella, 2011).

Deste modo, pode-se pensar que se trata de uma ferramenta importante na avaliação da linguagem relativamente à identificação da afasia e o seu impacto em

ganhos na funcionalidade. No entanto, para uma versão portuguesa final, conforme refere Lauterbach et al (2008), serão necessários ajustes dos factores idade e escolaridade, de modo a se tornar num instrumento de referência Nacional, assim como determinar a responsividade ou sensibilidade à mudança.

## Conclusões

Através da presente revisão sistemática da literatura, foi possível identificar as propriedades psicométricas da *Aachen Aphasia Test*, e verificar que esta escala se encontra validada em Alemão, Inglês, Holandês, Italiano e Tailandês e Português. Além disso, a AAT tem sido utilizada como padrão-ouro na determinação da validade concorrente de diversos instrumentos de avaliação da afasia. É uma escala amplamente utilizada na Europa, em pesquisas internacionais. No estudo da versão portuguesa, verificou-se que esta escala necessita de ajuste para a sua versão final, de modo a se tornar sensível às características da população portuguesa, no que respeita à idade e habilitações literárias. Sugere-se no entanto que, futuramente seja considerada a avaliação da fiabilidade inter-observador de modo a garantir a concordância entre avaliadores, excluindo qualquer possibilidade de crítica relativamente a esta propriedade, bem como a avaliação da sua responsividade num período de tempo pré-estabelecido.

Salienta-se ainda que seria importante em futuros estudos adaptados à cultura e população Portuguesa contemplar a vertente funcional da comunicação, uma vez que permite prever ganhos em termos de funcionalidade na pessoa com afasia.

Neste sentido, compreende-se a importância da verificação da solidez das propriedades métricas que um instrumento de avaliação da linguagem deverá apresentar, de modo a que seja validado no contexto Nacional. Considera-se ainda que se poderá tornar numa ferramenta com maior utilidade ao permitir prever os ganhos funcionais da pessoa com afasia, contribuindo desta forma para a adaptação de um programa de reabilitação adequado a cada situação, de modo a possibilitar a organização das estratégias no sentido da melhoria da sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbetta, D. & Assis, M. (2008). Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão da literatura. *Acta fisiátrica*, 15(3), 176-181.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Acidente Vascular Cerebral*. In Teresa Branco e Rui Santos (Ed.), *Reabilitação da Pessoa com AVC* (p.25-33). Coimbra: Formasau.
- Galvão, C., Sawada, N. & Rossi, L. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(5), 690-695.
- Galvão, C., Sawada, N. & Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: e curso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(3), 549-56.
- Garcia, C. & Coelho, M. (2009). Patologia Cerebrovascular. In 1ª edição; autores Carlos Garcia; Maria Helena Coelho (Ed.), *Neurologia Clínica: Princípios fundamentais* (p. 168-180). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas Lda.
- Gialanella, B. (2011). Aphasia assessment and functional outcome prediction in patients with aphasia after stroke. *Journal of neurology*, 258(2), 343-349.
- Grande, M., Hussmann, K., Bay, E., Christoph, S., Piefke, M., Willmes, K. & Huber, W. (2008). Basic parameters of spontaneous speech as a sensitive method for measuring change during the course of aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(4), 408-426.
- Lauterbach, M., Martins, I. P., Garcia, P., Cabeça, J., Ferreira, A. C. & Willmes, K. (2008). Cross linguistic aphasia testing: The Portuguese version of the Aachen Aphasia Test (AAT). *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(06), 1046-1056.
- Leal, A. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal*. Tese de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição, Universidade de Aveiro.
- Lopes, A. & Fracolli, L. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 771-8.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência.
- Meulen, I., Sand-Koenderman, W., Duivenvoorden, H. & Ribbers, G. (2010). Measuring verbal and non-verbal communication in aphasia: reliability, validity, and sensitivity to change of the Scenario Test. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(4), 424-435.
- Pagliarin, K., Oliveira, C., Silva, B., Calvette, L. & Fonseca, R. (2013). Instrumentos para avaliação da linguagem pós-lesão cerebrovascular esquerda. *Revista CEFAC*, 15(2), 444-454.
- Pereira, Â. & Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 491-8.
- Sampaio, R. & Mancini, M. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89.
- Santos, C., Pimenta, C. & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511.



# Benefícios do humor na saúde

## Revisão Sistemática da Literatura

### RESUMO

**Introdução:** O humor contribui para a saúde e bem-estar das pessoas. Este desempenha uma função especial nas interações humanas, permitindo dizer-se que possibilita um encontro e acompanhamento com o Outro. Analisar estudos publicados entre 2006 e 2011, de modo a identificar o papel que o humor tem na vida e saúde das pessoas. **Materiais e Métodos:** Revisão Sistemática de Literatura através do método PICOS. Foram selecionados artigos a partir da pesquisa em bases de dados eletrónicas (EBSCO e b-on), repositórios nacionais, *SciElo* e *Google Scholar*. **Resultados:** Foram incluídos 26 estudos de 13 países em que os participantes eram estudantes, profissionais de saúde, idosos e pessoas com doença/dor crónica. Os estudos enquadram-se no paradigma qualitativo e quantitativo, apresentando assim, diferentes desenhos de investigação. **Discussão e Conclusões:** O humor apresenta benefícios a nível organizacional e cuidados de saúde. Quando se utiliza humor as equipas são mais produtivas, coesas, mostram menor nível de *stress* e estão mais motivadas e satisfeitas. Na saúde e na vida das pessoas o humor ajuda a promover o bem-estar; a lidar com situações difíceis e desagradáveis, a reduzir a tensão, o *stress* e o desconforto; aumentar a tolerância à dor, e fortalecer o sistema imunitário.

**Palavras-Chave:** Senso de humor e humor como assunto, Cuidados de Enfermagem, Saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** Humor contributes to the health and well-being of people. It plays a special role in human interactions, allowing us to say that it enables a meeting and accompaniment with the Other. Analyze studies published between 2006 and 2011, in order to identify the role that humor has in the life and health of people. **Materials and Methods:** Systematic Review of the Literature through the PICOS method. Articles were selected from searches performed in electronic data bases (EBSCO and b-On), national repositories, *SciElo* and *Google Scholar*. **Results:** 26 studies were included from 13 countries where the participants were students, health professionals, elderly and people with chronic disease/pain. The studies fall within the qualitative and quantitative paradigm presenting, therefore, different research designs. **Discussion and Conclusions:** Humor presents benefits at an organizational level and in healthcare. When humor is used the teams are more productive, cohesive, demonstrate a smaller level of stress and are more motivated and satisfied. In health and in people's lives, humor helps promote well-being; cope with difficult and unpleasant situations; reduce tension, stress and discomfort; increase pain tolerance and strengthen the immune system.

**Key-words:** Wit and Humor as Topic, Nursing Care, Health.

“ Na saúde e na vida das pessoas o humor ajuda a promover o bem-estar; a lidar com situações difíceis e desagradáveis, a reduzir a tensão, o *stress* e o desconforto; aumentar a tolerância à dor, e fortalecer o sistema imunitário. ”

### Introdução

A palavra “humor” tem uma história longa e muitos significados (José, 2002). Atualmente, o humor tem sido definido um estado emocional, um estado de ânimo, mais ou menos estável e como uma expressão de sentimentos que produzem bem-estar numa pessoa (José, 2010).

O humor e o riso embora estejam interligados e receberem influência mútua, não são sinónimos. Estes são influenciados por um contexto ou situação e não podem ser discutidos separadamente (José, 2002; José, 2003; José 2010). Nesta perspetiva, a resposta emocional ao humor pode ser a alegria, e o comportamento, o riso (Sahakian & Frishman, 2007).

No contexto dos cuidados de enfermagem, o humor de acordo com Bulechek, Butcher, & Dochterman (2010) permite ao enfermeiro ajudar a pessoa a perceber, apreciar e expressar o que é engraçado, divertido ou lúdico, de modo a estabelecer relações, aliviar tensões, libertar sentimentos de raiva, facilitar a aprendizagem ou lidar com sentimentos dolorosos, contribuindo assim para a promoção e manutenção da saúde.

Contudo na literatura, surgem várias tipologias de humor que se podem agregar em duas dimensões: o humor positivo e o humor negativo. O humor positivo promove a harmonia na relação e no doente, ajuda-o a manter a esperança. Nesta dimensão enquadram-se os estilos afiliativo e de auto desenvolvimento (Martin, *et al.* 2003). O humor negativo está associado ao humor negro, macabro, *stress*, conflito, incompreensão e desamor. Na prática exprime-se através do sarcasmo e ironia, que pode favorecer o aparecimento de consequências negativas para o doente, principalmente constrangimento e o desconforto na situação. Esta dimensão negativa do humor está associada aos estilos: agressivo e autodestrutivo (Martin *et al.* 2003).

A nível individual, a utilização do humor ajuda a ultrapassar contrariedades da vida. A investigação encon-

trou efeitos positivos no sistema imunitário Berk, *et al.* (2001), e no sistema cardiovascular (Sahakian & Frishman, 2007).

Por outro lado, a nível organizacional, ele pode ser utilizado para estabelecer e manter relações com outros profissionais, para aumentar a solidariedade na equipa, aumentar a produtividade, diminuir a resistência à mudança e incrementá-la, e ainda para manter a sobrevivência nas organizações de saúde (José, 2002). Nestas condições tem-se verificado um aumento da satisfação pessoal e profissional (White & Howse, 1993; Celso *et al.*, 2003; Wanzer *et al.*, 2005). Com esta revisão sistemática da literatura pretende-se compreender o papel que o humor tem na vida e saúde das pessoas e também identificar os contributos da investigação realizada entre 2006 e 2011, para a compreensão da natureza do humor, fatores que facilitam ou inibem a intervenção humorosa e os benefícios a nível individual e organizacional.

Após esta breve introdução teórica, segue-se a descrição dos procedimentos metodológicos utilizados na revisão sistemática, depois a descrição, a análise dos artigos e a discussão dos resultados encontrados. Por fim, surge a conclusão com os principais resultados e algumas recomendações para a construção do enquadramento teórico e trabalho empírico.

### Materiais e Métodos

Ao iniciar esta etapa determina-se o objetivo da revisão sistemática da literatura, de modo a nortear a pesquisa nas bases de dados. Neste sentido, pretende-se conhecer o estado do conhecimento sobre papel do humor na saúde das pessoas, no período de janeiro de 2006 a abril de 2011. Optou-se por este período uma vez que existe uma revisão sobre o tema anterior a 2006 (José, 2006).

Utilizou-se a questão de investigação e critério de inclusão e exclusão do estudo anterior (José, 2006,



p2) para lhe dar continuidade. A pergunta que conduziu a pesquisa foi **“Qual o papel do humor na saúde das pessoas?”** Para responder a esta questão, foram incluídos estudos que abordam o humor como intervenção.

Embora o humor seja considerado como uma intervenção, não foi ainda suficientemente estudado, por isso serão incluídos todos os estudos empíricos que utilizaram desenhos qualitativos e quantitativos. Nesta revisão excluíram-se os artigos que: (1) não se apresentavam estudos empíricos; (2) que apresentavam falta de informação para preencher os critérios de análise **PI[C]OS - Participantes, Intervenções, Comparações, Resultados (Outcomes) e Desenho do Estudos (Study Design)** (Centre for Reviews and Dissemination, 2009), (3) revisão da literatura e meta-análise; (4) foram publicados antes de 2006 e por último (5) dissertações e teses.

Na procura de estudos relevantes para elaboração desta revisão sistemática utilizaram-se termos e palavras-chave que conduziram e ajudaram a delimitar a pesquisa. Foram usados os termos de pesquisa e palavras-chave: **humor/humour/sense of humour; wit; laughter; play; intervention; relationship; interaction; communication; patient; effects; results/outcomes; immune system; nursing/ nursing care; health; illness/ disease/sickness and wellness/ well-being/welfare** (José, 2006).

Esta revisão decorreu em maio de 2011. O passo seguinte foi realizar uma pesquisa manual na Biblioteca da Universidade Atlântica assim como, pesquisas eletrónica. Recorreu-se aos sítios da Biblioteca Nacional; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Repositórios da Universidade do Minho, Porto, Coimbra, Lisboa e ISCTE. Acedeu-se a área reservada do sítio da Ordem dos Enfermeiros para pesquisar na Biblioteca do Conhecimento Online (Elsevier - Science Direct (Freedom collection), SpringerLink(Springer/Kluwer), Wiley Online Library (Wiley), Academic Search Complete (EBSCO), PubMed, Web

of Science (ISI), Current Contents (ISI), assim como **EBSCO Host - CINAHL®**, Nursing & Allied Health Collection, British Nursing Index, Cochrane Collection, que inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), MedicLatina, MEDLINE®. Pesquisou-se ainda na *SciELO* e para complementar a pesquisa, o motor de pesquisa Google.Scholar.

Na seleção de estudos relevantes consideraram-se, ainda, as referências bibliográficas mencionadas nos artigos escolhidos.

## Resultados e Discussão

Foram encontrados 181 artigos. Numa primeira análise através da leitura do título e palavras-chave foram identificados 71 artigos que pareciam importantes para responder à questão em estudo. Destes, após a leitura do *abstract*, aceitaram-se 27 para a revisão sistemática e rejeitaram-se 44 artigos, tendo em consideração os critérios de exclusão.

Na fase seguinte procedeu-se à leitura integral de cada artigo seleccionado, sendo recolhida informação sobre o ano; o país; o(s) autor(es); os participantes; as intervenções; os resultados e o desenho do estudo (José, 2006). Os dados obtidos foram colocados numa tabela para facilitar a compreensão e síntese (Tabela1).

Na análise de cada estudo teve-se em consideração a credibilidade e relevância dos dados. Quanto ao paradigma em que se situam, verificou-se que 16 (60%) se enquadravam no paradigma indutivo e que 11 (40%) se encontram num paradigma dedutivo. Relativamente aos estudos quantitativos, dois são experimentais, um quasiexperimental, dois são longitudinais, os outros 12 são descritivos ou correlacionais. No âmbito dos estudos do paradigma dedutivo, um é fenomenológico, três etnográficos, os restantes, são qualitativos e descritivos.

Tendo em consideração anos em que os estudos foram publicados, constatou-se que o ano de 2006 com 4 artigos, 2007 com 5 publicações e 2008 com 4 artigos e o ano de 2009 apresentou o maior número de publicações (8 artigos), ano de 2010 com 7 artigos, e 2011 sem qualquer publicação que fosse significativa para este estudo (ver gráfico I)

Os países em que foi feita a investigação foram Estados Unidos da América com o maior número de publicações (7 artigos), Canadá (5) e Reino Unido (4), China (2), África do Sul (1), Alemanha (1), Austrália (1), Irlanda (1), Líbano(1), Noruega (1), Perú (1), Portugal (1), e Suécia (1).

O número de participantes nos estudos situou-se entre 5 e 354. Nos estudos que se enquadram no paradigma qualitativo, nomeadamente os estudos fenomenológicos (Forssen, 2007) e etnográficos (Oliiffe et al, 2009, Thomson, 2010) apresentam amostras que variam entre 5 e 54. Além disso, quando comparamos





“... a nível organizacional, o humor pode ser utilizado para estabelecer e manter relações com outros profissionais, para aumentar a solidariedade na equipa, aumentar a produtividade, diminuir a resistência à mudança e incrementá-la...”

os resultados dos artigos analisados, independentemente da metodologia (qualitativa/quantitativa) adotada, verificámos que tanto nos estudos com amostras pequenas (Chiang-Hanisko, Adamie & Chiang, 2009; Dean & Major, 2008; Forssen, 2007; Moran & Hughes, 2006; Petzall & Olsson, 2007; Scott, 2007; Thomson, 2010; Williams, 2009) como em estudo em que se utilizaram amostras com um número superior a 100 participantes (Beins & O’Toole, 2010; Cann, Stilwell & Taku, 2010; Cassaretto & Martínez, 2009; Chabeli, 2008; Chen, Martin, 2007; Cueva et al 2006; Edwards

& Martin, 2010; Freeman & Ventis; 2010; Helvik et al 2007; Kazarian & Martin, 2006; Kuiper & Harris, 2009) os seus resultados foram similares quer nas funções quer nos benefícios do humor.

Com a análise de cada artigo seleccionado pretendeu-se dar resposta à questão formulada inicialmente **“Qual o papel do humor na saúde das pessoas?”**. Os resultados que emergiram dos artigos evidenciam a natureza do humor, funções e critérios para a intervenção de humorosa e resposta humana ao humor (figura 1).

Figura 1 – Humor e Saúde

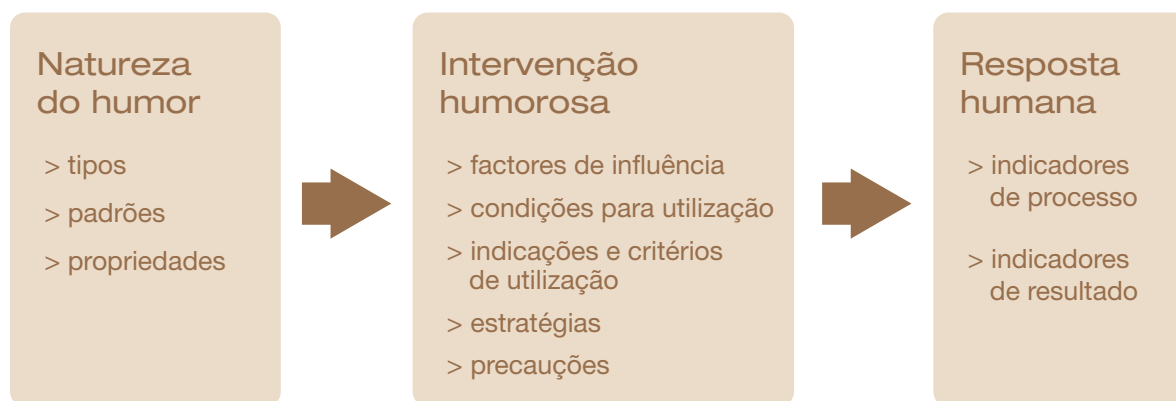


Tabela 1 - Análise sistemática dos artigos

Autor(es)/Ano/País	Participantes	Intervenção	Resultados	Desenho do Estudo
Beins & O'Toole, 2010 (EUA)	109 Estudantes de psicologia	Para verificar a relação entre o sentido de humor e características da personalidade,	Os participantes tiveram uma visão realista da sua competência de humor e tinham estereótipos sobre o imaginário dos outros para extroversão e o neuroticismo, mas não para Socialização e Abertura. Verificou-se uma ligação entre o humor e as características da personalidade.	Quantitativo
Cann; Stilwell & Taku, 2010 (EUA)	299 Estudantes universitários	Pretendia-se estudar a relação entre o humor e qualidades positivas da personalidade com a percepção de stress e bem-estar.	As qualidades positivas da personalidade vão mediar a relação entre os estilos de humor e a saúde. Assim, o uso do humor positivo pode apoiar a manutenção de um estilo de personalidade estável, positiva, que tem influência de forma positiva no bem-estar físico e psicológico.	Quantitativo Longitudinal
Cassaretto; Martinez, 2009 (Peru)	315 Estudantes universitários	Validação da Escala Humor Styles Questionnaire (HSQ) de Martin. Foram ainda utilizadas as escalas de Psychological Well-Being Scale (BIEPS-A) de Casullo and the Hope Scale de Herth.	A estrutura factorial foi confirmada (4 factores). A fiabilidade foi aceitável. Existem correlações positivas significativas entre o Humor afiliação e auto-desenvolvimento (melhoramento pessoal) com o bem-estar e a esperança, contudo são negativas com o humor agressivo e autodestrutivo (desqualificação pessoal).	Quantitativo
Chabeli, 2008 (África do Sul)	130 Estudantes finalistas de cursos pós-básico em enfermagem	Os participantes receberam uma folha em branco onde tinham de reflectir sobre o uso do humor como ferramenta pedagógica para melhorar a aprendizagem e dar sugestões para melhorar a aprendizagem utilizando o humor.	O Humor promove a aprendizagem através da criação de um ambiente aprendizagem positivo, afectivo, psicossocial. O humor fomenta a pensamento crítico e a inteligência emocional. O humor negativo tem um impacto negativo na aprendizagem.	Qualitativo
Chen & Martin, 2007 (China)	354 Estudantes chineses	O propósito deste estudo foi comparar o Humor Styles Questionnaire (HSQ) e <i>Coping</i> Humor Scale (CHS) em amostras de estudantes chineses com o estudo realizado anteriormente no Canadá. Foi feito tratamento estatístico dos dados.	Esta amostra apresenta escores mais baixo nas escalas HSQ e CHS em especial na sub escala humor agressivo. Não há diferença de género. Em ambas as amostras, os mais novos tem scores mais altos no humor afiliativo e os mais velhos no humor agressivo. O índice sintomático geral (SCL-90) está correlacionado positivamente com o humor afiliativo, auto-desenvolvimento e está correlacionado positivamente com humor agressivo e auto-destrutivo.	Quantitativo
Chiang-Hanisko, Adamie & Chiang, 2009 (EUA. Taiwan)	40 Docentes de enfermagem, de três cursos de enfermagem: dois nos Estados Unidos e um em Taiwan.	Para compreender as diferenças culturais no ensino do humor terapêutico em sala de aula e nos ensinamentos clínicos foram realizados questionários com perguntas abertas e feita análise de conteúdo.	Os resultados mostraram que o ensino do humor em Taiwan tem maior expressão na aula de aula que nos ensinamentos clínicos, sendo centrado na família, interdependente nas relações, papéis, deveres e responsabilidades dos membros da família. Nos EUA verifica-se o contrário, é mais utilizado em ensino clínico, centra-se no cliente e é de natureza espontânea.	Qualitativo
Cueva et al, 2006 (EUA)	235/259 (94%) De participantes de um curso de educação sobre cancro	Para identificar o modo como o riso influencia a aprendizagem a partir da perspectiva dos formandos de um curso de educação no âmbito do cancro. Foi feita análise de conteúdo a avaliação do curso.	Os comentários foram agrupados em três temas: 1) apoio à aprendizagem confortável, 2) Alívio de tensões, e 3) reforço da aprendizagem. Demonstrou o valor e o significado do riso no apoio das pessoas na sua aprendizagem.	Qualitativo
Dean & Major, 2008 (Canadá)	15 Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos 15 Profissionais de uma unidade de Cuidados Paliativos	Foi realizado um trabalho de campo por cada investigador em Unidades de cuidados intensivos para descrever o valor do humor e compreender a sua natureza.	Os principais temas neste estudo foram: valor de humor para a equipe trabalho, gestão de emoções e manter as ligações humanas. Humor serviu para permitir a cooperação, aliviar as tensões, desenvolver a flexibilidade emocional e "humanizar" a experiência de saúde para os cuidadores e clientes. O Humor é frequentemente considerado trivial ou não profissional, nesta investigação provou-se o contrário.	Qualitativo Etnográfico
Edwards & Martin, 2010 (Canadá)	215 Estudantes universitários (92 homens, 123 mulheres)	Este estudo pretendia verificar a relação entre a capacidade de criação de humor (banda desenhada legendada e cartões com situações quotidianas frustrantes) e variáveis de saúde mental.	As tarefas de criação de humor através de situações quotidianas frustrantes estão relacionadas positivamente com os estilos de humor. Os estilos de humor estão correlacionados positivamente com o bem-estar. A capacidade de criação de humor não influencia a saúde mental, mas o modo como as pessoas utilizam o humor na sua vida diária tem um impacto nas variáveis do bem-estar psicológico.	Quantitativo
Forssen, 2007 (Suécia)	20 Mulheres suecas com idades entre os 63 e 83 anos	Foram seleccionadas estrategicamente mulheres suecas para entrevista no sentido de compreender o uso do humor, beleza e actividades culturais na manutenção do bem-estar físico e mental	As mulheres utilizaram o humor, a beleza e as actividades culturais como estratégia de sobrevivência. O Humor ajudou a suportar o trabalho difícil, a dor e a manter o equilíbrio conjugal. A realização de artigos de uso diário realçava a beleza delas, dando-lhes prazer tanto a elas como à família.	Qualitativo Fenomenológico

Tabela 1 - Análise sistemática dos artigos (continuação)

Autor(es)/Ano/País	Participantes	Intervenção	Resultados	Desenho do Estudo
Freeman & Ventis; 2010 (EUA)	265 pessoas aposentadas com mais de 55 anos	Conhecer o efeito de moderação do Humor na relação entre o stress e a saúde.	Ao contrário do que era esperado a adaptação do estilo de humor depende do nível de stress e das dificuldades percebidas, assim como do género. Os estilos de humor são adaptativos ou não consoante a especificidade das circunstâncias e das variáveis pessoais.	Quantitativo
Helvik et al 2007 (Noruega)	343 Utentes de um Departamento de Fonoaudiologia	Descrever o sentido de humor e as estratégias de comunicação utilizadas pelas pessoas com prótese auditiva na montagem ou na remontagem. Verificar a correlação entre a deficiência auditiva, sentido de humor e estratégias de comunicação.	O uso de comunicação verbal e comportamento desajustados aumentou com a gravidade da deficiência auditiva. As estratégias verbais estão associadas a idade mais jovem e experiência com prótese auditiva. O uso de comportamentos desajustados está relacionado com menor idade, longa duração da deficiência e menor sentido de humor. Os comportamentos desajustados estão associados negativamente ao sentido de humor.	Quantitativo
José & Parreira, 2008 (Portugal)	208 Pessoas	Foi efectuada adaptação da MSHS (Multidimensional Sense of Humor Scale), de Thorson e Powell (1993) para a população portuguesa. Esta escala pretende avaliar as dimensões do humor, visto que o sentido de humor é um fenómeno complexo, de natureza individual, que surge intimamente ligado ao bem-estar.	A adaptação para português do instrumento Multidimensional Sense of Humor Scale apresenta valores psicométricos satisfatórios, adequando-se para avaliação do sentido de humor nas suas dimensões.	Quantitativo
Kazarian & Martin, 2006 (Libano)	278 Libaneses de etnia arménia (61% do sexo feminino)	Validação do Humor Styles Questionnaire (HSQ) numa amostra de arménios residentes no Libano e comparação dos resultados obtidos com estudos anteriores (Canadá e Bélgica).	Esta amostra apresenta valores mais baixos de humor relativamente aos níveis do Canadá e Bélgica. Os homens apresentam níveis mais altos de humor agressivo e auto-destrutivo. O humor está correlacionado com a saúde percebida, bem-estar e ajustamento familiar. Os resultados suportam a validade transcultural do HSQ em pessoas arménias.	Quantitativo
Kuiper & Harris, 2009 (Canadá)	105 Estudantes de psicologia (76 do sexo feminino e 29 do sexo masculino)	Estudar o efeito do humor e sentimentos negativos nas componentes da saúde física.	Quanto maior o número de sintomas físicos e atitudes negativas perante a doença maior é número de sentimentos negativos, não havendo relação com os estilos de humor. O tipo de humor de auto-desenvolvimento está associado a estratégias de coping. O humor agressivo está associado a padrão disfuncional de coping. Os tipos de humor adaptativos e desajustados influenciam a saúde física.	Quantitativo
Marziali; McDonald & Donahue, 2008 (Canadá)	73 Idosos de habitação comunitária?	Verificar a associação do humor como estratégia de coping, e factores sociais/pessoais com o estado de saúde .	O humor (coping) está significativamente associada com o suporte social, auto-eficácia, a depressão e a ansiedade. Concluíram que o humor (coping) e a autoeficácia contribuem para a melhoria da saúde dos idosos.	Quantitativo
Merza <i>et al</i> , 2009 (EUA)	93 Pessoas com esclerose sistémica (T1), no final do estudo 74 pessoas (T2)	Este estudo teve como objectivo avaliar se o humor como coping está inversamente associado à severidade da doença, à dor, à incapacidade e ao sofrimento psíquico de indivíduos com esclerose sistémica (ES). Foi feito tratamento estatístico dos dados.	Na análise de correlação verificou-se uma relação inversa entre o humor como coping e a severidade da doença, dor, incapacidade e sofrimento psíquico. No entanto, não se verificou um efeito preditivo nem transversalmente nem longitudinalmente do humor sobre as variáveis em estudo. Apenas se verificou um efeito fraco do humor coping e deficiência no T1.	Quantitativo (Longitudinal)
Moran & Hughes, 2006 (Austrália)	32 Estudantes de serviço social	Avaliar a relação entre o sentido de humor e do stress e sintomas de stress.	A produção de humor apresentou correlação negativa com o stress. O humor ajuda a aliviar o stress. No entanto o gostar de humor apresenta uma correlação forte com o stress.	Quantitativo
Oliffe <i>et al</i> , 2009 (Canadá)	54 Homens pertencentes a Grupos de Apoio no Cancro da próstata	Foi feito trabalho de campo e observação participante a um grupo de 16 homens e entrevistas semi-estruturadas a 54 homens, para compreender as suas percepções sobre o uso de humor nas reuniões do grupo.	O humor foi utilizado para promover a inclusão, para marcar os limites da prestação e da recepção de ajuda mútua, e desenvolver as normas do grupo no âmbito da sexualidade masculina. O humor ajudou os homens a expressarem-se, melhorou a auto estima, diminuiu a ansiedade e a ajudou a libertar a tensão. Embora se tenham encontrado muitos benefícios do humor também houve alguns casos em que as brincadeiras bem-intencionadas causaram desconforto nos participantes, sendo potencialmente destrutivo.	Qualitativo Etnográfico

Tabela 1 - Análise sistemática dos artigos (continuação)

Autor(es)/Ano/País	Participantes	Intervenção	Resultados	Desenho do Estudo
Petzall & Olsson, 2007 (Suécia)	Pessoas com idade superior a 60 anos Grupo I – 16 idosos de residências protegidas Grupo II – 19 idosos que moravam na sua casa	Nesta investigação pretendia-se conhecer a influência do humor no bem-estar de nos idosos institucionalizados. Foi feita uma intervenção humorosa 2 horas por semana durante 10 semanas, onde participaram os idosos dos dois grupos.	A intervenção humor consistia em situações humorísticas verbais ou não verbais, imagens e fotografias, filmes, adivinhas, canções, enigmas mentais e versos. No início do estudo os idosos institucionalizados apresentavam um bem-estar subjectivo inferior aos idosos do grupo II. A intervenção humorosa teve um efeito positivo e significativo no grupo I. Não foi óbvio o efeito no grupo II.	Quantitativo
Robinson, 2009 (Reino Unido)	54 Mulheres	Em focus group a investigadora utilizou o humor e o riso para se discutir experiências de fumar e cuidar de crianças. Apresentou extractos que ilustram os momentos de humor e de riso.	As mulheres enquanto falavam de assuntos sensíveis e privados utilizaram o riso e o humor. O humor também foi usado como forma de controlo. O Humor e o riso afectam a dinâmica dos grupos.	Qualitativo
Scott, 2007 (Reino Unido)	9 focus groups de 3 hospitais do norte de Inglaterra: 3 enfermeiros 3 paramédicos 3 policias de tráfego	Utilizaram 9 focus groups para identificar os benefícios da expressão do humor em equipas de emergência perante pessoas que estavam a morrer ou que já estavam mortas	A utilização do humor pelas equipas de emergência perante a morte súbita tem a função de acalmar, de ser um mecanismo para lidar com o stress. Facilita a camaradagem e a solidariedade entre os membros da equipa, sendo uma característica de normalização da cultura de atendimento na emergência.	Qualitativo
Thomson, 2010 (Reino Unido)	5 fisioterapeutas	Com o propósito de compreender o significado e a função social do Humor na prática de uma equipa de fisioterapeutas, foram realizadas entrevistas.	Humor, neste caso, foi utilizado como uma força estabilizadora na equipe, dando uma sensação de segurança, muito importante neste contexto devido à imprevisibilidade predominante de suas actividades diárias.	Qualitativo Etnográfico
Tse et al, 2010 (China)	70 Idosos com dor crónica de um lar de idosos 36 – intervenção 34 – controlo (sem intervenção)	O programa de humor (8 semanas) consistia na construção de um portefólio com livros e fotos engraçadas, piadas,  fitas de áudio e vídeos engraçados, cliques de comédia e desenhos animados, e cliques de notícias engraçadas e interessantes, assim como, artigos, histórias e reflexões.	Após a conclusão do programa de terapia humor, verificou-se uma diminuição significativa da dor e da percepção da solidão, e um aumento significativo da felicidade e satisfação com a vida no grupo experimental, mas que não se verificou no grupo controle. O uso da terapia de humor parece ser uma intervenção não farmacológica efectiva.	Quasi-experimental controlado
Uekermann et al, 2006 (Alemanha)	58 Pessoas Grupo I - 29 pessoas alcoólicas Grupo II controlo - 29 pessoas saudáveis	Estudar a associação entre as funções executiva, teoria da mente e processamento de humor no alcoolismo.	O grupo dos alcoólicos apresenta défice no processamento de humor afectivo e a nível cognitivo quando comparado com o grupo de indivíduos saudáveis. As alterações encontradas estão relacionadas com a teoria da mente e funções executivas.	Quantitativo controlado
Wear et al, 2009 (EUA)	70 Médicos (49 residentes e 21 assistentes)	Foram realizados dois focus groups para compreender as características do humor depreciativo e cinico, assim como os motivos e regra da sua utilização.	Neste estudo obteve-se resposta para compreensão do humor nos departamentos médicos, nomeadamente, os locais para humor, humor através do jogo, humor não engraçado, o que poderá ser utilizado como objectos de humor e motivos para a utilização do humor.	Qualitativo
Williams, 2009 (Reino Unido)	13 Homens saudáveis, pais, casados a viver com as companheiras e filhos	Analisar as histórias dos pais partilhadas com outros homens sobre o humor.	Para os pais Afro-Caribenhos o humor favorecia as relações com os homens de outras minorias étnicas. O humor foi utilizado para objectivar, humilhar ou ridicularizar os outros (humor sexista e racista). Foi ainda utilizado para distração, reduzir a tensão evitar o constrangimento e lidar com experiências emocionalmente difíceis.	Qualitativo

Nos artigos analisados a natureza do humor surge de forma muito subtil. A maioria dos estudos (Cann, Stilwell & Taku, 2010; Cassaretto & Martínez, 2009; Chabeli, 2008; Chen & Martin, 2007; Edwards & Martin, 2010; Freeman & Ventis, 2010 e Kazarian & Martin, 2006) neste âmbito centra-se no tipo de humor positivo e negativo e os seus respectivos estilos, afiliação e auto-desenvolvimento (aperfeiçoamento pessoal), agressivo e autodestrutivo (desqualificação pessoal). O instrumento mais utilizado para avaliar os estilos de humor foi a Humor Styles Questionnaire (HSQ) de Martin et al (2003). Os resultados de vários estudos (Cann, Stilwell & Taku, 2010; Cassaretto & Martínez, 2009; Chen & Martin, 2007; Kazarian & Martin, 2006) suportam a validade transcultural do HSQ em amostras dos EUA, China, Peru, Canadá e Líbano. Além, disso, este instrumento apresenta fiabilidade aceitável nas suas medidas. Não foram encontrados estudos de validação/ adaptação para língua portuguesa durante esta pesquisa. Apenas foi encontrada um estudo de José & Parreira (2008) sobre a adaptação da MSHS (Multidimensional Sense of Humor Scale), de Thorson & Powell (1993) para a população portuguesa.

O humor é universal, individual e paradoxal, apresentado as seguintes propriedades: contextual, situacional, contagiante, terapêutico, arte de cuidar transpessoal, elemento da vida, necessidade humana básica, estado de espírito, multidimensional e forma de comunicação (José, 2010). Contudo, os artigos analisados não fornecem dados para a clarificação dos padrões de humor e propriedades do humor.

A revisão sistemática de José (2006), contribuiu para a clarificação da natureza do humor, a nível dos padrões e propriedades, ou seja o humor é um fenómeno individual, pessoal e contextual (Astedt-Kurki & Liukkonen, 1994).

Relativamente à intervenção humorosa, constatou-se que existem factores pessoais e circunstanciais que influenciam o humor. A nível dos factores pessoais os estudos analisados apontaram as características de personalidade (Beins & O'Toole, 2010), o género (Freeman & Ventis, 2010; Helvik et al 2007; Kazarian & Martin, 2006; Robinson, 2009) a idade (Helvik et al 2007). Estes resultados estão em concordância com a anterior revisão, nomeadamente o humor está relacionado com a personalidade (Thornton & White, 1999), com o género (Boyd & McGuire, 1996; Fürh, 2002; Thorson & Powell, 1993), os homens tem maior capacidade de utilizar o humor que as mulheres.

Como factores circunstanciais evidenciaram o nível de stress e as dificuldades percebidas (Freeman & Ventis, 2010), duração da deficiência, experiência anterior, capacidade de utilização de estratégias de comunicação verbais e não-verbais (Helvik et al 2007), quantidade de sintomas físicos e atitudes negativas perante a doença (Kuiper & Harris, 2009), severidade da doença, dor, incapacidade e sofrimento psíquico (Merz et al, 2009), gostar de humor (Moran & Hughes, 2006) e capacidade de executar funções executivas



da mente (Uekermann et al, 2006). No que se refere às condições que facilitam a utilização de intervenções humorosas, os artigos referem a utilização por parte do profissional de uma postura corporal descontraída e voz relaxada (Chabeli, 2008). No entanto, José (2010) menciona outras condições que facilitam a intervenção nomeadamente a confiança, cumplicidade, a tolerância, disponibilidade, sinceridade, sabedoria, simpatia e espontaneidade do profissional.

As indicações do humor foram referidas pelos estudos analisados, em contexto de sala de aula e ensino clínico (Chiang-Hanisko, Adamie & Chiang, 2009). Está indicado na melhoria do bem-estar (Petzall & Olsson, 2007), diminuição da percepção da solidão (Tse et al, 2010). Nos EUA o humor surge em contexto clínico de uma forma espontânea e é centrado no cliente, em Taiwan é desenvolvido a partir dos papéis, deveres e responsabilidades da família (Chiang-Hanisko, Adamie & Chiang, 2009). As intervenções humorosas referidas baseiam-se em criar situações humorísticas verbais e não verbais, imagens, fotos, adivinhas, canções, enigmas mentais e adivinhas (Petzall & Olsson, 2007) e a construção de um portefólio com livros e fotos engraçadas, piadas, filmes de comédias, desenhos animados, notícias engraçadas, artigos e histórias (Tse et al, 2010). Wear et al, (2009) contribuíram no seu estudo para a compreensão do humor, através da identificação dos locais apropriados para o humor, da utilização do humor através do jogo e dos objetos a utilizar. Além dos benefícios que o humor pode trazer, Oliffe et al, 2009, alertam que as brincadeiras bem-intencionadas podem causar desconforto aos participantes. Este facto revela o carácter paradoxal que o humor pode ter (José, 2010), o que é motivo de humor para uma pessoa pode não ser para noutra. Nesta perspectiva, o uso terapêutico do humor deve ser apropriado a cada situação pois é um fenómeno multifacetado (José, 2002). No planeamento da intervenção humorosa o enfermeiro terá de avaliar a pessoa, de considerar a cultura (Sheldon, 1996), assim como a gravidade da situação que vive (Astedt-Kurki & Liukkonen, 1994).



Quando se vivem situações muito angustiantes, as pessoas podem não apreciar o seu uso (Sheldon, 1996; Celso et al., 2003).

No que se refere a resposta humana ao humor, os artigos observados mencionam benefícios da utilização do humor no âmbito organizacional e cuidados de saúde. Estes benefícios podem ser agrupados em indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo poderão inibir ou potenciar os resultados, através de efeitos de modelação ou moderação. Como indicadores de processo pode-se encontrar a esperança (Cassaretto & Martínez, 2009), alívio de tensões (Cueva et al, 2006; Dean & Major, 2008, Oliffe et al, 2009; Williams, 2009), nível de *stress* (Freeman & Ventis; 2010), capacidade de lidar com o *stress* (Oliffe et al, 2009) e adversidade (Stein & Reeder, 2009), utilização de estratégia de *coping* (Kuiper & Harris, 2009), auto-eficácia (Marziali, McDonald & Donahue, 2008), percepção de inclusão e auto estima (Oliffe et al, 2009), segurança (Thomson, 2010), e percepção de vulnerabilidade (Williams, 2009). O apoio social e a espiritualidade não melhoram a saúde ao contrário do esperado (Marziali, McDonald & Donahue, 2008)

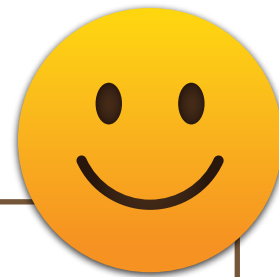
Os resultados da revisão de José (2006) também encontraram uma relação entre o humor e a capacidade de lidar com situações difíceis e desagradáveis, funcionando como mecanismo de *coping* (Sheldon, 1996; Beck, 1997; Buffum & Brod, 1998; Savage & Canody, 1999; Bauer & Geront, 1999; Moran & Massan, 1999; Astedt-Kurki & Isola, 2001; Johnson, 2002; Wanzer et al, 2005); humor e a capacidade de ter/manter esperança (Vilaythong et al, 2003) o suporte social, o relaxamento e a redução do *stress* (White & House, 1993). Foram encontrados indicadores de resultado (benefícios do humor) em vários contextos, nomeadamente, organizacional e saúde das pessoas.

A nível organizacional, permite às equipas de saúde em cuidados intensivos gerir as emoções, manter as ligações humanas, facilita a cooperação e desenvolve a flexibilidade emocional (Dean & Major, 2008), é utili-

zado como mecanismo para lidar com o *stress* e acalmar, facilita a camaradagem e a solidariedade entre os membros da equipa, normaliza a cultura organizacional (Scott, 2007), desenvolve a liderança e competências de gestão, força estabilizadora da equipa (Thomson, 2010). Esta revisão sistemática corrobora os resultados da anterior, designadamente, o humor influenciou a melhoria do ambiente de trabalho, da comunicação e da relação com a pessoa cuidada, assim como, ajudou os profissionais a lidar e ultrapassar dificuldades intrínsecas à sua profissão (Astedt-Kurki & Isola, 2001). Além disso, o humor influenciou positivamente a satisfação pessoal e profissional (White & Howse, 1993; Celso et al, 2003; Wanzer et al, 2005). O humor poderá ser utilizado como estratégia para diminuir o impacto das principais causas de presentíssimo nos enfermeiros, nomeadamente ansiedade, *stress*, depressão, dores músculo-esqueléticas (Ferreira et al, 2010; Martinez, et al, 2007; Sousa, 2005). Além disso, o humor está associado a maiores níveis de esperança (Cassaretto & Martínez, 2009) e sabe-se que as pessoas com maior esperança têm menos presentismo (Martinez, et al, 2007).

No âmbito da saúde das pessoas o humor promove o bem-estar físico e psicológico (Cann, Stilwell & Taku, 2010), melhora o bem-estar (Cassaretto & Martínez, 2009; Kazarian & Martin, 2006; Petzall & Olsson, 2007), a percepção de saúde e ajustamento familiar (Kazarian; Martin, 2006), a saúde nos idosos (Marziali, McDonald & Donahue, 2008); diminui a depressão (Marziali, McDonald & Donahue, 2008), ansiedade (Marziali, McDonald & Donahue, 2008, Oliffe et al, 2009) e *stress* (Moran & Hughes, 2006) a dor (Forsen, 2007, Merz et al, 2009; Tse et al, 2010) e aumenta a felicidade assim como, a satisfação com a vida (Tse et al, 2010). O Humor foi utilizado como estratégia de sobrevivência para suportar o trabalho difícil e manter o equilíbrio conjugal (Forssen, 2007). José (2006) encontrou resultados similares, sobretudo, o humor promove o bem-estar (Houston, et al., 1998; Yarcheski et al., 2002), aumenta a tolerância à dor (Goodenough & Fird, 2005; Zweyer, Velker & Ruch, 2004), alivia o *stress* quando utilizado como estratégia adaptativa (Lengacher et al., 2002); diminui a ansiedade e depressão (Houston et al, 1998). No entanto, nesta revisão não se encontraram estudo que abordassem a relação entre o humor e a imunidade, à semelhança dos encontrados precedentemente. O humor aumenta a atividade das células Natural Killer (NK) e os níveis de imunoglobulinas A, G e M (Berk, et. al.; 2001; Bennett et al, 2003).

De acordo com resultados dos estudos realizados âmbito do humor e da saúde, estão criadas as condições para se iniciar a construção de uma teoria de médio alcance (Meleis, 2007; Smith, Liehr, 2003), que ajude a explicar o humor no âmbito da enfermagem, ou seja, compreender o humor enquanto intervenção e os benefícios que pode trazer para a saúde e vida das pessoas.



## Conclusões

Com esta revisão sistemática evidenciou-se o papel do humor, na saúde e vida das pessoas, na dimensão pessoal e organizacional. O humor na maioria dos estudos tem um papel importante na gestão do *stress*, e as pessoas atribuem-lhe um valor significativo, sendo uma estratégia comumente utilizada a nível individual, na aprendizagem e nas dinâmicas de grupo, no entanto, surgem esporadicamente trabalhos que não confirmam tais benefícios. Os principais benefícios do humor a nível individual são a promoção do bem-estar físico e psicológico e melhoria da saúde percebida, devido a redução da dor, do *stress*, da ansiedade, alívio de tensões e fortalecimento do sistema imunitário.

O humor enquanto intervenção de enfermagem, começou a ser utilizado na década de 90 do século XX, apresenta variações culturais, tem sido utilizado no ensino de enfermagem (aulas e ensino clínico), os enfermeiros identificam-no como uma componente da sua relação com as pessoas que cuidam, contudo, ainda continua a ser subutilizado, subvalorizado e mal interpretado.

A utilização do humor como intervenção planeada e intencional, tem de atender a um conjunto de cuidados, relacionados com a natureza do humor, nomeadamente o carácter individual, pessoal e paradoxal deste e as suas propriedades. Além disso, tem de se considerar a influência dos factores pessoais (personalidade, idade, género, entre outros) e os factores contextuais/situacionais (ex.: situação clínica, gravidade da doença, experiências prévias, cultura). O que é motivo de humor para uma pessoa pode não ser para outra, o momento ou situação pode não ser o mais adequado. Tem de haver sensibilidade e bom senso na utilização do humor, pois existem relatos de casos em que os doentes se sentiram desconfortáveis com a situação.

Nesta revisão da literatura e na anterior (José, 2006), os estudos empíricos analisados apresentaram estratégias de intervenção humorosa muito simples, tais como visionamento de filmes, cartoons humorísticos, clipes de notícias divertidas, audição de cassetes humorísticas, literatura humorística (histórias, anedotas, poesia), lembrar de situações com graça, alegres, através da utilização de técnicas de visualização. Porque não colocar alguns destes recursos à disposição de quem cuidamos? Porque não contribuir para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas, utilizando estes dispositivo/ferramenta, com a intencionalidade do cuidado de enfermagem para obter tais benefícios?

Após esta reflexão, surge a necessidade de construir uma teoria explicativa do humor (teoria de médio alcance), com o propósito de clarificar melhor a natureza do humor, os factores que influenciam o humor e a intervenção (facilitadores e inibidores), e acima de tudo os benefícios directos e indirectos que este pode trazer para a pessoas, individualmente ou em grupo.

Em futuras investigações, seria importante validar e adequar instrumentos para língua portuguesa, que têm sido utilizados em vários países e que tem evidenciado, possuir estruturas teóricas consistentes em amostras de vários países, além de propriedades psicométricas aceitáveis. Por outro lado, correlacionar os dados obtidos nestes instrumentos, com variáveis biológica especialmente, doseamentos de beta endorfinas, níveis de imunoglobulinas A, G e M e estudo de alterações morfológicas a nível do cérebro.

## Bibliografia

- Astedt-Kurki, Päivi. & Liukkonen, Arja. (1994). Humour in Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 183-188.
- Astedt-Kurki, Päivi.&Isola, Arja (2001). Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 452-458.
- Bauer, Michael; Geront, M. (1999). The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents. *Sexuality and Disability*, 17 (2), 147-155.
- Beck, Cheryl (1997). Humor in nursing practice: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 34 (5), 346-352.
- Beins, Bernard C.& O'Toole, Shawn M. (2010). Searching for the Sense of Humor: Stereotypes of Ourselves and Others. *Europe's Journal of Psychology*, 3, 267-287.
- Bennett, Mary.; Zeller, Janice; Rosenberg, Lisa; Mccann, Judith (2003). The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative therapies*, 9 (2), 38-44.
- Berk, Lee; Felten, David ; Tan, Stanley ; Bittman, Barry & Westengard, James (2001). Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor associated mirthful laughter. *Alternative therapies*, 7 (2), 62-72 e 74-76.
- Boyd, Rosangela & Mcguire, Francis (1996). The efficacy of humor in improving psychological well-being of residents of long- term care facilities. *Journal of Leisureability*, 23 (4).
- Buffum, Martha & Brod, Meryl (1998). Humor and well-being in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Applied Nursing Research*, 11 (1), 12-18.
- Bulechek, G.M., Butcher, K. H. & Dochterman, J.C. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Cann, Arnie; Stilwell,Kelly & Taku, Kanako (2010). Humor Styles, Positive Personality and Health. *Europe's Journal of Psychology*, 3, 213-235.
- Cassaretto, Mónica B.& Martínez, Patricia U. (2009). Validación de la Escala del Sentido del Humor en estudiantes universitários. *Revista de Psicología*, 27 (2), 287-309.
- Celso, B.; Ebener, D.& Burkhead, E. (2003). Humor coping, health satus, and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. *Aging & Mental Health*, 7 (6), 438-445.
- CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (2009) - *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York. University of York. Disponível em: <http://www.york.york.ac.uk/inst/ord/guidance.htm>
- Chabeli, M (2008). Humor: A pedagogical tool to promote learning. *Curationis*, 31 (3), 51-59.
- Chen Guo-Hai.& Martin, Rod. A. (2007). A comparison of humor styles, coping humor, and mental health between Chinese and Canadian university students. *Humor*, 20(3), 215-234.
- Chiang-Hanisko, Lenny; Adamie, Kathleen & Chiang, Ling-Chun (2009). Cultural Differences in Therapeutic Humor in Nursing Education. *Journal of Nursing Research*, 17(1), 52-60.
- Cueva, Melany; Kuhnley, Regina ; Lanier, Anne & Dignan, Mark. (2006). Healing Hearts: Laughter and Learning. *J Cancer Educ.*, 21, 104-107.
- Dean, Ruth Anne Kinsman & Major, Joanne E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1088-1095.
- Edwards, Kim R.& Martin, Rod A. (2010). Humor Creation Ability and Mental Health: Are Funny People more Psychologically Healthy? *Europe's Journal of Psychology*, 3, 196-212.
- Ferreira, A. I.; Martinez, L. F.; Sousa, L. M. M. & Cunha, J. V. (2010). Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presentismo WLQ-8 e SPS-6. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 253-266.
- Forssen, Annika S. K. (2007). Humour, beauty, and culture as personal health resources: Experiences of elderly Swedish women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 228-234.
- Freeman, Gillian P. & Ventis, W. Larry (2010). Does Humor Benefit Health In Retirement? Exploring Humor as a Moderator. *Europe's Journal of Psychology*, 3, 122-148.
- Führ, Martin (2002). Coping humor in early adolescence. *Humor*, 15 (3), 283-304.
- Goodenough, Belinda; Ford, Jennifer (2005). Selfreported use of humor by hospitalized pre-adolescent children to cope with pain-related distress from a medical intervention. *Humor*, 18 (3), 279-298.
- Helvik, Anne-Sofie; Jacobsen, Geir; Svebak, Sven & Hallberg, Lillemor R.-M. (2007). Hearing Impairment, Sense of Humour and Communication Strategies. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 9 (1), 1-13.
- Houston, D.; Mckee, K.; Carrol, L. & Marsh, H. (1998). Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. *Aging & Mental Health*, 2 (4), 328-332.
- Johnson, Paige (2002). The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. *Oncologic Nursing Forum*, 29 (4), 691-695.
- José, H. (2006). Humor: que papel na saúde? Uma revisão da literatura. *Pensar Enfermagem*, 10 (2), 2-18.
- José, Helena (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- José, Helena (2003). Humor. In: *Terapias naturais na prática de enfermagem*. Coimbra: Edições Sinais Vitais- Formasau.
- José, Helena M G. (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures: Lusociência.
- José, Helena & Parreira, Pedro. (2008). Adaptação para Português da Escala Multi-dimensional do Sentido de Humor (MSHS). *Referência*, 6, 7-18.
- Kazarian, Shahe S.& Martin, Rod A. (2006). Humor styles, culture-related personality, well-being, and family adjustment among Armenians in Lebanon. *Humor*, 19 (4), 405-423.
- Kuiper, Nicholas A. & Harris, Andrea L. (2009). Humor Styles and Negative Affect as Predictors of Different Components of Physical Health. *Europe's Journal of Psychology*, 1, 2-18.
- Lengacher, C.; Bennett, M.; Kip, K.; Keller, R.; La-Vance, M. & Smith, L.; Cox, C. (2002). Frequency of use complementary and alternative medicine in women with breast cancer survivors. *Oncologic Nursing Forum*, 29 (10), 691-695.
- Martin, R., Puhlik-Doris, P., Larsen, W., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.
- Martinez, L. F., Ferreira, A. I., Sousa, L. M. M. & Cunha, J. V. (2007). *A esperança é a última a morrer?* Comportamento organizacional e gestão, 13(1), 37-54.
- Marziali, Elsa; McDonald, Lynn & Donahue, Peter (2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 12(6), 713-718.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing – Development and progress*, 4ª edição. Lippincott Williams & Wilkins.
- Merza, Erin L.; Malcarne, Vanessa L.; Hansdotir, Ingunn; Furst, Daniel E.; Clements, Philip J. & Weisman, Michael H. (2009). A longitudinal analysis of humor coping and quality of life in systemic sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 14(5), 553-566.
- Moran, Carmen C. & Hughes, Lesley P. (2006). Coping with Stress: Social Work Students and Humour. *Social Work Education*, 25(5), 501-517.
- Moran, Carmen & Massam, Margaret (1999). Differential influences of coping humor and humor bias on mood. *Behavioral Medicine*, 25 (1), 36-42.
- Ollife, John L.; Ogrodniczuk, John; Bottorff, Joan L.; Hislop, T. Gregory & Halpin, Michael (2009). Connecting humor, health, and masculinities at prostate cancer support groups. *Psycho-Oncology*, 18, 916-926.
- Petzall, Kerstin & Olsson, Henny (2007). Subjective well being in old age: A Swedish interventional study. *Vard I Norden*, 27 (4), 9-13.
- Robinson, Jude (2009). Laughter and forgetting: using focus groups to discuss smoking and motherhood in low-income areas in the UK. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 22(3), 263-278.
- Sahakian, Ara & Frishman, William H.(2007) Humor and the Cardiovascular System. *Alternative Therapies*, 13 (4), 56-58.
- Savage, Laura & Canody, Cindy (1999). Life with a left ventricular assist device: the patient's perspective. *American Journal of Critical Care*, 8 (5), 340-343.
- Scott, Tricia (2007). Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork. *Mortality*, 12(4), 350-364
- Sheldon, Lesley (1996). An analysis of the concept of humour and its application to one aspect of children's nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1175 - 83.
- Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2003). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing.
- Sousa, L. M. M. (2005). Presenteísmo: Um perigo para o bem-estar dos Enfermeiros e para a sua produtividade. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 27-31
- Thomson, Di (2010). The social meaning and function of humor in physiotherapy practice: An ethnography. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(1), 1-11
- Thornton, Judith & White, Alan (1999). A heideggerian investigation into the lived experience of humour by nurses in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15,266-278.
- Thorson, James & Powell F. (1993). Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (6), 799-809.
- Tse, Mimi M. Y. ; Lo, Anna P. K.; Cheng, Tracy L. Y.; Chan, Eva K. K.; Chan, Annie H. Y.; Chung, Helena S. W. (2010). Humor Therapy: Relieving Chronic Pain and Enhancing Happiness for Older Adults. *Journal of Aging Research*, 2010, 1-9
- Uekermann, J.; Channon, S.; Winkel, K.; Schlebusch, P. & Daum, I. (2006). Theory of mind, humour processing and executive functioning in alcoholism. *Addiction*, 102, 232-240.
- Vilaythong, Alexander; Arnau, Randolph; Rosen, David & Mascaro, Nathan (2003). Humor and hope: can humor increase hope?. *Humor*, 16 (1), 79-89.
- Wanzer, Melissa; Booth-Butterfield, Melanie & Booth-Butterfield, Steve (2005). If we didn't use humor, we'd cry: humorous coping communication in health care settings. *Journal of Health Communication*, 10, 105-125.
- Wear, Delese; Aultman, Julie M.; Zaroni, Joseph & Varley, Joseph D. (2009). Derogatory and cynical humour directed towards patients: views of residents and attending doctors. *Medical Education*, 43, 34-41.
- White, Christine & House, Ena (1993). Managing humor: when is it funny – and when is it not?. *Nursing Management*, 24 (4) 80-85.
- Williams, Robert (2009). 'Having a laugh': masculinities, health and humour. *Nursing Inquiry*, 16(1): 74-81.
- Yarcheski, Adela; Mahon, Noreen & Yarcheski, Thomas (2002). Humor and health in early adolescents: perceived feel motion as a mediating variable. *Nursing Science Quarterly*, 15 (2), 150-155.
- Zweyer, Karen; Velker, Barbara & Ruch, Willibald (2004). Do cheerfulness, exhilaration, and humor production moderate pain tolerance? a FACS study. *Humor*, 17 (1/2), 85-111.



## Investigação de Qualidade

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO DO CHLC



Equipa do Centro de Investigação do CHLC da esquerda para a direita (Foto): Mestre Daniel Virella (Assistente Hospitalar Graduado, Epidemiologista), Prof. Doutora Ana Luísa Papoila (Estatista), Prof. Doutor Luis Pereira da Silva (Assistente Hospitalar Graduado, Coordenador), Mestre Marta Alves (Estatista), Prof. Doutor Pedro Martins (Assistente Hospitalar Graduado), Prof. Doutora Salomé de Almeida (Assistente de Investigação), Mestre António Nabais (Enfermeiro-Chefe).

O Centro de Investigação do CHLC, EPE (CHLC) foi criado em Outubro 2009, com a principal missão de promover investigação de qualidade, de modo sustentado e organizado, nos seis polos hospitalares que o integram. Apoia todos os profissionais do CHLC envolvidos na investigação em saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e técnicos de diagnóstico e terapêutica. A sede do Centro de Investigação situa-se no Hospital de Dona Estefânia. Para facilidade de acesso o pedido de apoio realiza-se pela intranet. Em qualquer ponto de rede no CHLC os profissionais podem aceder pela intranet a “Ensino e Investigação”; após se identificarem preenchem um breve questionário que permite ao Centro de Investigação planear o suporte aos projetos, quer sejam no âmbito da atividade clínica ou associados a pós-graduações académicas. Ao realizar o registo, os profissionais recebem de imediato a confirmação da receção do pedido; em seguida é agendada a primeira reunião de apoio para desenho do estudo, gestão dos dados, análise estatística e epidemiológica ou publicação de resultados, dependendo da fase em que se encontra o projeto.

O Centro de Investigação presta ainda apoio na procura e formalização de candidaturas a financiamento, na consultadoria ao Conselho de Administração do CHLC sobre a adequação técnico-científica dos estudos, regista a investigação realizada no CHLC permitindo a sua avaliação periódica (interna e externa) e participa nos registos nacionais e europeus do potencial científico e tecnológico, em especial o Inquérito ao Potencial Científico e Tecnológico Nacional (IPCTN)

A ACE entrevistou o **Enfermeiro Chefe António Nabais**, Coordenador da área de Pedopsiquiatria do CHLC, Professor Adjunto do ESEL e elemento integrante desta equipa, de forma a compreender, não só os principais objetivos do Centro de Investigação, mas também o papel do enfermeiro nesta equipa e os projetos que estão a ser desenvolvidos na área da enfermagem.

#### ACE: Qual o seu papel nesta Equipa?

O Conselho de Administração do CHLC concebeu o Centro de Investigação como um núcleo de competências e não como organismo representativo de grupos profissionais. A atividade dos elementos que constituem a equipa é distribuída pelo Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística, Gabinete de Apoio a Projetos e Gabinete de Articulação Intra e Interinstitucional, sendo o apoio aos investigadores a principal atividade do Centro de Investigação. A minha atividade na equipa desenvolve-se no apoio metodológico a projetos desenvolvidos por investigadores Enfermeiros ou sempre que estiverem presentes cuidados de Enfermagem.

#### ACE: Durante o ano de 2015 que tipos de apoio disponibilizaram?

O Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística, no ano de 2015 recebeu 44 novos pedidos de apoio a projetos, realizou 136 reuniões presenciais envolvendo 185 investigadores, sendo registado e calendarizado em ata o apoio na análise e revisão dos projetos. Foram revistos protocolos de investigação, processos de autorização, desenvolvidos modelos de inserção de dados, calculadas dimensões de amostra, realizada análise estatística e epidemiológica (quando necessário desenvolvendo modelos originais) e revistos resultados para apresentação em reuniões científicas ou para publicação. Além destes, o Gabinete manteve o apoio a muitos outros projetos em curso, no total de 353 projetos (2010-2015), integrando 83 (24%) programas de Mestrado (31) e programas de Doutoramento (55) de várias universidades e escolas superiores.

#### Teses de doutoramento e mestrado apoiados pelo Centro de Investigação entre 2010-2015: distribuição por universidades/ escolas superiores e por polos hospitalares.

Universidade/ Escola Superior	HCC	HDE	HSAC	HSJ	HSM	MAC	Total
Faculdade Ciências Médicas (FCM)	8	9	10	14	8	2	51
Universidade Católica			3		1	1	5
Escola Nacional de Saúde Pública		1		1	2	1	5
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa		3	1				4
Escola Superior Tecnologias Saúde Lisboa		2			1		3
Instituto Sup. Ciências Trabalho Empresas		3		1			4
Instituto Superior Ciências Sociais Políticas			2				2
Faculdade de Psicologia		1					1
Universidade da Beira Interior			1				1
Faculdade de Medicina Porto		1					1
Universidade Lusófona		1		1			2
King's College London				1			1
Universidade de Alcalá				1			1
Northeastern University (e FCM)		1					1
Universidade de Barcelona		1					1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>83</b>

HCC - Hospital Curry Cabral, HDE - Hospital D. Estefânia, HSAC - Hospital S.A. Capuchos, HSJ - Hospital S. José, HSM - Hospital S. Marta, MAC - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

#### ACE: Existe a percepção de que os enfermeiros investigam pouco. Na sua opinião quais os fatores contribuintes? Que tipo de estratégias se poderiam utilizar para contrariar esta tendência?

Por intermédio do Gabinete de Apoio aos Projetos, o Centro de Investigação apoia os Responsáveis das Unidades com atividade de investigação (I&D) do CHLC, na resposta anual e obrigatória ao IPCTN. Desde que existem disponíveis registos, verifica-se um aumento sustentado do número de investigadores e de projetos do CHLC. Nos últimos 7 anos de resposta ao IPCTN,

o CHLC tem estado classificado nos primeiros lugares, entre cerca de 120 instituições hospitalares nacionais, pelas 3 principais medidas: volume de despesa com atividade I&D, volume de despesa com atividade I&D em medicina clínica e investigadores em equivalente tempo integral ([www.dgeec.mec.pt](http://www.dgeec.mec.pt)). Sendo o registo da investigação referente ao ano anterior, a investigação realizada no CHLC em 2014, em resposta ao IPCTN, foi de 303 projetos envolvendo 833 investigadores. Destes 303 projetos: 53 (17,5%) são estudos de intervenção e 250 (82,5%) estudos observacionais. Dos 833 investigadores: 83,2% são médicos, 9,0%

técnicos de diagnóstico e terapêutica, 6,2% enfermeiros e 1,6% técnicos superiores.

Podemos concluir que na atualidade temos poucos Enfermeiros investigadores ou que considerem investigar sistematicamente no exercício da sua atividade, sendo importante debater o que nos poderá ter conduzido a esta circunstância, e que caminho poderemos percorrer para integrar a atividade de investigação de forma sistemática na prática clínica de Enfermagem. Não devendo esta discussão ser realizada à margem do ensino de Enfermagem nos três ciclos de formação (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento), o Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012 já nos alertava para a “Inexistência de mecanismos que articulam a investigação desenvolvida nos diferentes contextos (politécnico, universitário, unidades de investigação e clínica) como uma forte ameaça”.

Note-se, porém, que existem Unidades Curriculares de Investigação nos três ciclos de formação em Enfermagem. No Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) a investigação está presente nos planos de estudos em Unidades Curriculares teóricas e teórico-práticas, não integrando habitualmente os objetivos a atingir pelos estudantes em contexto de ensino clínico, sendo as Unidades Curriculares de Ensino Clínico pelo menos 50% do CLE.

Não estando integrada a atividade de investigação na prática clínica em Enfermagem, de forma sistemática, os Enfermeiros responsáveis pela Coordenação da Área e pela Gestão de Serviços e Unidades necessitam assumir este compromisso com a equipa multidisciplinar e em particular com a equipa de Enfermagem, implementando esta prática na melhoria contínua da qualidade, na gestão do risco e na produção de evidência que suporte uma clínica em Enfermagem inovadora, capaz de influenciar a Governança Clínica a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

A Direção de Enfermagem no suporte à atividade de investigação poderá promover entre as áreas, a procura das melhores práticas clínicas em Enfermagem e proporcionar a partilha de práticas iguais ou semelhantes. Esta atividade desenvolvida por Enfermeiros do CHLC poderá também ser potenciada em parceria com Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde que desenvolvam investigação clínica em Enfermagem.

A carreira Docente do Ensino Superior Politécnico integra nas funções dos professores a realização de atividades de investigação, mas não prevê para os Docentes equiparação no exercício de funções clínicas ou de gestão de cuidados, afastando do exercício da clínica e gestão em Enfermagem os Docentes do CLE que desenvolvem pelo menos 50% do seu ensino em contexto clínico. Esta separação da prática clínica de Enfermagem impede que os Docentes com o título profissional de Enfermeiro ou Enfermeiro Especialista mantenham e desenvolvam esta competência profissional, dificultando o desenvolvimento da investigação clínica. Enquanto não se alterar o quadro regulador atual que permita ao professor de Enfermagem desenvolver prática clínica de forma equiparada às funções Docentes, é necessário criar parcerias inovadoras previstas no contexto atual, onde Docentes com atividades exerci-



## Enfermeiro António Nabais

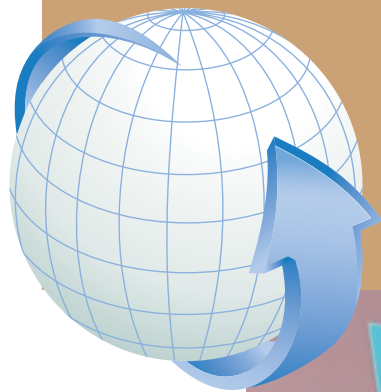
das no âmbito de contratos entre instituições, possam em contextos onde se realizam ensinos clínicos, estágios ou projetos de Investigação clínica, desenvolver a prática clínica de Enfermagem.

A formação pós-graduada em Enfermagem (Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem), para aceder ao título de Enfermeiro Especialista é desadequada ao perfil de competências definido para cada especialidade clínica e não prevê nem permite realizar investigação clínica. Os cursos de Mestrado em Enfermagem na vertente profissional apenas integram a investigação em Unidade Curricular teórica ou teórico-prática. São poucos os casos em que a realização de investigação é articulada com o desenvolvimento de competências clínicas especializadas. É urgente alterar os percursos formativos para aceder ao título de Enfermeiro Especialista de forma a garantir a aquisição das competências definidas e estimular a produção de evidência clínica em Enfermagem, nas múltiplas áreas de especialidade.

Os Doutoramentos em Enfermagem necessitam de promover ou desenvolver mais estudos em investigação clínica, de forma a tornar aliciante aos Enfermeiros da prática clínica a sua realização, deixando de ser um grau alcançado predominantemente por Docentes, ao abrigo da carreira académica. Esta transformação permitiria aproximar as Unidades de Investigação da investigação clínica desenvolvida em Hospital e ACES.

### **ACE: Tendo presente que estamos no início de um novo ciclo no CHLC que tipo de projetos e desafios prevê?**

Manter apoio de qualidade a todos os Enfermeiros do CHLC que desenvolvem projetos de investigação clínica continua a ser a principal missão. Neste ciclo podemos considerar a possibilidade de partilhar dentro do CHLC as melhores práticas clínicas em Enfermagem, identificar práticas de excelência e produzir evidência clínica que suporte a sua partilha em contextos iguais ou semelhantes. A partilha entre áreas no CHLC implica comprometer mais Enfermeiros nesta atividade, consolidar práticas e desenvolver uma clínica em Enfermagem suportada na evidência, aberta ao benchmarking. Entre os desafios que se colocam, importará promover o envolvimento em investigação, formação e prestação de cuidados de saúde, de forma articulada entre si.



# Aconteceu

**ACADEMIA  
ACE**  
ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

**WORKSHOP**  
**DOENÇA CARDIOVASCULAR**  
**EXPERIÊNCIAS DE INOVAÇÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**24 NOVEMBRO 2015** | 09:30 H > 13:00 H  
AUDITÓRIO DO HOSPITAL SANTA MARTA, CHLC, EPE

No dia 24 de Novembro de 2015 realizou-se um workshop subordinado ao tema “Doença Cardiovascular – Experiências de Inovação nos Cuidados de Enfermagem”, que apresentou como principal objectivo divulgar projectos inovadores de enfermagem, desenvolvidos pelos Enfermeiros do Hospital Santa Marta, CHLC, EPE, que se dirigem para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes e suas famílias. Obviamente, que estes projectos dão resposta a necessidades sentidas pelos Enfermeiros, clientes e famílias que frequentam o hospital e têm em conta a melhoria contínua dos cuidados prestados e os Padrões de Qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

Numa época de profundas alterações políticas, demográficas, económicas, científicas e culturais é fundamental promover o empreendedorismo e a inovação no seio dos Enfermeiros. O rápido acesso às tecnologias de informação e comunicação é hoje uma realidade que promove a disseminação de novas ideias na comunidade de Enfermagem.

O empreendedorismo remete para a disposição de querer e saber correr riscos, envolvendo algumas características como persistência, entusiasmo e motivação. É um processo de criar algo novo que surja como valor acrescentado, presumindo geralmente dedicação em tempo e esforço, e também capacidade para perceber que podem surgir importantes recompensas a nível da autonomia, satisfação profissional e independência económica. Neste sentido, a apresentação do “Percurso do doente vascular e família no serviço de cirurgia vascular” realizada pela Enfermeira Marisa Paço demonstra o exigente esforço de implementar algo novo, em termos de prática e registo de cuidados de enfermagem no seio de uma equipa, envolvendo motivação, entusiasmo e espírito de liderança.

A criatividade é a capacidade de olhar para as mesmas necessidades ou problemas que outras pessoas mas de uma forma diferente e um ângulo distinto. Existem diversas fontes de criatividade como a identificação de necessidades dos clientes e/ou dos serviços onde os Enfermeiros prestam exercem actividade profissional,



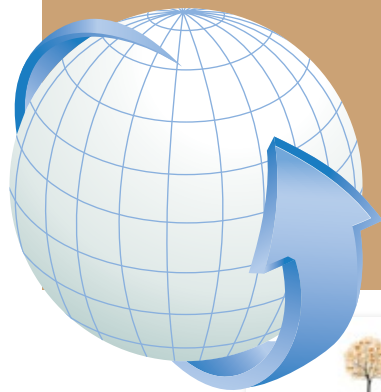
a identificação de deficiências, a observação de tendências actuais, a procura de novas aplicações (por exemplo informáticas aplicadas aos cuidados de saúde), a imitação para a sua realidade/serviço do sucesso de outras realidades e o reforço da investigação e do desenvolvimento. Daí que a apresentação realizada pela Enfermeira Joana Ascenso Rosa – “Acompanhar a Mudança de Comportamentos” – venha valorizar os cuidados de enfermagem prestados a nível da articulação de cuidados com a comunidade no sentido de promover a saúde, através da alteração de hábitos de vida. Esta realidade pode ser replicável pelos Enfermeiros noutros contextos de doença crónica do cliente e família.

As temáticas apresentadas realçam a necessidade de aplicar um conjunto de conhecimentos, que ultrapassa a realidade de enfermagem, sendo claramente o ponto de partida esta disciplina e os Enfermeiros os geradores da ideia criativa. Actualmente, é essencial o trabalho conjunto entre Enfermagem e outras disciplinas que contribuem para que os projectos se concretizem, como por exemplo o “Pedrug” – cálculo de dose das drogas administrada intra-operatório em Cirurgia Cardiotorácica, apresentado pelas Enfermeiras Maria do Carmo Gamito e Conceição Alves.

As Escolas de Enfermagem devem assumir a responsabilidade na preparação dos jovens para entrar no mercado de trabalho e prepará-los para enfrentar o desafio de criar ideias com aplicação na prática de cuidados e, inclusive, a criação do seu próprio emprego. Então, compreende-se a necessidade de expor os Estudantes de Enfermagem a situações de inovação durante o Curso de Licenciatura, de modo a que desde cedo se comecem a familiarizar com esta temática.

Salienta-se ainda que os Enfermeiros confrontam-se com a necessidade de lidar com aspectos pessoais, profissionais e sociais complexos inerentes à profissão e com a obrigatoriedade de respeitar os princípios de ordem ética, definidos do Código Deontológico, que torna a implementação de projectos inovadores alvo de verificação.

# Aconteceu



A “Semana da Segurança do Doente: Medicação Segura” decorreu de 1 a 12 de Outubro no Centro Hospitalar de Lisboa Central, destacando-se pelos momentos de reflexão e de aprendizagem proporcionados entre os profissionais e doentes. Este desafio lançado pelo Gabinete de Gestão do Risco contou com o apoio e organização da Associação Científica dos Enfermeiros, abrangendo todas as Unidades Hospitalares do CHLC. Os principais objetivos desta iniciativa foram:

- Destacar as boas práticas instituídas nas Unidades Clínicas do CHLC.
- Alertar e divulgar aos profissionais, doentes/famílias e cidadão, as medidas de segurança que podem contribuir para a prevenção de incidentes no uso do medicamento.
- Identificar necessidades de melhoria nas Unidades Clínicas para o aumento da segurança do doente no circuito do medicamento.
- Envolver os profissionais, doentes/famílias e cidadão nas questões relacionadas com a segurança do medicamento e na Campanha: Somos Todos Responsáveis: Uso do Medicamento promovida pela Ordem dos Farmacêuticos.

A Semana foi lançada no dia 01 de Outubro de 2015, onde teve lugar o **Encontro** sobre “**Histórias da Segurança do Doente. A Bela Adormecida. Como Acordá-la?**” Este evento, contou com a participação de 200 profissionais do CHLC e de outras instituições e proporcionou um espaço para apresentação de comunicações livres e exposição de pósteres.

Foram abordados vários temas alusivos à “Medicação Segura” onde os palestrantes reforçaram a necessidade emergente do envolvimento de todos os profissionais e do próprio doente/família no uso seguro do medicamento.

Foi também com grande agrado e entusiasmo que os participantes puderam assistir ao teatro apresentado pelo Grupo de Teatro do HDE alusivo a “Histórias de Segurança do Doente” reforçando a importância da correta identificação do doente. Realizou-se ainda um exercício prático/simulação de emergência em caso de incêndio



sendo evacuada toda a Sala de Conferência e encaminhados os participantes para o ponto de encontro definido no âmbito do Plano de Emergência Interno do HDE. Para encerrar o evento contámos com a participação dos palhaços da **“Operação Nariz Vermelho”** que através do seu humor alertaram para questões da segurança do uso do medicamento e da necessidade da existência de equipamentos seguros. Durante a Semana desenvolveram-se várias atividades sendo promovidos durante dois dias ciclos de conferências alusivos ao tema. Foram também distribuídos cartazes em todas as Unidades Clínicas do CHLC, sobre os **“10 passos para o uso seguro dos seus medicamentos”** e os **“10 passos para a segurança da criança no uso do medicamento”**.



# ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

## QUEREMOS CRESCER MAIS!

Contamos com a sua colaboração para aumentar o número de colegas que queiram aderir à nossa Associação Científica, pois só assim poderemos ser mais fortes e obter mais vantagens para todos.



Venha juntar-se a nós!  
Juntos conseguimos fazer mais.