

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM DIVERSOS CONTEXTOS: UNINDO A EVIDÊNCIA À PRÁTICA

VOLUME 1

Organizadores:

**Catarina Cardoso Tomás
Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino
Cristina Maria Rosa Jeremias
Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues
José Manuel Tátá Falé
Lídia Susana Mendes Moutinho
Maria do Céu Coelho Monteiro Pires
Olga Maria Martins de Sousa Valentim
Sónia Patrícia Teixeira da Silva Alves
Tânia Sofia Pereira Correia**

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM DIVERSOS CONTEXTOS: UNINDO A EVIDÊNCIA À PRÁTICA

VOLUME 1

Organizadores:

**Catarina Cardoso Tomás
Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino
Cristina Maria Rosa Jeremias
Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues
José Manuel Tátá Falé
Lídia Susana Mendes Moutinho
Maria do Céu Coelho Monteiro Pires
Olga Maria Martins de Sousa Valentim
Sónia Patrícia Teixeira da Silva Alves
Tânia Sofia Pereira Correia**

Editora Omnis Scientia

**INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM DIVERSOS CONTEXTOS: UNINDO A
EVIDÊNCIA À PRÁTICA**

Volume 1

1ª Edição

RECIFE - PE

2024

EDITOR-CHEFE

Me. Daniel Luís Viana Cruz

ORGANIZADORES

Catarina Cardoso Tomás

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

Cristina Maria Rosa Jeremias

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

José Manuel Tátá Falé

Lídia Susana Mendes Moutinho

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Sónia Patrícia Teixeira da Silva Alves

Tânia Sofia Pereira Correia

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho - ESS-UTAD - Portugal

Dr. Cássio Brancalone - UFFS - Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva - UEPa - Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão - UPE - Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior - UFRPE - Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior - UFRPE - Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes - UFPE - Brasil

EDITORES DE ÁREA - CIÊNCIAS DA SAÚDE

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

ASSISTENTE EDITORIAL

Thialla Larangeira Amorim

EDIÇÃO DE ARTE

Gabriel Luan Viana Dionisio

REVISÃO

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

I61 Integração de cuidados de saúde em diversos contextos :
unindo a evidência à prática : volume 1 [recurso
eletrônico] / organizadores Catarina Cardoso Tomás ...
[et al.]. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2024.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6036-301-4

1. Enfermagem (Enfermagem Assistencial). 2. Enfermagem
- Prática. 3. Pessoal da área de saúde. 4. Enfermeiros
- Formação. I. Tomás, Catarina Cardoso. II. Título.

CDD23: 610.736

Bibliotecária: Priscila Pena Machado – CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Recife – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 9914-6495

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

É com grande entusiasmo que apresento este livro, “Integração de Cuidados de Saúde em Diversos Contextos: Unindo a Evidência à Prática”. No cenário dinâmico e desafiador da saúde, a procura pela excelência na prestação de cuidados é uma jornada contínua. Este trabalho reúne a expertise de diversos profissionais dedicados a explorar, compreender e promover a integração de cuidados de saúde em diferentes contextos.

Os 12 capítulos que compõem esta obra foram meticulosamente elaborados para proporcionar uma visão abrangente e aprofundada sobre a integração de cuidados. Desde a análise crítica de evidências até a aplicação prática, cada capítulo representa uma peça crucial no quebra-cabeça da otimização dos cuidados de saúde.

Os autores, especialistas nas suas respectivas áreas, compartilham as suas experiências e conhecimentos, oferecendo insights valiosos sobre estratégias, desafios e inovações na integração de cuidados. Ao navegar por estas páginas, os leitores serão guiados por uma jornada que transcende fronteiras disciplinares, integrando saberes para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Este livro visa não apenas informar, mas também inspirar profissionais de saúde, pesquisadores e estudantes a enfrentar os desafios da integração de cuidados, promovendo uma abordagem holística e centrada no cliente.

Que esta obra sirva como uma fonte valiosa de conhecimento e inspiração, contribuindo para a contínua evolução e aprimoramento da integração de cuidados de saúde em diversos contextos.

Olga Valentim

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

(Organizador livro)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

SINTOMATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA NO ESTUDANTE DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Maria de Fátima Mendes Marques

Celeste Simões

DOI: 10.47094/978-65-6036-301-4/10-22

CAPÍTULO 223

QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL: EXPLORANDO ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Paulo Rosário Carvalho Seabra

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

Paulo Renato Costa Figueiredo

Cristina Maria Moura de Sousa

Tânia Sofia Pereira Correia

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/23-35

CAPÍTULO 336

A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: REFERÊNCIAS CONCEPTUAIS

Tânia Sofia Pereira Correia

Maria Manuela Ferreira Pereira Silva Martins

Fernando Margalho Barroso

Olga Maria Sousa Valentim

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/36-47

CAPÍTULO 448

INTERVENÇÃO GRUPAL NAS MULHERES COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Lídia Susana Mendes Moutinho

Joana de Almeida Caçador Teixeira Carvalho Guerra

Ana Paula Santos Diegues

João José Rolo Longo

Claúdia Sofia Raminhos

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/48-57

CAPÍTULO 558

**APOIAR AS FAMÍLIAS E A PARENTALIDADE: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS**

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

Ana Isabel dos Santos Pastorinho

Joana Alexandra Moreno Castilho

Sílvia Alexandra Vinagre da Luz

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/58-70

CAPÍTULO 671

O ACONSELHAMENTO NA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL PERINATAL

Sónia Patrícia Teixeira da Silva Alves

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/71-78

CAPÍTULO 779

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES SOB CONDIÇÕES DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

Ana Maria Vieira Soares de Resende

Isabel Maria Ferreira Correia

Eva Patrícia Guilherme Menino

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/79-92

CAPÍTULO 893

LITERACIA E CAPACITAÇÃO NA REDUÇÃO DO ESTIGMA E INCLUSÃO

Catarina Cardoso Tomás

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/93-102

CAPÍTULO 9103

**CUIDAR DE CRIANÇAS DE DIFERENTES CULTURAS, ABORDAGEM
ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL**

Cristina Maria Rosa Jeremias

Nysioline Acanaotcha Cramêz Gomes Sá

Rozilany Araújo Lima dos Santos

DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/103-115

CAPÍTULO 10	116
A VIGILÂNCIA EM ENFERMAGEM COMO GARANTIA DA SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE	
Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá	
DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/116-123	

CAPÍTULO 11	124
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DO EMPOWERMENT FAMILIAR DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	
Cristina Maria Rosa Jeremias	
Maria Inês dos Santos Ferreira Oliveira e Cunha	
Mariana Fernandes Vaz	
Raquel da Silva Solposto	
Sofia Costa Andrade Valente de Aguiar	
DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/124-135	

CAPÍTULO 12	136
PRESCRIÇÃO SOCIAL COMO PROMOTOR DA SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES	
José Manuel Tátá Falé	
Andreia Cátia Jorge Silva Costa	
Joaquim Manuel Oliveira Lopes	
DOI:10.47094/978-65-6036-301-4/136-146	

SINTOMATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA NO ESTUDANTE DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino¹;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-0328-7804>

Olga Maria Martins de Sousa Valentim²;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS&RISE), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Maria de Fátima Mendes Marques³;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-6581-6711>

Celeste Simões⁴.

Faculdade de Motricidade Humana (FMH), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-0229-1422>

RESUMO: Os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem assumem precocemente papéis de responsabilidade que se relacionam com a sua futura profissão. Para além de adquirirem os saberes e as competências necessárias para o desempenho futuro da profissão, a determinada altura poderão vir a desenvolver problemas de saúde associados à sintomatologia musculoesquelética, dada a sua exposição aos fatores de risco inerentes à profissão e ao carácter teórico e prático do curso. Apercebendo-nos dos aspetos multifatoriais desta problemática, realizaram-se estudos exploratórios, descritivos e analíticos recorrendo à pesquisa qualitativa e quantitativa, para identificar o impacto de um projeto na afetividade e bem-estar do estudante de enfermagem e as contribuições pedagógicas da implementação do projeto segundo as percepções destes estudantes. Os estudos realizados mostraram que o conhecimento dos fatores de risco e de proteção poderá ser uma estratégia a seguir para lidar com esta problemática, pois vai ter repercussões na sua vida profissional futura e, consequentemente, no seu bem-estar e qualidade de vida académica atual. Essa estratégia passará pela aprendizagem de competências com intervenção multidisciplinar logo desde o primeiro ano do Curso.

PALAVRAS-CHAVE: Estudantes de Enfermagem; Estudos Epidemiológicos; Sintomatologia Musculoesquelética.

MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS IN UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS

ABSTRACT: Nursing undergraduates take on roles of responsibility early on that are related

to their future profession. As well as acquiring the knowledge and skills necessary for future performance in the profession, at some point they may develop health problems associated with musculoskeletal symptoms, given their exposure to the risk factors inherent in the profession and the theoretical and practical nature of the course. Realizing the multifactorial aspects of this problem, some exploratory, descriptive, and analytical studies were carried out using qualitative and quantitative research to identify the impact of a project on the affectivity and well-being of nursing students and the contributions of the implementation of the pedagogical project according to the perceptions of these students. The studies carried out showed that knowing the risk and protective factors could be a strategy to deal with this problem, which could have repercussions on their future professional life and, consequently, on their well-being and current academic quality of life also. The strategy will involve learning skills with multidisciplinary intervention from the first year of the course.

KEY-WORDS: Nursing Students; Epidemiologic Studies; Musculoskeletal Symptomatology.

INTRODUÇÃO

As lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) são atualmente consideradas um problema de saúde pública (MOURA et al., 2019) e são também uma das doenças profissionais mais frequente em contexto laboral, sendo as profissões da área da Saúde aquelas que apresentam as maiores taxas, dada a sua exposição a fatores de risco (EU-OSHA, 2020; SERRANHEIRA et al., 2012). E dentro da área da Saúde, uma das profissões mais afetadas pelas LMERT é a Enfermagem, uma vez que é junto destes profissionais que a taxa de prevalência e incidência é mais elevada, pois as investigações realizadas neste âmbito comprovam que, para além dos fatores individuais (sexo, idade, características antropométricas, comportamentos de saúde), os enfermeiros convivem igualmente com um conjunto de outros riscos tais como, biomecânicos (postura, movimentos repetitivos), psicossociais (sobrecarga de trabalho, pressão do tempo, trabalho por turnos, exigência física, desgaste mental, pressão psicológica) e organizacionais (horas extraordinárias, períodos prolongados de trabalho, intervalos de descanso ausentes ou insuficientes) que levam a manifestações de sintomatologia como a dor, edema, diminuição da força muscular, stress, ansiedade e depressão (MOURA et al., 2019; EU-OSHA, 2020;). Estas manifestações podem condicionar o seu bem-estar e a qualidade de vida, aumentando o absentismo e presenteísmo, com todos os efeitos que daí decorrem a nível pessoal, profissional, social e familiar (MOURA et al., 2019; EU-OSHA, 2020).

O Estudante de Enfermagem (EE) é o sujeito aprendente, que desenvolve competências de carácter científico, técnico e humano, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, capaz de planear, gerir, concretizar, refletir e avaliar a prestação de cuidados de enfermagem que realiza (SPÍNOLA; AMENDOEIRA, 2014; FIRMINO et al., 2019). A formação dos EE é realizada por períodos na escola que se dividem entre aulas teóricas, teóricas-práticas, práticas-laboratoriais e, depois, num contexto de Ensino Clínico (EC) com grande diversidade de contextos reais, mas que são fundamentais

para o processo de aprendizagem e que vão mobilizar na prática clínica os conhecimentos adquiridos na escola, com a vivência de experiências na interação com todos os que fazem parte da instituição de saúde como facilitadora da sua aprendizagem.

Em toda a literatura e estudos consultados sugere-se que a Sintomatologia Músculoesquelética (SME) pode surgir ao longo de toda a formação acadêmica dos EE (inclusive logo desde o primeiro ano do curso), dada a presença de determinados fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento desta sintomatologia, seja em ensino clínico, seja em contexto escolar, tais como: sobrecarga nos cuidados de higiene e conforto; alimentação; transferência dos doentes; repetição de movimentos; poucas horas de sono; exigência do curso a nível mental e físico; muitas horas sentados em aula e a utilização de tecnologias como o computador, o telemóvel e/ou outros suportes tecnológicos (MORAIS et al., 2019; FIRMINO, 2021). A opção pela problemática da SME em estudantes do curso de licenciatura de enfermagem como o tema a investigar partiu de uma necessidade sentida quando, após tutorias e reuniões, os estudantes relatavam queixas associadas ao sistema musculoesquelético que comprometiam a sua qualidade de vida e a sua saúde em geral, mas que tinham implicação direta no seu rendimento académico e, perante isto, confrontámo-nos com uma escassez de estudos científicos na área da sintomatologia musculoesquelética associada aos estudantes de enfermagem. As instituições de ensino superior são consideradas organizações onde se trabalha, onde se aprende e onde ocorrem processos de socialização. Sendo espaços de formação académica, constituem-se como um cenário ideal para a formação integral dos futuros profissionais, através de uma cultura de saúde e bem-estar, assim como de oportunidades construídas conscienciosamente para aprender, capacitando o estudante a ter mais controlo sobre a sua vida e saúde (FIRMINO et al., 2021; FIRMINO et al., 2020). Pela identificação que foi feita anteriormente, e enquanto docentes, percebemos que promover ambientes saudáveis na academia seria o caminho a percorrer, com uma orientação de aprendizagens, quebrando o círculo vicioso pela exposição dos EE a fatores físicos e psíquicos relacionados com a SME.

A escassez de estudos científicos nesta área e a dimensão desta problemática a nível da profissão de enfermagem, associada à preocupação com os futuros profissionais de enfermagem, foram a linha orientadora para a realização deste estudo, para o qual foram delineados os seguintes objetivos foram: (1) Explorar o resultado do projeto de intervenção sobre os fatores associados à sintomatologia musculoesquelética nos estudantes finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem; e (2) Avaliar a experiência afetiva dos estudantes, integrados num projeto de formação pedagógica destinado à prevenção dos fatores associados à sintomatologia musculoesquelética.

Os estudos que se apresentam a seguir, resultam da tese de Doutoramento da autora na Área da Educação na Especialidade Educação para a Saúde, na Faculdade de Motricidade Humana. Foi uma dissertação por compilação de artigos publicados.

METODOLOGIA

A metodologia que foi seguida permite a produção fundamental para o conhecimento educacional, mas também para o conhecimento na área da metodologia de investigação. Ao nível do estudo empírico, e como forma de dar resposta aos objetivos da investigação, optou-se pela utilização de uma metodologia mista, enquadrando-se na atual atividade e postura da própria comunidade científica (FIRMINO et al., 2021; MCKENZIE et al., 2016). Foram realizados dois estudos de investigação com os seguintes dados primários:

- Um estudo quantitativo, longitudinal e quase-experimental, constituído por uma amostra de conveniência de 21 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem de uma única escola superior de enfermagem (privada), que participaram no projeto de intervenção na prevenção da sintomatologia musculoesquelética. Para este estudo, foram selecionados estudantes finalistas do 4.º ano do CLE de uma escola privada. Do total de 26 estudantes inscritos e a frequentarem o 4.º ano foram excluídos 5 por não cumprirem integralmente todos os critérios, daí resultando uma amostra final com 21 estudantes: 11 do grupo experimental e 10 do grupo de controlo. Para a escolha dos grupos utilizou-se uma amostragem aleatória simples. Os critérios de inclusão foram: a) estarem matriculados no 4.º ano do curso; b) os estudantes do grupo experimental estarem presentes em todas as 6 sessões; c) preencherem o questionário PANAS antes e depois de cada intervenção da equipa. Ambos os grupos (controlo e experimental) tiveram acesso aos mesmos conteúdos, mas apenas o grupo experimental teve acesso a estratégias de desenvolvimento promotoras de mudanças comportamentais que foram promovidas por: um Enfermeiro de Reabilitação, uma Fisioterapeuta, uma Ergonomista, um Médico com Especialidade em Medicina do Trabalho, uma Psicóloga e uma Professora de Educação Física com a especialidade em Mindfulness. Foi utilizado o questionário PANAS, na versão portuguesa de GALINHA, PAIS-RIBEIRO (2005), antes e depois de cada intervenção da equipa. A recolha dos dados foi efetuada entre fevereiro e abril de 2019 o que, em contexto de aulas, corresponde já ao 2.º semestre. Com este estudo consegue-se uma avaliação do impacto do projeto na afetividade e bem-estar do EE.
- Um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, a partir de uma análise de conteúdo. Dos 21 estudantes finalistas, 11 estudantes aceitaram participar no estudo, e, seis foram selecionados aleatoriamente para participar no grupo focal, que estão identificados como (E1, E2, E6). No presente estudo, o denominador comum foi o facto de terem todos feito parte da formação pedagógica. O grupo focal foi realizado com uma única sessão, numa escola privada da região de Lisboa e Vale do Tejo. A sessão teve uma duração de 90 minutos. A técnica utilizada para a análise da informação recolhida foi a análise de conteúdo segundo BARDIN (2013). A análise de dados baseou-se no conteúdo das gravações áudio da entrevista do grupo focal

(FORTIN, 2003). Foram envolvidas, de forma independente, 3 investigadoras na transcrição, codificação e validação das categorias, para diminuir a subjetividade existente e identificar os temas emergentes da análise de discurso, tornando-se verificável e digna de estatuto científico BARDIN (2013). A finalidade deste estudo foi o de verificar as percepções dos estudantes relativamente ao projeto de intervenção, às competências adquiridas e à capacitação para a prevenção da SME e, ainda, a relevância das temáticas abordadas sob a ótica dos próprios estudantes.

Estes estudos foram previamente aprovados pela Comissão de Ética da Escola, a 27 de fevereiro de 2017. Todos os procedimentos contidos na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo foram respeitados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

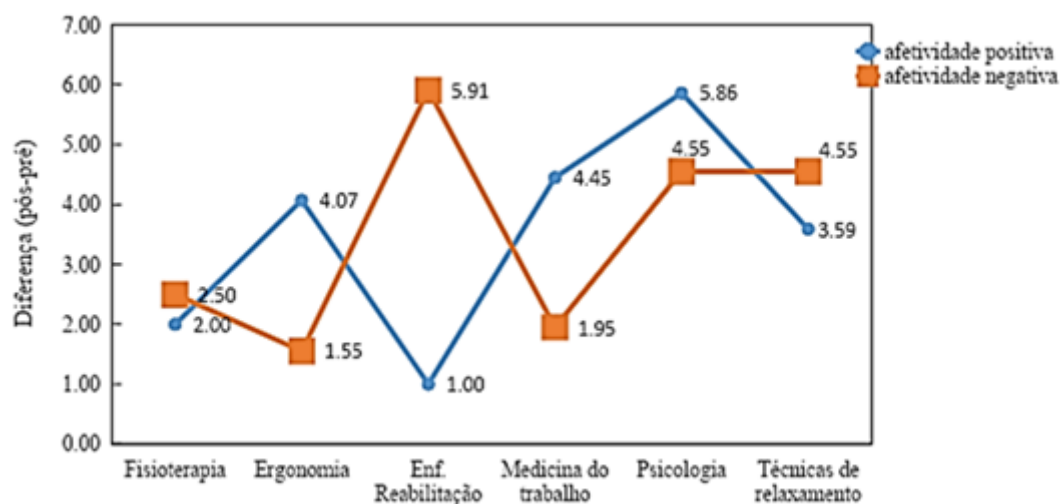
Estudo de Análise do impacto do programa de intervenção (Afetividade positiva e afetividade negativa).

Para avaliar quais as abordagens terapêuticas com maior contributo para a eficácia do programa analisaram-se separadamente dois testes de Friedman para a afetividade positiva e negativa. Os resultados revelaram o efeito da abordagem da equipa multidisciplinar na afetividade positiva $\chi^2(5) = 49.55$, $p < .001$, $W = .90$, sendo um efeito forte (ver Figura 1). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que a Psicologia foi a abordagem terapêutica que mais fez aumentar a afetividade positiva, apresentando a Psicologia um ganho significativamente maior do que a Fisioterapia ($Z = -4.84$, $p < .001$, $r = .88$) e a Enfermagem de reabilitação ($Z = -6.10$, $p < .001$, $r = .89$).

Efeito semelhante foi encontrado na Medicina do Trabalho relativamente à Fisioterapia ($Z = -3.07$, $p = .031$, $r = .88$) e à Enfermagem de Reabilitação ($Z = -4.33$, $p < .001$, $r = .89$). As Técnicas de Relaxamento e a Ergonomia apresentam um maior impacto na afetividade positiva comparativamente à Enfermagem de Reabilitação ($Z = -3.24$, $p = .017$, $r = .89$; $Z = 3.87$, $p = .002$, $r = .89$, respetivamente).

Não foram encontradas outras diferenças significativas na afetividade positiva entre abordagens. No que concerne à afetividade negativa, foram verificadas diferenças significativas entre as abordagens $\chi^2(5) = 49.17$, $p < .001$, $W = .89$, evidenciando um efeito forte (Figura 1).

Figura 1: Diferenças na avaliação da afetividade positiva e negativa para as 6 abordagens terapêuticas do programa de intervenção.



Fonte: Autoria própria

A comparação múltipla das médias destas ordens revelou que a Ergonomia foi a abordagem terapêutica que mais fez diminuir a afetividade negativa, apresentando resultados melhores em comparação com a Psicologia ($Z=-3.76$, $p=.003$, $r=.90$), as Técnicas de Relaxamento ($Z=-3.76$, $p=.003$, $r=.90$) e a Enfermagem de Reabilitação ($Z=-5.47$, $p<.001$, $r=.90$).

Um efeito idêntico foi encontrado para a Medicina do Trabalho, mostrando maior diminuição significativa na afetividade negativa comparativamente à Psicologia ($Z=-2.59$, $p=.017$, $r=.89$), Técnicas de Relaxamento ($Z=-2.59$, $p=.017$, $r=.89$) e Enfermagem de Reabilitação ($Z=-3.96$, $p<.001$, $r=.90$).

Verificou-se, igualmente, que a Fisioterapia apresentou uma maior diminuição significativa da afetividade negativa do que a Enfermagem de Reabilitação ($Z=-3.04$, $p<.001$, $r=.90$).

Não foram encontradas outras diferenças significativas na afetividade negativa.

Tendo em conta que o principal objetivo deste estudo visava avaliar a eficácia de um programa pedagógico destinado à prevenção da SME na afetividade dos ECLE, foi possível constatar que este programa tem um efeito estatisticamente significativo na afetividade dos estudantes.

A abordagem realizada pela equipa multidisciplinar teve um impacto na afetividade positiva aumentando-a e na diminuição da afetividade negativa com resultados estatisticamente significativos.

Nos contributos de cada abordagem, é pertinente referir que a Psicologia e a Medicina no Trabalho foram as abordagens terapêuticas que mais fizeram aumentar a afetividade positiva, não tendo sido encontradas outras diferenças significativas nas abordagens realizadas na afetividade positiva. A Psicologia está ancorada na Enfermagem desde sempre pelas características inerentes às duas disciplinas, uma vez que a Enfermagem aborda o comportamento e desenvolvimento humano, assim como a Psicologia, apesar

de cada uma o fazer com lentes próprias. Num estudo realizado por CUNHA; MACEDO; VIEIRA, (2017) os estudantes conseguiram gerir o stress e detinham uma maior sensação de controlo e de conforto psicológico, desenvolvendo um afeto positivo que lhes permitiu superar situações mais complexas, promovendo o bem-estar subjetivo, ajudando-os nas respostas adaptativas e criando oportunidades de aprendizagem com acumulação de recursos. Os resultados encontrados vão ao encontro deste estudo, uma vez que a dinamização realizada pela psicologia contribuiu para um aumento da afetividade positiva, certamente porque foram disponibilizadas aos estudantes estratégias que lhes permitiram uma melhor gestão de stress e resolução de problemas.

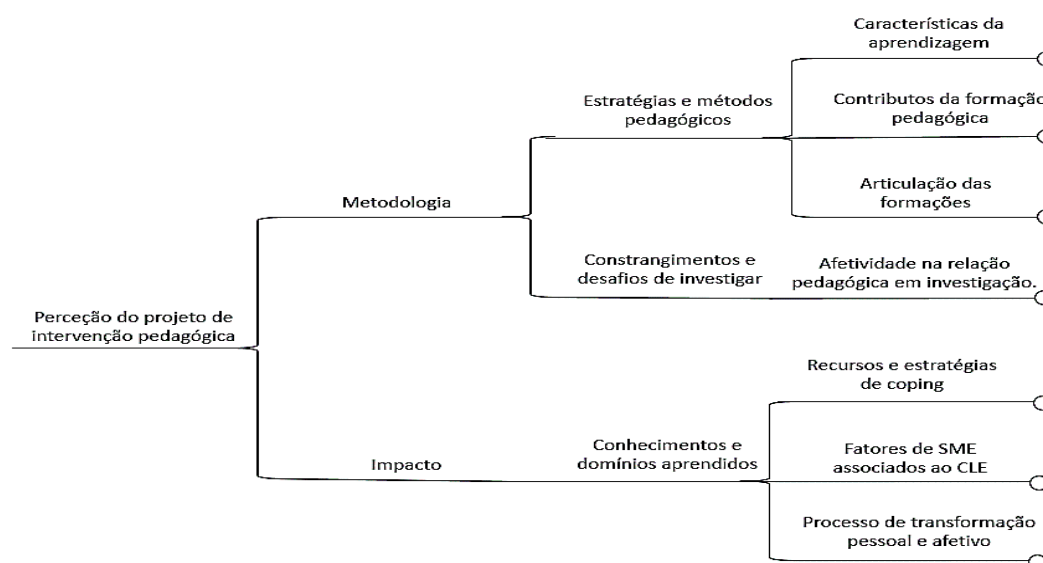
No nosso estudo, a intervenção da Medicina do Trabalho mostrou ter um efeito importante da afetividade positiva, pois intervém na prevenção das doenças, acidentes e lesões e contribui para a proteção, segurança e confiança no posto de trabalho (SERRANHEIRA et al., 2012). Este efeito poderá ser explicado pela abordagem de conteúdos direcionados à prevenção da sintomatologia musculoesquelética e controlo de riscos no que se refere às tarefas a realizar, contribuindo assim para uma maior proteção e promoção da saúde.

Também os contributos da Ergonomia (dado o seu impacto no aumento da consciencialização corporal) e das Técnicas de Relaxamento (pelo seu efeito na diminuição de stress) foram certamente importantes para aumentar o insight de cada um dos EE sobre os fatores predisponentes da sintomatologia musculoesquelética e, por outro lado, para dotar os estudantes de estratégias que os ajudem na gestão de stress (FIRMINO et al., 2023).

Percepções sobre a metodologia utilizada no projeto de intervenção

O presente estudo avaliou qual a percepção dos EE relativamente ao projeto de intervenção pedagógica e às estratégias utilizadas na aquisição de competências para a prevenção de sintomatologia musculoesquelética. Foi possível identificar duas grandes dimensões que resultaram de três categorias e com sete unidades de registo (figura 2).

Figura 2: Mapa mental (árvore de categorias hierarquizada) das percepções sobre o projeto de intervenção pedagógica.



Fonte: Autoria própria.

Da categoria “Estratégias e métodos pedagógicos” emergiu aquilo que foi percebido pelos estudantes como “características da aprendizagem” e onde existe uma necessidade de inclusão e de reconhecimento dos conhecimentos de cada profissional para a otimização dos resultados em saúde. Apesar de o tema ser o mesmo, a abordagem do conteúdo foi diferente, resultando em maiores ganhos para os participantes, tal como os próprios indicam (E6: “Várias pessoas a explicar.”, “Com temas semelhantes, deram respostas diferentes.”; E2: “No geral para mim todas foram importantes.”).

Num estudo de SMITH; ROBINSON (2020), referem que uma equipa multidisciplinar permite uma integração de aspetos distintos para uma mesma problemática, com uma abordagem positiva tanto do ponto de vista preventivo, como terapêutico e que a utilização de um modelo educacional que impulse os indivíduos à reflexão crítica acerca deles próprios e da realidade que vivenciam pode potenciar o crescimento e autonomia do estudante, concedendo-lhe um olhar crítico acerca do meio onde está inserido, através da resolução de problemas reais que o afetam. Importa que a equipa compreenda a diversidade dos seus componentes, as competências e os saberes dos seus profissionais e tire partido disso para o benefício de todos. No que diz respeito à “articulação das formações”, os estudantes têm visões diferentes consoante o formador e a temática abordada: (E6: “O Mindfulness ajudou-me bastante.”, E4: “A formação que menos me cativou foi a dos posicionamentos.”; E2: “Gostei da formação sobre os posicionamentos, da sessão de ergonomia, do Mindfulness.”, E3: “O médico do trabalho deu-nos informação que eu nem sabia!”).

Sabemos que tudo o que é novo e/ou diferente é sempre recebido com um sentimento positivo e com maior interesse. Conforme o plano curricular de cada Escola, as unidades curriculares vão divergindo e algumas até são mesmo opcionais. É um curso

bastante exigente, que requer não só muito estudo acadêmico, como também uma grande capacidade de humanização. A teoria e a prática convivem num cenário em que cada uma monitoriza a outra. Habitualmente, tende-se a optar pela transmissão de conhecimentos tradicionais que vão ao encontro da nossa práxis clínica. Ora, é responsabilidade do docente aprofundar as suas competências para melhorar os resultados de aprendizagem dos estudantes, através de uma formação permanente, ou procurar formas de alcançar o pleno atendimento das necessidades e a máxima satisfação das expectativas geradas (FIRMINO et al., 2022). O ensino e a aprendizagem proporcionam bastantes ocasiões para cuidar dos estudantes, tal como para os capacitar a conseguirem cuidar de si mesmos e dos outros.

Por fim, ao nível dos “contributos da formação pedagógica”, os estudantes focaram a pertinência de poderem passar a ter esta formação logo desde o início do curso (E4: “Era importante incutir esse tipo de competências para serem desenvolvidas durante todo o curso.”; E3: “Muito importante começar logo desde o início, vai ser uma enorme ajuda para se lidar com toda a pressão que estamos sujeitos.”; E6: “O projeto deve ser aberto para todos). Portanto, é logo aquando da entrada no Ensino Superior (e, mais especificamente, no Curso de Licenciatura em Enfermagem) que deverão ser planeadas intervenções adequadas às necessidades individuais desses estudantes que visem minimizar o impacto que eles vivenciam (FERREIRA et al., 2017).

A segunda categoria que emergiu dos significados dos estudantes foi a dos “Constrangimentos e desafios a investigar”, com uma subcategoria ligada à “afetividade da relação pedagógica em investigação”. Na percepção dos estudantes, houve uma reação menos positiva ao grupo de intervenção, quer pelos restantes estudantes que não entraram no projeto, como pelos professores que abordaram os conteúdos, mas não tiveram intervenção no processo (E2: “Situações constrangedoras com os colegas e professores.”; E1: “...os professores foram mauzinhos. Tiveram ciúmes e inveja do seu trabalho. Vínhamos sempre felizes da vida e eles ficavam chateados.”; E4: “Os colegas que não tiveram esta formação ficaram um pouco revoltados.”).

Sabe-se que um processo de investigação tem sempre algumas dificuldades que lhe são inerentes e/ou alguns constrangimentos associados (FIRMINO et al., 2023). Estas percepções dos estudantes vão ao encontro de um estudo efetuado por SMITH; ROBINSON (2020), que definiu quatro grupos de variáveis com impacto na afinidade entre a profissão de enfermagem e a evidência científica, associadas à cultura profissional: resistência a certas formas de investigação; variáveis relacionadas com o ambiente de trabalho, com a experiência e o conhecimento profissional.

A segunda grande dimensão que emergiu deste trabalho foi a percepção do impacto do projeto de intervenção pedagógica com a categoria “Conhecimentos e domínios apreendidos” e com três subcategorias: “Recursos e estratégias de coping”, “Fatores da SME associados ao CLE” e “Processos de transformação pessoal e afetivo”, em que a percepção dos estudantes vai ao encontro daquilo que foi dito antes a respeito dos recursos

e estratégias de coping: (E5: “Sim ajuda-me a acalmar com o stresse.”; E6: “Rentabiliza o meu tempo.”; E4: “Foi bom saber darmos um passo atrás, fazemos uma introspeção.”).

Os EE são os principais agentes de aprendizagem, sendo corresponsáveis pelos processos de ensino-aprendizagem. As estratégias de aprendizagem e de coping implicam, quase sempre, uma mobilização de recursos com modificações a nível cognitivo das práticas socioprofissionais associadas à enfermagem, do autoconhecimento e a redefinição de uma estratégia pessoal para acionar e transformar a informação, de modo a que o saber adquirido em determinado contexto possa ser aplicado noutras situações e em contextos futuros, como resposta às exigências a que é exposto (MORAIS et al., 2019; FIRMINO et al., 2023; LONGO; FIRMINO,2023).

Como já foi descrito anteriormente, existem fatores que são diretamente associados à SME e que a literatura relata que, junto dessa população, a sintomatologia músculoesquelética está sobretudo associada a movimentos repetitivos, posturas inadequadas, transferência e uso excessivo do computador, com repercussões no sono e repouso, ansiedade, stress académico, diminuição do desempenho físico e mental, interferindo no bem-estar e na qualidade de vida dos estudantes (FIRMINO et al., 2020; FIRMINO et al.,2019; FIRMINO et al., 2021; MORAIS et al., 2019).

O que se encontrou descrito na literatura consultada vai bem ao encontro daquilo que foi percepcionado pelos estudantes: (E6: “Desgastante, fisicamente e psicologicamente.”, E4: “Estamos sob pressão e stress.”; E2: “Os hábitos dos enfermeiros que estão conosco, às vezes são menos corretos e completamente diferente do que aprendemos!”). Alguns estudantes mencionam a necessidade de uma perspectiva multidimensional, que os auxilie a pensar, sentir, comunicar e a descobrir através de diferentes áreas de conhecimento e componentes curriculares: (E5: “Em algumas aulas consegui dar resposta a algumas temáticas que só foram abordadas aqui nesta formação.”, E1: “Foi muito bom ter estas formações, outras perspectivas, foram muito pertinentes e vão ajudar-nos para o mundo do trabalho.”; E4: “Esta formação foi para nos alertar para vários fatores que podem interferir para o nosso bem-estar; E3: “pensaram em nós. É bom ver os professores a pensarem no nosso bem-estar e a protegerem-nos...”).

Estes discursos e significados chamam a atenção para o facto de as práticas pedagógicas necessitarem, cada vez mais, de ser estimulantes para os estudantes e capazes de potenciar o seu envolvimento com diversas abordagens metodológicas, através de parcerias entre professores, através de atividades compartilhadas e/ou através da iniciação precoce à experimentação, simulação e investigação (FIRMINO et al.,2023; FIRMINO,2021).

Uma prática pedagógica com uma dimensão afetiva presente, além de promover sentimentos de satisfação e bem-estar, possibilita um ambiente favorável para a aprendizagem do estudante (FIRMINO et al., 2023; LONGO, FIRMINO,2022).

CONCLUSÃO

Considera-se que esta investigação é um contributo para aferir da importância da implementação precoce de estratégias direcionadas para a problemática da sintomatologia musculoesquelética. De uma forma geral, constatamos que os estudos realizados nesta investigação vão ao encontro de estudos semelhantes. Contudo, emerge a necessidade de estudos com maior atenção aos EE, com necessidade de investir no domínio da saúde mental, dada as exigências de equilíbrio emocional e de maturidade profissional às quais os estudantes do CLE são expostos ao longo dos 4 anos do curso.

Foi interessante observar as percepções dos estudantes acerca do impacto do projeto pedagógico. Perceber os seus sentimentos e as diferenças que cada um apresentou para determinada formação que assistiu. Sentiram a necessidade de adequar estratégias pedagógicas nos vários contextos de formação, com momentos para o desenvolvimento de novos conhecimentos e do saber contextualizado dos estudantes. Os próprios referiram que se sentiram apoiados e protegidos, o que permitiu explorar e resolver algumas situações quanto às suas limitações e posturas. O feedback fornecido foi relevante e deu a oportunidade para refletir sobre as lacunas existentes na abordagem da temática da SME no CLE.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal..

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70. 2013.
- CUNHA, C; MACEDO, A; VIEIRA, I. Percepções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, (12), 65-74, 2017.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK[EU-OSHA] (2020a). Work-related musculoskeletal disorders: why are they still so prevalent? Evidence from a literature review. Luxembourg, 2020 Disponível em: <https://doi.org/0.2802/749976>
- FERREIRA, F; MOTA, L; BRITO, I; SANTOS, M. Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. Revista de Enfermagem Referência, (15), 91-100, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV17047>
- FIRMINO, C. F; SOUSA, L. M. M; MARQUES, J. M; ANTUNES, A. V; MARQUES, F. M; SIMÕES, C. Musculoskeletal symptoms in nursing students: concept analysis. Revista Brasileira de Enfermagem, 72, 287-292, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0612>
- FIRMINO, C.; FRADE, M; ANTUNES, A; SOUSA, L; MARQUES, M; SIMÕES, M. Prevalência da Sintomatologia Músculoesquelética nos Estudantes de Licenciatura em Enfermagem:

uma Revisão Sistemática da Literatura. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional, 9, 53-61, 2020.

FIRMINO, C. I. D. C. F.; SOUSA, L. M. M.; MOUTINHO, L. S. M.; ROSA P. J. M.; MARQUES, M. F. M.; SIMÕES, M. C. R. Sintomatologia musculoesquelética nos estudantes de enfermagem: O papel dos fatores psicossociais. Revista de Enfermagem Referência, (5), e20085, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV2008>

FIRMINO, C. I. D. C. F.; MOUTINHO, L. S. M.; VALENTIM, O. M. M.; ANTUNES, A. V.; MARQUES, M. D. F. M.; SIMÕES, M. C. R. The effects of training about prevention of factors associated with musculoskeletal symptoms on nursing student's affectivity. Florence Nightingale Journal of Nursing, 29(1), 74-80, 2021. Disponível em: <https://www.fnjn.org/en/the-effects-of-training-about-prevention-offactors-associated-with-musculoskeletal-symptoms-on-nursing-students-affectivity131275>

FIRMINO, C. F.; LONGO, J. J. R.; SIMÕES, C.; VALENTIM, O.; MARQUES, F. M. A. Aprendizagem do Estudante de Enfermagem na Prevenção da Sintomatologia Musculoesquelética Segundo os Três Domínios de Competências: Estudo Qualitativo. Sisyphus: Journal of Education, 11(2), 208-222, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25749/sis.28507>

FORTIN, M. O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência. 2003.

GALINHA, I.; RIBEIRO, J. Contributions for the study of the Portuguese version of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Psychometric study. Análise Psicológica, 23, 219-227, 2005.

LONGO, J.; FIRMINO, C. Formação Inicial em Enfermagem: mudanças curriculares para incrementar as potencialidades da prática. Revista Lusófona de Educação, 58(58), 2022.

FIRMINO, C.I.C.F. Promoção da Saúde no contexto do Ensino Superior: Estudo de Aspetos Psicossociais associados à Sintomatologia Musculoesquelética nos Estudantes de Enfermagem e Proposta de Intervenção. Tese de Doutoramento em Educação na especialidade Educação para a Saúde. Faculdade Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Portugal, 2021.

MCKENZIE, J.; DENNIS, D.; AULD, M.; LYSOBY, L.; KUSORGBOR-NARTH, C. Health education specialist practice analysis (HESPA 2015) process and outcomes. Health Education & Behaviour, 43(3), 286-295, 2016 Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1090198116639258>

MOURA, M.; MARTINS, M.; RIBEIRO, O. Sintomatologia musculoesquelética dos enfermeiros no contexto hospitalar: contributo do enfermeiro de reabilitação. Revista de Enfermagem Referência, (23), 121-131, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19035.4>

OLIVEIRA, C. R.; MEDEIRO, S.; MARTINS, J.; MENEZES, R.; ARAÚJO, M. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão académica. Espaço para a Saúde. Revista de Saúde Pública do Paraná, 16(1), 59-65, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n1p59>

SERRANHEIRA, F.; COTRIM, T.; RODRIGUES, V.; Nunes, C.; Sousa-Uva, A. Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício»

ou doenças relacionadas com o trabalho? Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(2), 193-203, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001>

SPÍNOLA, A; AMENDOEIRA, J. O Processo de Cuidados: análise da conceção dos estudantes de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, (2), 163-170, 2014. Disponível em: <http://doi.org/10.12707/RIV14006>

SMITH, O; ROBINSON, R. Teacher Perceptions, and Implementation of a Content-Area Literacy Professional Development Program. Journal of Educational Research and Practice, 10(1), 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10862960802070442>

QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL: EXPLORANDO ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO

Olga Maria Sousa Valentim¹;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Lídia Susana Mendes Moutinho²;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-5076-0612>

Paulo Rosário Carvalho Seabra³;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8296-1021>

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino⁴;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-0328-7804>

Paulo Renato Costa Figueiredo⁵;

Instituto Universitário Atlântica, Barcarena, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8340-9316>

Cristina Maria Moura de Sousa⁶;

Instituto Universitário Atlântica, Barcarena, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2822-4853>

Tânia Sofia Pereira Correia⁷.

Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto politécnico de Viseu (ESSV-IPV), Viseu, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8160-5698>

RESUMO: Nos últimos anos, cresceu o interesse na avaliação da Qualidade de Vida (QV), especialmente em relação à Perturbação do Uso do Álcool (PUA) e suas repercussões na saúde pública. Este estudo quantitativo e descritivo analisou as inter-relações entre fatores como Representação cognitiva e Emocional da Doença, Satisfação com o Suporte social e Vulnerabilidade ao Stresse em pessoas com PUA. Os resultados destacaram a importância desses fatores na QV, indicando que a percepção cognitiva e emocional da PUA, satisfação com suporte social e vulnerabilidade ao stresse devem ser consideradas em estratégias de intervenção em enfermagem. O estudo também enfatizou a complexidade das intervenções necessárias para melhorar a QV de pessoas com PUA, ressaltando a influência da família. Recomendou-se uma abordagem sistémica e multidisciplinar para intervenções futuras, contribuindo para o desenvolvimento de um modelo de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Transtorno do abuso de álcool. Enfermagem de saúde mental.

QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH ALCOHOL USE DISORDER: EXPLORING INTERVENTION APPROACHES

ABSTRACT: In recent years, there has been a growing interest in assessing Quality of Life (QoL), particularly concerning Alcohol Use Disorder (AUD) and its implications for public health. This quantitative and descriptive study examined the interrelations among factors such as Cognitive and Emotional Representation of the Disease, Satisfaction with Social Support, and Vulnerability to Stress in individuals with AUD. The results underscored the significance of these factors in QoL, indicating that the cognitive and emotional perception of AUD, satisfaction with social support, and vulnerability to stress should be considered in nursing intervention strategies. The study also emphasized the complexity of interventions needed to enhance the QoL of individuals with AUD, highlighting the influence of family. A systemic and multidisciplinary approach for future interventions was recommended, contributing to the development of a nursing model.

KEY WORDS: Quality of life. Alcohol Abuse Disorder. Mental health nursing.

INTRODUÇÃO

O álcool, é uma substância reconhecida desde a antiguidade, destacando-se como uma das poucas drogas psicotrópicas cujo uso é socialmente tolerado e, em alguns casos, até encorajado. O seu consumo, ao longo da história, tem sido associado à procura de um “outro estado mental” como meio de enfrentar angústias e sofrimento. O consumo excessivo e regular de álcool, mesmo em pequenas quantidades ao longo do dia, mantém uma alcoolização constante do organismo, podendo levar à intoxicação alcoólica crônica e, se persistente, à dependência. Essa prática varia entre países e grupos populacionais, influenciando as taxas de problemas relacionados com o álcool e exigindo adaptações nas políticas (OMS, 2018).

A estimativa de 2019 do consumo de álcool *per capita* no mundo, expresso em litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais, foi de 5,8 litros, revelando uma redução de 5 % em relação a 2010 (OMS, 2018). A Região Europeia da OMS destaca-se pelos mais elevados índices de consumo de álcool *per capita*, contribuindo para 3 milhões de mortes anuais (5,3 % do total) e impactando negativamente a saúde de milhões de pessoas. O uso nocivo do álcool representa 5,1 % da carga global de doenças, sendo o principal fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade entre os 15 e 49 anos (DESPACHO n.º 13227/2023)

Em Portugal, os dados de 2021 apontam para um consumo médio de 10,4 litros de álcool *per capita*, posicionando o país como o 12º na Organização Europeia de Cooperação Económica e o 11º na União Europeia em termos de consumo mais elevado (ORGANISATION

FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT [OECD], 2023; SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS [SICAD], 2023). O V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022 - realizado na população de 15-74 anos residente em Portugal, revelou-se que 37 % dos consumidores atuais de substâncias psicoativas em Portugal têm um consumo diário de álcool. As práticas de consumo, como *binge drinking* e embriaguez severa, afetam 10 % e 7 % da população entre 15 e 74 anos, respectivamente. Padrões abusivos ou dependentes de álcool atingem 3,1 % da população, especialmente entre os homens e em faixas etárias específicas, como o consumo de risco elevado entre 15-24 anos e 25-34 anos, e o aumento da dependência entre 35-44 anos e 45-54 anos (SICAD, 2023).

É essencial não subestimar as complicações decorrentes do consumo de álcool. O impacto abrangente desse hábito na saúde mundial é notável, sendo reconhecido como um fator causal em mais de 200 doenças e traumas. Este panorama abarca condições como cancro, doenças cardiovasculares, suicídio, disfunções hepáticas, acidentes rodoviários, violência e doenças infetocontagiosas, incluindo tuberculose e VIH/SIDA (OMS, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2023).

Em 2019, cerca de 4 % da população portuguesa enfrentou perturbações relacionadas ao consumo de álcool e drogas, conforme dados da OCDE (OCDE, 2023). Em Portugal, no período entre 2017 e 2022, apesar do aumento da abstinência na população geral (15-74 anos), não houve melhorias significativas na maioria dos indicadores de consumo de álcool. Nos últimos dois anos, observou-se um aumento nas prevalências de problemas relacionados ao consumo de álcool em comparação com o período pré-pandémico da COVID-19. Houve um agravamento nos índices de mortalidade, sendo que os óbitos atribuíveis ao álcool alcançaram os níveis mais elevados em 2020 e 2021. Além disso, as vítimas fatais de acidentes de trânsito sob a influência do álcool aumentaram em 2021 e 2022 (SICAD, 2023). Ao aprofundar a análise para o contexto português, é interessante examinar os anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLLs - Years of Life Lost) no período de 2009 a 2019. Destaca-se uma redução significativa de 11,7 % associada ao consumo de álcool durante esse intervalo de tempo (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE [DGS], 2022). Porém é imperativo reconhecer a relevância dessas estatísticas em relação à PUA no contexto nacional e global para fundamentar estratégias eficazes de saúde pública.

Ao longo da história, a PUA foi inicialmente interpretada de forma moralista, sendo considerada um vício ou falta de caráter. Contudo, atualmente, essa perspectiva evoluiu, reconhecendo-a como uma doença crônica, complexa e multifatorial, frequentemente diagnosticada tardiamente devido à sua natureza insidiosa (VALENTIM, *et al.* 2021). A pessoa com PUA, apresenta sintomas que incluem restrição na escolha de bebidas alcoólicas, destaque no comportamento e procura pela bebida, aumento da tolerância, sintomas de abstinência, consumo repetitivo para aliviar tais sintomas, desejo intenso (*craving*) e reinstalação da síndrome pós-abstinência (TEIXEIRA, *et al.*, 2023). A PUA está intrinsecamente ligada a problemas de saúde física, psicológica, social, profissional e familiar.

Não afeta apenas o indivíduo que enfrenta a dependência do álcool, ela estende-se por toda a estrutura familiar, interferindo nas responsabilidades quotidianas e desencadeando níveis elevados de stresse (VALENTIM, *et al.* 2021). Essa condição resulta em efeitos prejudiciais na Qualidade de Vida (QV) da pessoa que enfrenta a PUA. (OLICKAL, *et al.* 2021; REDWOOD, *et al.* 2024; VALENTIM, *et al.* 2021).

Compreender o impacto da dependência alcoólica na QV é crucial, sendo a forma como as pessoas enfrentam a condição, aderindo ou não ao tratamento, um elemento central. O modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal enfatiza a relevância das crenças individuais na adaptação à doença, influenciando decisões como a procura de ajuda, participação em grupos de autoajuda, aceitação do tratamento e sua eficácia (LEVENTHAL *et al.*, 2003; MARTIN *et al.* 2022). A compreensão abrangente do contexto da pessoa com PUA destaca a importância da percepção do suporte social, fortemente ligada à QV (VALENTIM *et al.*, 2016), e da vulnerabilidade ao stresse, que é influenciada pela avaliação cognitiva do evento e pelas estratégias de enfrentamento (VAZ-SERRA, 2007). Estes elementos fundamentais não só moldam a experiência global da pessoa afetada pela PUA, mas também ressaltam a complexidade envolvida na gestão dessa condição.

Apesar da centralidade da QV, é preocupante observar uma lacuna significativa em estudos sobre a QV de pessoas com dependência alcoólica, especialmente em contextos específicos como o de Portugal (CASSWELL *et al.*, 2011). O propósito deste estudo é, portanto, preencher essa lacuna, explorando a relação intricada entre a representação cognitiva da doença, satisfação com o suporte social, vulnerabilidade ao stresse e QV em pessoas com PUA.

O emprego do modelo de autorregulação do comportamento de doença revela-se fundamental para compreender o complexo panorama do comportamento em saúde na PUA (LEVENTHAL *et al.*, 2003). Nesse contexto, o presente estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de intervenções em enfermagem direcionadas à melhoria da QV de indivíduos com PUA, reconhecendo a necessidade de abordagens integradas e holísticas para lidar com os desafios apresentados por essa condição.

Este estudo tem como objetivos: a) Descrever a Representação Cognitiva e Emocional da Doença, a Satisfação com o Suporte Social, a Vulnerabilidade ao stresse e a QV em pessoas com PUA; b) Analisar as inter-relações entre a Representação Cognitiva e Emocional da Doença, a Satisfação com o Suporte Social, a Vulnerabilidade ao stresse e a QV.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal e correlacional, com uma amostragem de conveniência de 444 pessoas com PUA. A seleção ocorreu em cinco instituições com serviços de alcoologia e grupos de autoajuda (Alcoólicos Anónimos) em Portugal. A colheita de dados ocorreu durante internamentos, consultas de seguimento e/ou grupos de autoajuda. Tivemos como critérios de inclusão da amostra: a) Idade igual ou superior a 18 anos; b) Diagnóstico

clínico de PUA há pelo menos um ano; c) Capacidade de leitura e compreensão em língua portuguesa; d) Abstinência no mínimo de uma semana.

Material: Para avaliar os constructos teóricos, escolhemos instrumentos já existentes, traduzidos e validados para a população portuguesa. Os questionários utilizados consistiam numa parte, desenvolvida pelos pesquisadores, visando colher dados sociodemográficos e clínicos (variáveis secundárias) e outra que compreendia escalas de avaliação para medir as variáveis principais:

- a) Questionário sociodemográfico, com informação sobre a idade, sexo, anos de escolaridade, situação profissional e conjugal.
- b) Questionário de dados clínicos, com informação sobre a idade em que começou a beber, tempo/duração da dependência alcoólica, número de internamentos e de recaídas, assim como, frequência de grupos de autoajuda e, se está ou esteve em tratamento.
- c) Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) (FIGUEIRAS & ALVES, 2007): está dividido em 3 secções, visando mapear 9 dimensões para compreender a representação cognitiva e emocional de indivíduos com PUA. A primeira aborda a identidade da doença (14 itens), avaliada em uma escala dicotómica (sim ou não). A segunda secção inclui 38 itens em sete subescalas, como duração, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional. A última secção avalia as causas da doença (18 itens). As respostas são dadas em uma escala tipo Likert de cinco pontos.
- d) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (PAIS-RIBEIRO, 1999): questionário de autopreenchimento, composto por 15 itens e quatro subescalas em escala Likert de cinco posições (1 - “concordo totalmente” a 5 - “discordo totalmente”), avalia a satisfação com o suporte social. As subescalas incluem a avaliação da satisfação com amigos, intimidade, família e atividades sociais. Valores mais elevados indicam maior percepção de suporte social.
- e) Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse (23QVS) (VAZ-SERRA, 2000): escala unidimensional tipo Likert com 23 questões, avalia a vulnerabilidade ao stresse psicológico (VPS) em cinco classes de resposta (0 - “concordo em absoluto” a 4 “discordo em absoluto”). As pontuações variam de 0 a 4, refletindo aspectos negativos. Essa escala apresenta sete fatores para definir o perfil de vulnerabilidade ao stresse como perfeccionismo, intolerância à frustração, inibição, dependência funcional, carência de apoio social, condições adversas de vida, dramatização da existência, subjugação, privação de afeto e rejeição. Pontuações mais altas indicam maior vulnerabilidade ao stresse. VSP é classificada com pontuações ≥ 43 na escala total.
- f) Escala de Percepção do Estado de Saúde (SF-36v2) (FERREIRA, 2000a, 2000b): questionário amplamente utilizado para avaliar a QV e o estado de saúde. Este questionário contém 36 itens que abrangem oito dimensões do estado de saúde: função física (10 itens), desempenho físico (4 itens), dor corporal (2 itens), saúde em geral (5

itens), vitalidade (4 itens), função social (2 itens), desempenho emocional (3 itens) e saúde mental (5 itens). As respostas tipo Likert nas subescalas e componentes variam de 0 a 100, onde pontuações mais altas indicam um melhor estado de saúde percebida.

Procedimento: Após autorização das Unidades de Alcoologia, grupos de autoajuda (Alcoólicos Anônimos) e autores das escalas, além do consentimento informado dos participantes, aplicamos os questionários, respeitando as normas éticas da declaração de Helsínquia. A análise foi realizada com recurso ao IBM SPSS®, versão 29.0, utilizando métodos exploratórios e descritivos. No estudo da relação entre variáveis métricas, empregamos o coeficiente de correlação de Pearson, considerando significância para $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Quanto à caracterização sociodemográfica, a maioria dos indivíduos com PUA era do sexo masculino (81,5 %), já não estava ativa (59,3 %), composta por pessoas casadas ou em união de facto (42,3 %) baixo nível de escolaridade ($M = 8$ anos, $DP = 3,67$) e com uma média de idade de 45 anos ($DP = 9,29$).

Do ponto de vista clínico, a média do período de diagnóstico de dependência, era de 8 anos ($DP = 7,14$), e duas recaídas ($DP = 0,46$). A maioria estava em tratamento e abstinente (88,3 %), com uma média de cerca de três anos de abstinência ($DP = 5,96$). Em relação à comorbilidade, 38,1 % das pessoas com PUA mencionaram outros problemas de saúde, sendo as doenças hepáticas, cardiovasculares e mentais as mais referidas. Além disso, 55,6 % tinham um familiar também com dependência de álcool, muitas vezes diretos, como pai ou mãe. Os motivos para o consumo excessivo de álcool percebidos pelos participantes foram variados, destacando-se o stresse, influência de companhias/ambientes, estado emocional e problemas familiares. Surpreendentemente, a maioria não conseguiu associar recaídas a eventos específicos. Por outro lado, a maioria acredita que a abstinência é mantida pela força de vontade, um bom ambiente familiar/apoio, rede de amizades, apoio técnico e adesão/gestão do tratamento.

Quanto à Representação Cognitiva e Emocional da Doença, as pessoas com PUA: a) Percebem uma identidade moderada da doença, associando-a principalmente a sintomas como fadiga, ansiedade e tremores; b) Descrevem-na como crónica e constante, com variações periódicas, manifestando uma percepção negativa das suas consequências na vida própria e nos relacionamentos próximos; c) Acreditam ter algum controlo pessoal sobre a doença, embora a compreensão da mesma seja limitada; d) Demonstram uma componente emocional negativa, experimentando sentimentos de depressão, ansiedade, raiva e medo; e) Apontam as causas da doença, principalmente, para os aspetos psicológicos, como stresse, problemas familiares e estado emocional (Tabela1).

Tabela 1 – Variação de resultados, mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio das subescalas do IPQ-R – Pessoas com PUA

IPQ-R	N.º itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (<u>M</u> / n.º itens)
Identidade	16	0-16	8,91	4,40	*
Duração (aguda/crónica)	6	6-30	20,68	5,32	3,45
Consequências	6	6-30	24,15	4,61	4,03
Controlo pessoal	6	6-30	23,46	3,77	3,91
Controlo de tratamento	5	5-25	19,99	3,29	4,00
Coerência da doença	5	5-25	13,22	3,98	2,64
Duração (cíclica)	4	4-20	13,78	3,53	3,45
Representação emocional	6	6-30	22,28	4,94	3,71
Fatores de risco genérico	9	9-45	24,75	8,14	2,75
Aspetos psicológicos	4	4-20	14,87	3,24	3,72
Aspetos pessoais	2	2-10	7,07	1,85	3,54
Hereditariedade e Exc. Trabalho	2	2-10	5,82	1,88	2,91

Nota: Escala de medida (*Likert*) varia entre 1 e 5. * Não é apresentado “*score* médio” uma vez que se trata de uma escala dicotómica.

No que concerne à satisfação com o suporte social, as pessoas com PUA revelaram uma satisfação razoável, sendo mais expressiva em relação ao suporte familiar. Entretanto, a satisfação em atividades sociais foi considerada menor, indicando uma área potencial para melhorias no apoio social (Tabela 2).

Tabela 2 - Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio para as subescalas e escala total ESSS - Pessoas com PUA

ESSS	N.º itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (<u>M</u> / n.º itens)
Satisfação com amizades	5	5 - 25	16,55	4,80	3,31
Intimidade	4	4 - 20	12,04	3,61	3,01
Satisfação com a família	3	3 - 15	10,83	3,60	3,61
Atividades sociais	3	3 - 15	6,75	2,88	2,25
Escala total	15	15 - 75	46,07	10,56	3,07

Nota: Escala de medida (*Likert*) varia entre 1 e 5.

Quanto à vulnerabilidade ao stresse, 80,2 % das pessoas com PUA apresentam valores elevados, associados ao perfeccionismo, intolerância à frustração e subjugação (Tabela 3).

Tabela 3 - Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio para as subescalas e escala global do 23QVS - Pessoas com PUA

23QVS	N.º Itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (<u>M</u> / n.º itens)
Perfeccionismo e intolerância à frustração	6	0-24	14,06	4,60	2,34
Inibição e dependência funcional	5	0-20	6,59	3,83	1,32
Carência de apoio social	2	0-8	2,61	1,92	1,31

Condições de vida adversas	2	0-8	3,73	2,42	1,87
Dramatização da existência	3	0-12	6,32	2,34	2,11
Subjugação	3	0-12	7,19	3,19	2,40
Deprivação de afeto e rejeição	3	0-12	4,04	2,56	1,35
Escala global	23	0-92	39,92	13,13	1,74

Nota: Escala de medida (*Likert*) varia entre 0 e 4.

Ao analisar a QV, observa-se que, embora as pessoas com PUA apresentem valores razoáveis, existem distinções importantes. O desempenho emocional é percebido com valores mais elevados, sugerindo resiliência e bem-estar emocional positivos, mas a vitalidade e a saúde mental têm valores mais baixos, indicando áreas específicas que podem exigir atenção (Tabela 4).

Tabela 4 - Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média e desvio padrão do SF-36 – Pessoas com PUA

SF-36	Nº itens	<i>n</i>	Mín./Máx.	M	DP
Função física	10	390	0-100	69,38	27,29
Desempenho físico	4	389	0-100	56,73	27,52
Dor corporal	2	412	0-100	59,11	25,89
Saúde geral	5	219	0-100	56,84	20,06
Vitalidade	4	394	0-100	50,06	22,53
Função social	2	371	0-100	54,51	24,28
Desempenho emocional	3	67	0-100	72,39	29,95
Saúde mental	5	391	0-100	50,47	23,40

No sentido de conhecer as relações existentes entre a QV e a representação cognitiva e emocional da PUA, a satisfação com o suporte social, e a vulnerabilidade ao stresse, calculámos a correlação de *Pearson*. Da análise da matriz de correlações observou-se que, indivíduos com melhor percepção da QV apresentam: a) Pior identidade da PUA com menos sintomas relacionados com a PUA; b) Duração menos cíclica, sugerindo menos recaídas; c) Representação emocional menos negativa; d) Maior compreensão da PUA; e) Maior controlo pessoal e de tratamento; f) Melhor satisfação com o suporte social; g) Menor vulnerabilidade ao stresse.

Esses resultados mostram uma complexa interconexão entre fatores que influenciam a percepção de QV em pessoas com PUA, fornecendo conhecimentos valiosos para abordagens mais eficazes no tratamento e suporte.

DISCUSSÃO

As pessoas com PUA apresentaram uma identidade moderada da doença, com divergências na percepção dos sintomas. As comorbilidades entre dependência alcoólica e outras condições de saúde como distúrbios hepáticos, doenças cardiovasculares, perturbações mentais e gastrointestinais, poderão influenciar o conhecimento sobre os

sintomas específicos da PUA (RODRIGUES *et al.* 2014).

A falta de conhecimento sobre as consequências da PUA é ressaltada no estudo. Os participantes, conforme mencionado por RALSTON *et al.* (2013), referem não experimentar doenças físicas decorrentes do consumo de álcool, podendo essa percepção estar influenciada por estratégias de evitação para minimizar ou esquivar-se de confrontar problemas.

O estudo, mencionando autores como VALENTIM (2021) e TEIXEIRA *et al.* (2023), destaca a visão da dependência alcoólica como uma doença crônica, com fases de recaída e remissão. Uma análise aprofundada é realizada sobre a influência significativa de representações sociais, experiências passadas, informações midiáticas e aspectos culturais na percepção da doença. Esses elementos moldam as representações da PUA, impactando comportamentos e procura de tratamento, conforme discutido por OGDEN (2004) e LEVENTHAL *et al.* (2003). No que diz respeito às atribuições causais, há uma ênfase em fatores psicológicos, como stresse, estado emocional, problemas familiares e atitude mental, corroborando com estudos anteriores (FIGUEIRAS 2007).

Os resultados do estudo, vão ao encontro de HANDI, *et al.* (2017), onde destacam que pessoas com PUA estão razoavelmente satisfeitas com o seu suporte social, com maior destaque para a satisfação com amigos e familiares, considerados fatores cruciais de proteção. No entanto, há insatisfação significativa em relação a atividades sociais e intimidade, levantando questões sobre o possível isolamento de membros familiares, incapazes de discutir aspectos íntimos, alegrias, frustrações e preocupações, conforme observado também por LAGO DA SILVA SENA (2019).

A constatação de que a maioria dos participantes com PUA (80,2 %) é vulnerável ao stresse, com exceção da inibição e dependência funcional, carência de apoio social, privação de afeto e rejeição, sugere uma limitada capacidade de adaptação às adversidades. Esses resultados revelam que esses indivíduos enfrentam desafios consideráveis em áreas como resolução de problemas, suporte social e autoavaliação positiva (HANDI, *et al.* 2017; VALENTIM, *et al.*, 2016).

Os resultados indicam que, apesar das implicações associadas à doença alcoólica, as pessoas com PUA demonstram uma razoável percepção de sua QV. Essa percepção pode ser influenciada pela resistência e negação do problema, levando os indivíduos a optar pelo caminho menos doloroso do conflito (LEE 2023).

AQV abrange diversas dimensões, incluindo representações da doença, preconceitos, crenças, convicções pessoais, emoções, sintomas e tratamentos (PAIS-RIBEIRO, 2009). Salientamos o facto da percepção de um maior controlo sobre a PUA, de uma melhor compreensão da mesma e de uma representação emocional menos negativa estarem associados a uma melhor percepção da QV, o que poderá favorecer a adesão ao regime terapêutico. Conforme observado por KAPTEIN *et al.* (2007), a percepção de controle sobre a doença e uma maior autoeficácia, particularmente em situações emocionais estáveis, estão relacionadas a resultados mais positivos.

Fatores etiológicos, como fatores de risco genéricos e aspectos psicológicos, relacionam-se com uma pior percepção da QV, alinhando-se a estudos anteriores que destacam a ligação entre percepção da doença e QV (KAPTEIN *et al.*, 2007; LEE, 2023).

A vulnerabilidade ao stresse em pessoas com PUA está associada a uma percepção mais negativa da QV, em linha com estudos sobre outras condições de saúde. Estes resultados estão de acordo com o trabalho de TEIXEIRA *et al.* (2020), onde se mostra a existência de uma relação inversa entre a vulnerabilidade ao stresse e a QV do doente com PUA.

Os conceitos de vulnerabilidade e resiliência estão entrelaçados (ASSIS *et al.* 2006), destacando a importância do desenvolvimento de resiliência para a adaptação e melhoria da QV em pessoas com PUA, o que é corroborado por TEIXEIRA, *et al.* (2020) ao referirem que nas pessoas com PUA o tempo de abstinência se correlaciona positivamente com a QV e negativamente com a vulnerabilidade ao stress. A satisfação com o suporte social correlaciona-se positivamente com várias componentes da QV, indicando que um suporte social mais robusto está associado a uma melhor percepção geral da QV, desempenhando um papel facilitador no ajustamento e desenvolvimento pessoal (VAZ-SERRA, 2007). O suporte social é apontado como sendo um fator protetor em relação ao uso de álcool (JODIS, *et al.*, 2023).

IMPLICAÇÕES PARA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM NA PUA

O modelo de autorregulação de LEVENTHAL (2003) é um processo dinâmico em que as fases de interpretação, adaptação e avaliação se inter-relacionam para manter o equilíbrio. A aplicação desse modelo neste estudo sobre a PUA oferece uma oportunidade valiosa para explorar percepções individuais, estratégias de *coping* e adaptação, fornecendo uma base sólida para intervenções mais direcionadas e eficazes.

Os resultados do estudo revelam um déficit de conhecimento dos participantes sobre a PUA, atribuindo a causa a fatores externos, como stresse e problemas familiares, o que reduz a responsabilidade pessoal. A representação emocional negativa, expressando ansiedade e tristeza, pode facilitar o consumo de álcool, indicando estratégias de *coping* de evitamento que podem prejudicar a adaptação à PUA.

Na fase de adaptação, destaca-se a satisfação com o suporte social, especialmente o suporte familiar, como um fator protetor para comportamentos adaptativos. A vulnerabilidade ao stresse, caracterizada por menor capacidade de confrontar e resolver problemas, juntamente com uma fraca capacidade de adaptação a novas situações, são observadas como fatores de risco. O estudo destaca ainda o perfeccionismo, fraca tolerância à frustração e a subjugação como traços relevantes, indicando uma dedicação excessiva às solicitações alheias em detrimento das próprias necessidades. Na fase de avaliação, os participantes referem uma QV razoável, mas com uma pior percepção em relação à vitalidade e à saúde mental.

Com base nos resultados do estudo e no modelo de autorregulação do comportamento de doença (LEVENTHAL, 2003), propomos uma abordagem sistêmica com intervenções de natureza: a) Psicoeducativa (promover conhecimento sobre a PUA, sinais de alerta, e tratamento, assim como desenvolver estratégias de resolução de problemas); b) Cognitivo-comportamental (reestruturar crenças não adaptativas; desenvolver estratégias de *coping*); c) Avaliação ao longo da intervenção e em sessões de seguimento para prevenir recaídas); d) Incentivo à Participação em Grupos de Autoajuda como forma de apoio social.

Essas recomendações visam fornecer uma intervenção personalizada, capacitando os indivíduos com PUA a gerir a sua condição de maneira mais eficaz. Além disso, promovem uma abordagem holística para o bem-estar e a qualidade de vida, reconhecendo a importância de considerar diversos aspectos do indivíduo no processo de tratamento.

CONCLUSÃO

Os resultados destacam a inter-relação entre variáveis como a percepção cognitiva e emocional da PUA, a satisfação com o suporte social e a vulnerabilidade ao stresse, reforçando a importância desses fatores para a QV das pessoas com PUA. Essas considerações devem orientar a elaboração de estratégias de intervenção em enfermagem, alinhadas com o modelo de autorregulação. Além disso, é fundamental as intervenções estarem integradas numa abordagem sistêmica, adotando uma perspetiva multidimensional e multidisciplinar. Isso implica não apenas abordar os aspetos individuais da PUA, mas também compreender o contexto familiar, reconhecendo o papel essencial desempenhado pela dinâmica familiar no bem-estar dos afetados.

É essencial aprofundar a pesquisa nesta área, sugerindo estudos futuros, como a continuação do presente estudo, pesquisas longitudinais e quasi-experimentais com intervenções pré-definidas. Essas abordagens enriquecerão a compreensão da PUA e oferecerão conhecimentos valiosos para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e personalizadas.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- CASSWELL, *et al.* Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. **Addiction**, v.106, p.1087–1094, 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03361.x>.
- DESPACHO n.º 13227/2023 de 27 de dezembro de 2023. **Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030**. Diário da República n.º 248/2023, II Série. Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS). **Plano Nacional de Saúde 2021-2030**. Saúde

sustentável: de tod@os para tod@s. Lisboa: DGS. 2022

FERREIRA, P. L. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. **Acta Médica Portuguesa**, v.13, p.55-66, 2000a.

FERREIRA, P. L. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. **Acta Médica Portuguesa**, v.13, p.119-127, 2000b.

FIGUEIRAS, M. J.; Alves, N. C. Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. **Psychology and Health**, v.22, p.143-158, 2007. <https://doi.org/10.1080/14768320600774462>.

HANDI T., *et al.* The correlation of social support with mental health: a meta analysis. **Eletronic Physician**, v.9, p.5212-5222, 2017.

JODIS, C. A., *et al.* Social Support as a Protective Factor for Alcohol Use Disorders: Results from a Nationally Representative Family History Study. **Alcohol & Alcoholism**, v.58, p.60–67, 2023. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agac059>

KAPTEIN, A., *et al.* Quality of life in couples living with Huntington's disease: the role of patients' and partners' illness perceptions. **Quality of Life Research**, v.16, p.793–801, 2007. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9194-4>.

LAGO DA SILVA SENA, E. *et al.* Percepção de familiares sobre a reabilitação psicossocial de alcoolistas. **Revista Cubana de Enfermería**, v.35, e1851, 2019

LEE, J. Alcohol Consumption and Quality of Life in Middle-aged Men. **International Journal of High Risk Behaviors & Addiction**, v.12, p.1–7, 2023. <https://doi.org/10.5812/ijhrba-132404>

LEVENTHAL, H., *et al.* The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron, & H. Leventhal (Eds.), **The self-regulation of health and behaviour** (pp.42-65). London: Routledge. 2003

MARTIN S., *et al.* The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model, **Health Psychology Review**, v.16, p.347-377, 2022. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2023.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde** (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 2004.

OLICKAL, J. J., *et al.* Association of alcohol use with quality of life (QoL): A community based study from Puducherry, India. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v.10, p.100697, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100697>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde**, Genebra: OMS, 2018.

PAIS-RIBEIRO, J. **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde**. In: J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). **Bem-Estar e Qualidade de Vida** (pp.31-49). Alcochete: Textiverso, 2009.

PAIS-RIBEIRO, J. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise Psicológica**, v.18, p.547-558, 1999.

RALSTON, T. *et al.* The influence of depressed mood on action tendencies toward alcohol:

The moderational role of drinking motives. **Addictive Behaviors**, v.38, p.2810-2816, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.013>.

REDWOOD, L., *et al.* Alcohol consumption and health-related quality of life in regional, rural and metropolitan Australia: analysis of cross-sectional data from the Community Health and Rural/Regional Medicine (CHARM) study. **Quality of Life Research**, v.33, p.349–360, 2024. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03522-x>

RODRIGUES, P. *et al.* Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. **Análise Psicológica**, v.32, p.453-466, 2014. <https://doi.org/1014417/ap.32.3.789>.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS SICAD (SICAD). **Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Álcool**. Lisboa: SICAD, 2023.

TEIXEIRA J, *et al.* Stress Vulnerability and Quality of Life in Alcohol use Disorders (AUD). **Journal of Yoga, Physical Therapy, and Rehabilitation**, v.5, p.1075, 2020. <https://doi.org/10.29011/2577-0756.001075>

TEIXEIRA, J., *et al.* **Álcool: Teoria e Clínica**, Lidel, 2023. ISBN 978-989-752-808-8,

VALENTIM O., *et al.* **Suporte social e qualidade de vida na síndrome de dependência de álcool**. Atas 10º congresso nacional de psicologia na saúde. 2016. ISBN-978-989-98855-0-9.

VALENTIM, O., *et al.* **Doença alcoólica: contributos para a sua compreensão e intervenção**. In Vasco Calado (Org). Comportamentos aditivos. Perspetivas e desafios. Lisboa: SICAD, 2021. ISBN: 978-989-53221-1-4.

VAZ-SERRA, A. Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS. **Psiquiatria Clínica**, v.21, p.279-308, 2000.

VAZ-SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias** (3.^a ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2007.

A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: REFERÊNCIAS CONCEPTUAIS

Tânia Sofia Pereira Correia¹;

Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto politécnico de Viseu (ESSV-IPV), Viseu, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8160-5698>

Maria Manuela Ferreira Pereira Silva Martins²;

Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>

Fernando Margalho Barroso³;

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), Setúbal, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8747-3657>

Olga Maria Sousa Valentim⁴.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS&RISE), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

RESUMO: Dados atualizados sobre segurança do doente continuam a ser alarmantes pelo que o tema tem sido amplamente estudado. Entre as recomendações para a melhoria da segurança em saúde, surge a centralização dos cuidados de saúde na pessoa e família com um maior envolvimento dos mesmos neste processo. Neste âmbito, pelo seu posicionamento e responsabilidades ao nível hospitalar, a Enfermagem tem o potencial de desempenhar um papel preponderante neste âmbito. Deste modo, o objetivo deste estudo é conhecer os modelos teóricos que contribuem para os cuidados hospitalares seguros na presença da família. Para dar resposta a este objetivo desenvolveu-se um estudo de revisão bibliográfica narrativa de natureza qualitativa e descritiva. Selecionaram-se quatro referenciais teóricos que dão resposta aos eixos da gestão, da segurança e do cuidado à família: Modelo de risco do “Queijo Suíço”, Ciclo de Deming, Modelo da Parceria de Cuidados e o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa e Família. É de suma importância recorrer aos referenciais teóricos para uma prática sustentada de cuidados hospitalares centrados na pessoa e família com vista a segurança do doente. Aplicados de forma integrada, irão dar estrutura e fundamentação para a implementação eficaz de boas práticas e investigação futura na área dos cuidados seguros centrados na pessoa e família.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de família. Hospitalização. Segurança do doente.

THE FAMILY AND SAFETY OF THE HOSPITALIZED PATIENT: CONCEPTUAL REFERENCES

ABSTRACT: Updated data on patient safety continues to be alarming and the topic has been widely studied. Among the recommendations for improving health security, there is the centralization of health care on the person and family with greater involvement of them in this process. In this context, due to its positioning and responsibilities at hospital level, Nursing has the potential to play a preponderant role in this area. Therefore, the objective of this study is to understand the theoretical models that contribute to safe hospital care in the presence of the family. To respond to this objective, a narrative bibliographic review study of a qualitative and descriptive nature was developed. Four theoretical references were selected that respond to the axes of management, security and family care: “Swiss Cheese” risk model, Deming Cycle, Care Partnership Model and the Person and Family Centered Care Model. It is extremely important to use theoretical references for a sustained practice of hospital care centered on the person and family with a view to patient safety. Applied in an integrated way, they will provide structure and foundation for the effective implementation of good practices and future research in the area of safe person- and family-centered care.

KEY-WORDS: Family nursing. Hospitalization. Patient safety.

INTRODUÇÃO

A publicação do relatório “To err is human: building a safer health care system” pelo Institute Of Medicine (IOM) em 2000 representa um marco na abordagem da segurança do doente e destaca os desafios e as oportunidades para melhorar a segurança nos cuidados de saúde. Assim, promoveu um maior interesse no tema ao revelar grande número de eventos adversos que decorrem dos cuidados de saúde, muitos dos quais resultando em lesões ou mortes evitáveis, e nos problemas evidentes dos sistemas que deveriam evitá-los (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Dado o impacto destes dados, em 2004, em resposta à Resolução 55.18 da Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fundou a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, renomeada como Segurança do Doente da OMS em 2009, com o objetivo de mobilizar países, organizações e profissionais de saúde para melhorar a segurança do paciente em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Ainda assim, os dados atuais disponíveis revelam que todos os anos há um número inaceitável de pessoas que sofrem erros em saúde ou que morrem devido à insegurança e baixa qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 1 em cada 10 clientes é vítima de erros resultantes do processo de prestação de cuidados, dos quais, pelo menos 50% são considerados evitáveis (JHA; LARIZGOITIA; AUDERA-LOPEZ; PRASOPA-PLAIZIER *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Desses erros, 1/3 causam danos ligeiros a moderados e 5% causam danos graves (WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, 2008). Evidências disponíveis sugerem que ocorrem anualmente 134 milhões de eventos adversos devido a insegurança dos cuidados de saúde em hospitais de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes no mesmo período (The National Academies Press, 2018 cit.

por WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Estes erros são responsáveis por bilhões de euros de prejuízo nos sistemas de saúde em todo o mundo e 15% da atividade e do financiamento hospitalar são consumidos em consequência de complicações resultantes de erros nos cuidados de saúde (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

A Segurança, de acordo com a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional para a Segurança do Doente da Organização Mundial de Saúde, é definida como “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.” (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2011, p. 14).

A melhoria da qualidade e segurança dos cuidados é um foco transversal para os gestores, profissionais de saúde, políticos e clientes dos serviços de saúde (SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018). Contudo, apesar dos esforços contínuos para melhorar a segurança nos hospitais, os danos causados nos cuidados, nomeadamente no contexto hospitalar, persistem (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015; SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018).

Entre as estratégias identificadas para promover a segurança do doente surge a recomendação de envolver o próprio e a família no processo (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Estudos e experiências mostram cada vez mais que quando os administradores de serviços de saúde, prestadores de cuidados, clientes e familiares trabalham de forma coordenada, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde melhoram, os custos reduzem e a satisfação do profissional e do paciente aumenta (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017).

Estudos realizados acerca da atitude dos enfermeiros em diferentes contextos de cuidados hospitalares, sobre a importância da inclusão da família nos cuidados de Enfermagem, referem que os enfermeiros aceitam a presença da família, sobretudo no acolhimento e na alta, referem que é em situações de estado crítico ou morte que os enfermeiros permitem a permanência das famílias para além das regras da instituição; alegam ainda a necessidade de melhores condições de assistência para o desenvolvimento de estratégias da preservação do cliente no seu todo. Os dados revelam ainda que os enfermeiros demonstram um elevado grau de concordância sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem (FERNANDES; GOMES; MARTINS; GOMES et al., 2015; MARTINS, 2004).

Do ponto de vista institucional, nos últimos anos tem-se verificado uma crescente abertura dos hospitais à família e uma maior atenção com a humanização dos serviços de saúde (DIBAI; CADE, 2009). Com o objetivo de promover a ideia de que clientes e famílias podem ser verdadeiros parceiros no cuidado, algumas organizações de saúde recomendam adotar políticas de visitas abertas. Consideram um passo essencial nessa mudança de

cultura que envolve a abertura à presença da família e seu envolvimento no cuidado do paciente (BÉLANGER; BUSSIÈRES; RAINVILLE; COULOMBE et al., 2017).

Apesar do aumento de satisfação dos utentes perante estas medidas, do suporte teórico desenvolvido nesse sentido e das orientações institucionais, constata-se que a prestação de cuidados de enfermagem ainda está centrada no doente e baseada no modelo biomédico e que a família não é vista como alvo de cuidados (MARTINS; MARTINHO; FERREIRA; BARBIERI FIGUEIREDO et al., 2010; OLIVEIRA; FERNANDES; VILAR; FIGUEIREDO et al., 2011; SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018). Verifica-se que, embora os enfermeiros reconheçam a importância da parceria com as famílias, nem sempre isso se traduz na prática de enfermagem (MARTINS; MARTINHO; FERREIRA; BARBIERI FIGUEIREDO et al., 2010).

Do ponto de vista da segurança, um estudo qualitativo que explorou as percepções e atitudes de pacientes, familiares, enfermeiros, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas em dois hospitais dos Estados Unidos da América, sobre o envolvimento do cliente e família na redução de danos evitáveis e riscos de segurança no hospital, refere que, para estes, a presença da família aumenta a segurança, que o envolvimento ativo de clientes e famílias representa uma oportunidade significativa para reduzir os riscos e danos, que a comunicação é essencial mas que os familiares não se sentem ouvidos. Este estudo conclui que com o aumento da complexidade dos cuidados, aumenta a necessidade de uma parceria com pacientes e familiares de forma mais intencional para ampliar a segurança e que o envolvimento do cliente/família na redução de erros em saúde oferece soluções potenciais. (SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018).

Contudo, alguns profissionais veem a presença de famílias e visitas como um obstáculo à prestação de cuidados, um motivo para temer o aumento das cargas de trabalho e um risco para a segurança do cliente (BÉLANGER; BUSSIÈRES; RAINVILLE; COULOMBE et al., 2017; CORREIA, 2017).

Em suma verifica-se que subsistem algumas opiniões antagónicas por parte dos profissionais de saúde e enfermeiros quanto ao valor dado ao envolvimento da família nos cuidados prestados o que se reflete na prática de cuidados (MARTINS; MARTINHO; FERREIRA; BARBIERI FIGUEIREDO et al., 2010). De acordo com o que foi previamente exposto, em teoria a presença e envolvimento da família no cuidado ao cliente hospitalizado é reconhecida como necessária e potencialmente protetora no âmbito da segurança. Ainda assim, verifica-se que em momentos de implementação de medidas concretas, como o caso do alargamento do horário de visitas, os profissionais de saúde apresentam resistência a esta mudança alegando riscos para a segurança de clientes e profissionais. Assim, o objetivo deste estudo é conhecer os modelos teóricos que contribuem para os cuidados hospitalares seguros na presença da família.

METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem qualitativa, quanto aos objetivos é descritiva e quanto aos procedimentos trata-se de uma pesquisa bibliográfica pelo que se constitui uma revisão narrativa da literatura. Esta metodologia constitui uma modalidade de estudo e investigação abrangente que permite descrever e discutir o estado da arte de um determinado tema, nomeadamente do ponto de vista teórico (ROTHER, 2007).

Partindo da estrutura metodológica apresentanda, procedeu-se a uma exploração bibliográfica alargada em bases de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online/ Biblioteca Eletrônica Científica Online) e fontes bibliográficas.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: Segurança do doente; Enfermagem de Família; Gestão do risco; Qualidade dos cuidados.

Foram incluídos todos os estudos e documentos que identificam referenciais teóricos que se enquadram o tema deste estudo e sem limite temporal.

RESULTADOS

Após análise e sistematização dos documentos selecionados, identificaram-se quatro referenciais teóricos que apresentamos de seguida (quadro 1).

Quadro 1 – resultados: referenciais teóricos

Referencial teórico	Autor(ano)	país
Modelo de risco do “Queijo Suíço”	James Reason (2001)	Reino Unido
Ciclo de Deming	Deming (2000)	Estados Unidos da América
Modelo da Parceria de Cuidados	Christensen (1993)	Reino Unido
Cuidados Centrados na Pessoa e Família	Institute for Patient and family Centered Care (2013)	Estados Unidos da América

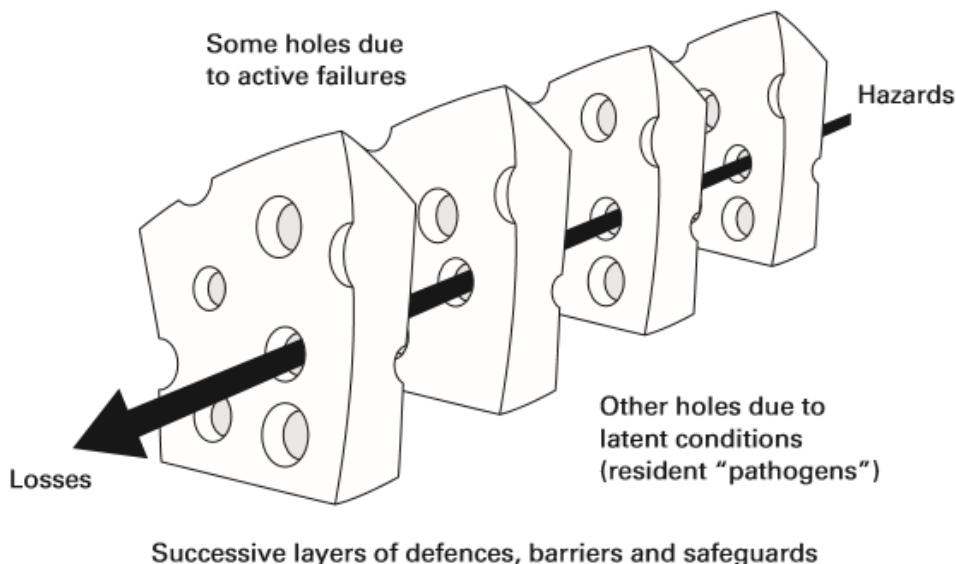
DISCUSSÃO

A complexidade do tema em análise justifica a inclusão de quatro diferentes referenciais teóricos que dão resposta aos eixos da gestão, da segurança e do cuidado à família. Evidencia-se a origem destes referenciais nos Estados Unidos da América e Reino Unido, o que poderá constituir um reflexo de uma maior evolução no que concerne a cuidados à família e segurança em meio hospitalar.

No tema da segurança é essencial a análise dos mecanismos que concorrem para a causalidade do erro. James REASON (2000) desenvolveu o modelo do queijo suíço (Fig. 1) para explicar a dinâmica das falhas de um sistema. Considera que os sistemas contêm múltiplas camadas de defesa (barreiras - fatias de queijo), como equipamentos, pessoas ou tecnologias, que estão posicionadas intencionalmente para evitar o erro e, ocasionalmente, surgem falhas (buracos nas fatias de queijo suíço) em todas as camadas que podem alinhar-se, permitindo que um evento indesejado ocorra. Estas falhas são dinâmicas pelo que abrem e fecham em diferentes localizações. A existência de falhas isoladas não implica

necessariamente a ocorrência de erro. Ao considerar este modelo explicativo do mecanismo do erro, a gestão do risco tende a tornar-se mais proactiva (REASON, 2000; REASON; CARTHEY; LEVAL, 2001).

Figura 1 - Modelo de risco do “Queijo Suíço” de James Reason



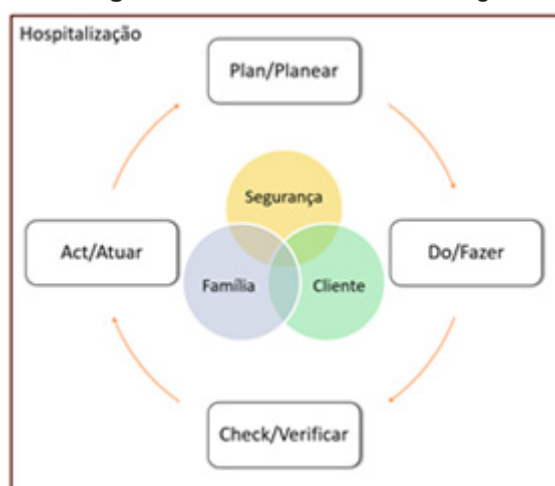
Fonte: REASON; CARTHEY e LEVAL (2001)

O mesmo autor caracterizou duas abordagens distintas perante o erro: a abordagem individual e a abordagem sistémica. Cada uma deriva de modelos de causalidade diferentes e, consequentemente, filosofias de gestão também diferentes (REASON, 2000). A abordagem individual responsabiliza pelo erro os profissionais periféricos do processo de prestação de cuidados, os que prestam cuidados diretos aos doentes. Cada evento de segurança é avaliado separadamente e fundamenta-se na ideia de que cada individuo tem liberdade de escolha entre atitudes seguras ou inseguras e que a ocorrência de erros resultam de realizações mentais anómalas como a negligência, descuido, irreflexão, desmotivação, ou esquecimento (REASON, 2000). No paradigma sistémico há o reconhecimento de que errar é próprio do ser humano, que este são falíveis e consequentemente considera a probabilidade destes ocorrerem. Além de identificar o erro como uma consequência e não a causa, admite que os fatores que influenciam a segurança são de natureza sistémica e estão a montante do erro. Ao considerar que as limitações humanas não podem ser alteradas, elegem como foco de atuação as condições e processos de trabalho no sentido de os melhorar e assim evitar o erro (REASON, 2000). O estudo realizado com enfermeiros gestores de um hospital português evidencia que estes estão em processo de mudança de abordagem entre uma visão individual do erro e a visão sistémica do mesmo mas é reconhecida a dificuldade nessa mudança de atitude.(CORREIA; MARTINS; FORTE, 2017).

Além de conhecer a dinâmica do erro, para que seja possível perseguir os melhores níveis de segurança em saúde é inevitável que sejam implementadas nas organizações modelos de gestão, avaliação e monitorização que concorram para esse fim. Conhecida

a estreita relação entre segurança e qualidade, vários autores têm aplicado modelos de avaliação da qualidade no âmbito da segurança (SOUSA, 2006). William Deming apresentou um modelo de gestão de melhoria contínua da qualidade, o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act- Planear, Fazer, Verificar, Atuar), também conhecido por Ciclo de Deming (Fig. 2). Tal como a denominação do modelo expõe, inclui quatro etapas que se reproduzem de forma cíclica no sentido de repensar o desempenho organizacional de forma contínua (DEMING, 2000). A primeira etapa do processo é “Plan” (planear) envolve a colheita e o estudo de dados, definição de objetivos, planos de ação e processos para os atingir no respeito pela natureza da organização; a etapa seguinte é “Do” (fazer) compreende a execução das atividades e processos planeados previamente; a terceira etapa é “Check” (verificar) implica a avaliação e monitorização dos processos, sua eficácia e resultados considerando os objetivos, natureza e políticas organizativas intrínsecas (ANTÓNIO; TEIXEIRA, 2007). No âmbito da saúde, o INSTITUTE OF MEDICINE (2000), apontou os processos e condições organizacionais como umas das maiores causas da ocorrência de erros em saúde.

Fig. 2 - Ciclo de PDCA de Deming



Fonte: Adaptado de ANTÓNIO e TEIXEIRA (2007)

O alcance de cuidados de saúde mais seguros exige liderança global, esforços concertados e um compromisso de aprender com os erros e as experiências dos doentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Entre as estratégias identificadas para promover a segurança está a recomendação de centrar os cuidados na pessoa e envolver o próprio e a família no processo (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Desta forma, “ao colocar no centro o cliente e a sua família, obriga a reinventar o sistema de saúde (e a própria lógica de investigação) numa perspetiva cada vez mais baseada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde.” (SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010, p. 94). Esta recomendação está alicerçada no facto de o cliente e a família serem os únicos que estão presentes continuamente em todo o processo de prestação de cuidados e na noção de que, quando envolvidos e capacitados, podem ser fundamentais para cuidados de saúde seguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). São, por isso, fonte de informação

indispensável sobre falhas do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A centralidade dos cuidados no cliente e na família é uma abordagem para o planejamento, implementação e avaliação dos cuidados com a saúde, fundamentada em parcerias que se pretendem mutuamente benéficas entre clientes, familiares e profissionais de saúde. Essas parcerias, nos níveis clínico, estratégico e político, acredita-se que sejam essenciais para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A Parceria de Cuidados tem a sua gênese no cuidado pediátrico humanizado e centrado na família. O reconhecimento da necessidade da prestação de cuidados de enfermagem centrada na família, com um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança, foi concretizado por Anne Casey no desenvolvimento do Modelo de Parceria de Cuidados que pressupõe uma cooperação em parceria entre a família e as equipes de saúde no planejamento, execução e monitorização dos cuidados de saúde à criança (CASEY, 1995).

No âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem de adultos, Judith CHRISTENSEN (1993), desenvolveu o modelo da Parceria na Enfermagem, constituindo-se como a única teoria de Enfermagem que considera o cliente e o enfermeiro no mesmo plano de relevância no contexto dos cuidados (Watson, 1992 cit. por MARTINS, 2004). Nesta perspectiva a parceria de cuidados ocorre quando o enfermeiro proporciona cuidados diferenciados à pessoa que vive uma situação de saúde/doença e engloba três elementos fundamentais que se inter-relacionam: Passagem, Trabalho Mútuo e o Contexto (CHRISTENSEN, 1993).

A Passagem é o processo social de experiências de mudança significativa nas circunstâncias da pessoa. No contexto de cuidados de saúde, a pessoa embarca numa passagem caracterizada por trocas com o enfermeiro no sentido de otimizar o processo de saúde/doença como é o caso do internamento hospitalar. Nesta passagem a pessoa que passa pela experiência é o passageiro e o enfermeiro, que facilita e atua nesta passagem, é o agente. O enfermeiro quando atua como agente proporciona mudanças nas circunstâncias da pessoa com o objetivo final de que a passagem seja benéfica. Esta é caracterizada por uma forte dimensão temporal com curso bem definido do início ao fim. Inicia-se antes da admissão hospitalar, progride a partir da admissão onde a autora (CHRISTENSEN, 1993) descreve 3 fases que podem ocorrer em simultâneo numa progressão complexa e não linear: Entrada para a Parceria de Enfermagem, Negociação da Parceria e Regresso a Casa. A Entrada para a Parceria de Enfermagem é o período de transição caracterizado pelo afastamento do prévio e integração no atual. Na Negociação da Parceria há trabalho colaborativo entre o enfermeiro e o cliente para mitigar o impacto da hospitalização que termina com o fim da parceria e/ou o Regresso a Casa (CHRISTENSEN, 1993).

O Trabalho Mútuo representa o padrão de interação e de trabalho em parceria entre a pessoa e o enfermeiro para a evolução da pessoa e sucesso da passagem. O trabalho mútuo implica a conceção de que a pessoa tem um papel ativo e de envolvimento no processo. O modelo conceptualiza a relação como unidirecional porque o trabalho de

ambos é orientado para a situação da própria pessoa alvo de cuidados. A implementação fundamentada deste modelo teórico na prática clínica, permite numa primeira avaliação identificar os acontecimentos em determinado ponto de passagem, definir estratégias facilitadoras passagem. Esta colaboração além de se estabelecer com o cliente, também pode ser estabelecida com familiares ou pessoa significativa. Cada momento da parceria é designado por episódio e estes sucedem-se com complexidade crescente (CHRISTENSEN, 1993).

O último elemento deste modelo é o Contexto, este considera três determinantes contextuais que influenciam a natureza da parceria entre enfermeiro e pessoa: a Continuidade Episódica, a Intimidade Anónima e a Benevolência Mútua (CHRISTENSEN, 1993).

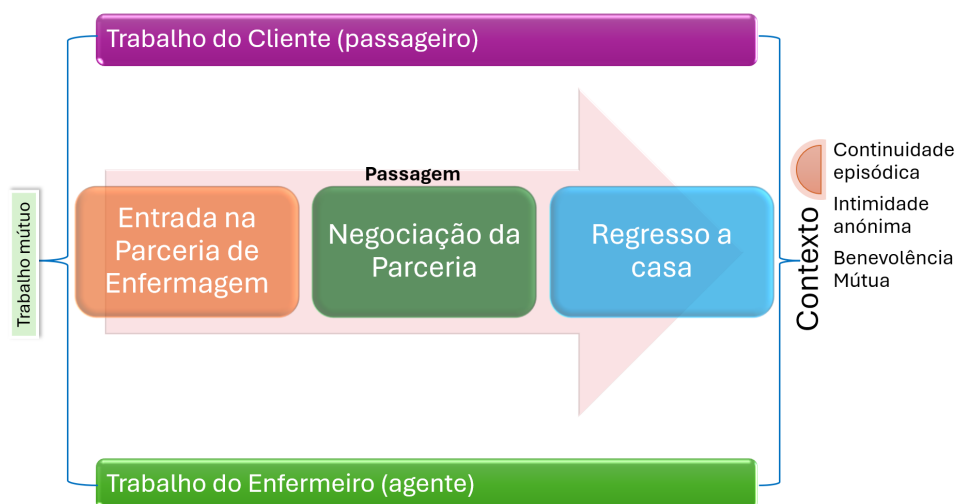
A Continuidade Episódica reconhece a enfermagem como um processo contínuo de cuidados com enfermeiros diferentes ao longo do tempo (CHRISTENSEN, 1993).

A Intimidade Anónima descreve que na relação entre cliente e enfermeiro, o último tem acesso à intimidade do cliente principalmente pela natureza da sua função. Por outro lado, há um conjunto de enfermeiros diferentes na prestação de cuidados ao mesmo utente pela rotatividade nas vinte e quatro horas nos sete dias da semana da equipa de enfermagem, o que, em certa medida, confere algum grau de anonimato a estes profissionais. Desta forma, é essencial que os enfermeiros trabalhem coordenadamente em equipa na tomada de decisão (CHRISTENSEN, 1993).

Por fim a Benevolência Mútua identifica a boa vontade na relação de parceria entre enfermeiro e pessoa durante a passagem. Os clientes consideram os enfermeiros como um recurso de suporte, apoio e ajuda, uma presença pelo que os enfermeiros valorizados e reconhecidos com gratidão. Para os enfermeiros a benevolência é a característica basilar numa profissão motivada pelo altruísmo em que as intervenções são fundamentadas em conhecimento e competências específicas que se operam com base na compaixão. Estes aspetos não se coadunam com uma relação de poder pelo que, nesta relação de parceria, a benevolência é mútua. (CHRISTENSEN, 1993).

Este modelo apresenta uma parceria de cuidados em enfermagem que se desenvolve em colaboração entre enfermeiro e pessoa/família ao longo de diferentes fases e em que cada fase cada um tem trabalho a desenvolver como contributo para a passagem efetiva da pessoa (Fig. 3)(CHRISTENSEN, 1993).

Fig. 3 Modelo da Parceria de Enfermagem



Fonte: Adaptado de CHRISTENSEN (1993)

Em suma, os modelos teóricos apresentados dão sustentabilidade para o desenvolvimento de práticas de gestão e de cuidados de saúde em meio hospitalar, em parceria com a família para a segurança do doente.

CONCLUSÃO

Para uma prática sustentada de cuidados hospitalares centrados na pessoa e família com vista a segurança do doente, é importante recorrer aos referenciais teóricos da área. Seleccionamos os referenciais que deram resposta aos eixos da gestão do risco, segurança do doente e cuidados à família em meio hospitalar. Aplicados de forma integrada, irão dar estrutura e fundamentação para boas práticas e investigação futura na área.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ANTÓNIO, N. S.; TEIXEIRA, A. **Gestão da qualidade : de Deming ao modelo de excelência da EFQM**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 978-972-618-447-8.
- BÉLANGER, L.; BUSSIÈRES, S.; RAINVILLE, F.; COULOMBE, M. *et al.* Hospital visiting policies – impacts on patients, families and staff: A review of the literature to inform decision making. **Journal of Hospital Administration**, 6, n. 6, p. 51-62, 2017.
- CASEY, A. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. **Journal of Advanced Nursing**, 22, p. 1058-1062, 1995.
- CHRISTENSEN, J. **Nursing Partnership: A Model for Nursing Practice**. Londres, Reino Unido: Churchill Livingstone, 1993. 0-443-04934-3.
- CORREIA, T.; MARTINS, M.; FORTE, E. Processos desenvolvidos por gestores de

enfermagem face ao erro. **Revista de Enfermagem Referência**, IV Série, n. 12, p. 75-84, 2017.

CORREIA, T. S. P. **Safety in Health Services: Management Processes**. 2017. 123 f. (Mestrado) - Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18945>.

DEMING, W. E. **Out of the Crisis - Reprint Edition**. Reprint ed. USA: The MIT Press, 2000. 9780262541152.

DIBAI, M. B. S.; CADE, N. V. Experience of patient's companion at a hospital institution **Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, 17, p. 86-90, 2009.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. DGS. Lisboa. 2011.

FERNANDES, C.; GOMES, J.; MARTINS, M.; GOMES, B. *et al.* A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. **Revista de Enfermagem Referência**, IV Série, n. 7, p. 21-30, 2015.

INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE. **Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals- How to Get Started**. Bethesda, MD, USA: Institute for Patient- and Family-Centered Care Janeiro 2017. 22 p.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Institute Of medicine. Washington, D.C., p. 312. 2000.

JHA, A. K.; LARIZGOITIA, I.; AUDERA-LOPEZ, C.; PRASOPA-PLAIZIER, N. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **British Medical Journal Quality & Safety** 22, n. 10, p. 809-815, Oct 2013.

MARTINS, M. M.; MARTINHO, M. J.; FERREIRA, M. R.; BARBIERI FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. *In*: NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA (Ed.). **Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010. p. 20-33.

MARTINS, M. M. F. P. d. S. **O adulto doente e a família uma parceria de cuidados** Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto Porto, p. 523. 2004.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human**. National Patient Safety Foundation. Boston, States United of America. 2015.

OLIVEIRA, P.; FERNANDES, H.; VILAR, A. I.; FIGUEIREDO, M. H. *et al.* Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo**, 45, p. 1331-1337, 2011.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal** 320, n. 7237, p. 768-770, Mar 18 2000.

REASON, J. T.; CARTHEY, J.; LEVAL, M. R. iagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to eVective risk management. **Quality in Health Care**, II, 10, p. ii21-

ii25, 2001.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SCHENK, E. C.; BRYANT, R. A.; VAN SON, C. R.; ODOM-MARYON, T. Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. **Journal of Nursing Care Quality** 34, n. 1, p. 73-79, Jan/Mar 2018.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level**. Organisation for Economic Co-operation and Development,. Paris, France: Março, p. 63. 2017.

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 10, p. 89-95, 2010.

SOUSA, P. J. S. Patient Safety, A Necessidade de uma Estratégia Nacional. . **Acta Médica Portuguesa** 19, n. Qualidade e Saúde, p. 309-318, 2006.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. **Summary of the evidence on patient safety:implications for research**. World Health Organization. Geneve, Switzerland. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety: Partnerships for Safer Health Care**. WHO. Geneve, Switzerland, p. 11. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: Making health care safer**. WHO. Geneve, Switzerland, p. 18. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: Global action on patient safety**. WHO. Geneve, Switzerland, p. 8. 2018.

INTERVENÇÃO GRUPAL NAS MULHERES COM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

Lídia Susana Mendes Moutinho¹;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-5076-0612>

Joana de Almeida Caçador Teixeira Carvalho Guerra²

Unidade de Alcoologia e Novas Dependências, Hospital Júlio de Matos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal; Centro Clínico Académico de Lisboa, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-3211-7038>

Ana Paula Santos Diegues³;

Unidade de Alcoologia e Novas Dependências, Hospital Júlio de Matos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal.

João José Rolo Longo⁴;

Instituto Politécnico da Lusofonia - Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (ERISA); Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR); Núcleo de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde (NICiTeS)

<https://orcid.org/0000-0001-7462-9790>

Claúdia Sofia Raminhos⁵;

Instituto Politécnico da Lusofonia - Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (ERISA); Núcleo de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde (NICiTeS)

Olga Maria Martins de Sousa Valentim⁶.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS&RISE), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

RESUMO: A Perturbação de Uso de Álcool (PUA) nas mulheres é um fenómeno que nas últimas décadas tem vindo a aumentar consideravelmente. Apesar da prevalência da PUA no sexo feminino ainda ser significativamente menor que nos homens, verifica-se que esta diferença se tem vindo a esbater. Tal alteração é já notória no crescente número de pessoas do sexo feminino que procura tratamento para a dependência alcoólica. Considerando as consequências físicas, psicológicas e sociais da dependência de álcool nas mulheres, bem como o aumento da procura dos cuidados de saúde e a escassez de intervenções dirigidas a esta população, foi implementada num serviço de tratamento ambulatorio de um hospital psiquiátrico de uma cidade portuguesa, uma Intervenção Grupal (IG) dirigida a mulheres com PUA. A sua dinamização semanal tinha como principal objetivo identificar as estratégias para

lidar com as consequências do consumo de álcool com vista à promoção e manutenção da abstinência. Método: Na procura da sustentação da pertinência da intervenção e tratamento das mulheres com PUA, foi desenvolvido um estudo qualitativo com recurso a 3 Focus Grupo (FG) que congregaram um total de 24 participantes. A análise de dados foi realizada através da metodologia de análise de conteúdo segundo Bardin. Resultados: Os resultados apontam para a importância da IG na manutenção da abstinência uma vez que contribui para a diminuição da ansiedade e do estigma associado ao consumo. A capacitação para a mudança, o sentir-se integrada no grupo e o aumento da literacia sobre a doença são aspetos major da IG. Conclusão: A IG para mulheres com PUA é uma abordagem essencial no tratamento e na manutenção da abstinência.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo. Mulheres. Tratamento.

GROUP INTERVENTION FOR WOMEN WITH ALCOHOL DEPENDENCY

ABSTRACT: Alcohol Use Disorder (AUD) in women is a phenomenon that has increased considerably in recent decades. Although the prevalence of PUA in females is still significantly lower than in men, it appears that this difference has been blurring. This change is already noticeable in the growing number of females seeking treatment for alcohol dependence. Considering the physical, psychological and social consequences of alcohol dependence in women, as well as the increased demand for healthcare and the scarcity of interventions aimed at this population, it was implemented in an outpatient treatment service of a psychiatric hospital in a Portuguese city, a Group Intervention (GI) aimed at women with AUD. The main objective of its weekly promotion was to identify strategies for dealing with the consequences of alcohol consumption with a view to promoting and maintaining abstinence. Method: To support the relevance of the intervention and treatment of women with PUA, a qualitative study was developed using 3 Focus Groups (FG) that brought together a total of 24 participants. Data analysis was carried out using the content analysis methodology according to Bardin. Results: The results point to the importance of GI in maintaining abstinence as it contributes to reducing anxiety and stigma associated with consumption. Empowerment for change, feeling integrated into the group and increasing literacy about the disease are major aspects of GI. Conclusion: GI for women with AUP is an essential approach in treating and maintaining abstinence.

KEY-WORDS: Alcoholism. Women. Treatment.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool a nível mundial é um dos principais problemas de saúde pública. Em 2020, cerca de 3 milhões de mortes foram atribuídas ao consumo de álcool. Destas, 7,7% reportam-se a indivíduos do sexo masculino e 2,6% do sexo feminino (World Health Organization [WHO], 2022). Apesar da maior prevalência de consumo nos indivíduos do sexo masculino, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a maior

vulnerabilidade feminina para esta substância, uma vez que se tem vindo a constatar um aumento dos consumidores do sexo feminino em paralelo com o desenvolvimento económico e com as mudanças de papéis habitualmente atribuídos a cada um dos sexos (WILSNACK, WILSNACK, KANTOR, 2013; WHO, 2022).

Em Portugal, nos últimos anos, constata-se um aumento da população abstinentes do consumo de bebidas alcoólicas entre os 15-74 anos, no entanto, verificou-se a diminuição da idade média dos consumos, o aumento do consumo recente e atual de álcool, embriaguez severa, consumos de riscos e dependência. Este agravamento registou-se em ambos os sexos, na maior parte dos grupos etários, com o consumo de risco elevado nos 15-24 anos e 25-34, e a dependência nos intervalos 35-44 anos e 45-54 anos (SERVIÇO INTERVENÇÃO COMPORTAMENTOS ADITIVOS [SICAD], 2023). O mesmo autor realça que o número de pessoas que iniciam tratamento tem vindo a aumentar assistindo-se, em 2023, ao valor mais alto dos últimos 10 anos (SICAD, 2023) tal alteração, é já notória, e começa a ter expressão significativa no aumento do número de pessoas do sexo feminino que procura tratamento para a PUA. (TEIXEIRA, FERREIRA, MOUTINHO, 2023).

As últimas décadas, em Portugal, têm sido palco de inúmeras alterações sociais no que se refere ao papel da mulher. É disso exemplo o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho bem como a frequentar o ensino superior, a adopção de estilos de diversão juvenil idênticos em ambos os sexos e o maior número de factores de stress na vida adulta, como consequência do acumular de papéis de mulher e de mãe (COMISSÃO PARA A CIDADANIA E A IGUALDADE DE GÉNERO [CIG], 2022).

A literatura aponta inúmeras dissemelhanças entre consumos de álcool nos homens e mulheres, designadamente: fisiológicas, sociais e psicológicas. No que se refere às consequências fisiológicas, a OMS (2018), alerta para a maior vulnerabilidade feminina para esta substância, referindo-se à mesma como o efeito telescópio, ou seja, comparativamente aos homens, as mulheres apresentam um período de tempo mais curto entre o início do consumo de álcool e a dependência do mesmo (FOSTER, HICKS, DURBIN, IACONO, MCGUE, 2018).

Relativamente às repercussões sociais e psicológicas do consumo de álcool no sexo feminino, a literatura salienta também a existência de algumas peculiaridades. A reprovação social de que é alvo (NÓBREGA, OLIVEIRA, 2005), suscita muitas vezes uma culpa mais intensa com um maior risco para a depressão. Por outro lado, a dificuldade no cumprimento dos diferentes papéis sociais que são atribuídos às mulheres e em alguns casos a negligência do papel parental contribuem para o agravamento do consumo de álcool e consequentemente para a dependência, parecendo existir o efeito telescópio social (MOUTINHO, 2018). Acerca das ressonâncias psicológicas, a literatura refere que as mulheres associam o seu alcoolismo a perturbações de humor, registando-se também maior frequência de policonsumos de produtos psicotrópicos e, também, a dependência de benzodiazepinas (KIRITZÉ-TOPOR, BÉNARD, 2007).

Tendo em consideração as consequências físicas, psicológicas e sociais referidas, o aumento da procura de mulheres com PUA dos serviços de saúde bem como a parca oferta de intervenções dirigidas a esta população, foi implementada, numa unidade de tratamento ambulatorio para PUA numa cidade portuguesa, uma IG. direcionada a mulheres com PUA. Esta tem como objectivo identificar estratégias para lidar com as consequências do consumo de álcool com vista à promoção e manutenção da abstinência.

Esta intervenção destinada a grupos que podem ir até 15 mulheres com PUA, está a ser desenvolvida desde 2017, tendo emergido a necessidade de avaliar a sua efetividade bem como o significado da inclusão num grupo terapêutico. Mais especificamente, neste recorte do estudo, pretende-se avaliar a forma como as participantes vivenciam o grupo. Assim, a presente investigação foi norteadada pela pergunta de investigação “Qual o significado da IG, para mulheres com PUA em tratamento ambulatorio?”

METODOLOGIA

Foi escolhida uma abordagem qualitativa descritiva, que envolveu Grupos Focais (LONGO, FERNANDES, 2014). Foram realizados três Focus Group (FG), com um total de 24 pessoas (8 participantes em cada grupo focal) em tratamento ambulatorio num hospital psiquiatrico de uma cidade portuguesa.

As participantes foram selecionados utilizando um procedimento de amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão são os seguintes: (1) mulheres com ≥ 18 anos; (2) comunicarem em português; e (3) concordam em participar neste estudo; (4) pessoas que frequentam o grupo há pelo menos 6 meses. As sessões de FG tiveram lugar durante o mês de janeiro 2023, presencialmente, na sala onde é dinamizado semanalmente a IG com a duração aproximada de 60 minutos. Antes de cada FG, as participantes preencheram um pequeno questionário com algumas variáveis sociodemográficas bem como um formulário de consentimento informado declarando que conheciam os objetivos do estudo e que aceitavam participar no mesmo voluntariamente. As sessões de FG foram gravadas e depois transcritas dando origem ao *corpus* de análise. O momento de interação no FG foi realizada com um grupo de perguntas (Quadro 1) e as participantes foram encorajados a dar a sua opinião.

Quadro 1 – Questões do Focus Grupo

1. O que significa para si este grupo?
2. O que tem aprendido com a vinda ao grupo?
3. Qual a importância dos técnicos no grupo ?
4. Há mais alguma coisa importante que queiram dizer?

O estudo foi conduzido no seguimento da Declaração de Helsínquia e aprovado pela Comissão de ética do Centro Hospitalar Psiquiatrico de Lisboa (código de protocolo P08-2018, aprovado a 21 de dezembro de 2018).

Após constituição do corpus de análise, o tratamento dos dados realizou-se através da aplicação da técnica de Bardin (2013).

Numa primeira fase realizou-se a leitura fluente da transcrição dos FG. Nas leituras seguintes e sistematicamente procedemos a “uma microanálise, referida como “uma análise linha-a-linha” por Strauss e Corbin (1998, p 57), identificando e codificando, linha a linha, as frases que geram códigos e posteriores categorias e subcategorias. Estas frases correspondem ao que Bardin (2013) designa como unidades de registo. Para este autor a unidade de registo é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base visando a categorização. Após a identificação das “unidades de registo” foi realizada a codificação aberta. No interior de cada tema foi efetuada a comparação das unidades de registo. Por semelhança ou diferença procedemos ao reagrupamento das mesmas obtendo categorias e subcategorias. Para controlo do processo verificou-se se estas eram mutuamente exclusivas, pertinentes e cobriam a totalidade da informação recolhida fazendo reajustes quando tal não se verificava (SOUZA, FERRITO, 2022).

A revisão dos temas foi confirmada pela revisão de todos os códigos e do conjunto de dados. A codificação envolveu dois (co)investigadores: o investigador principal (L.M.) codificou todas as transcrições, que foram depois codificadas independentemente por um co-pesquisador com formação científica e competência em processamento de dados. Quando surgiram diferenças ou desacordos durante a codificação, os codificadores refletiram até se chegar a um consenso. Um quarto investigador (O.V.) foi consultado para chegar a uma decisão final.

Os FG foram planeadas e conduzidas pela equipa de investigação constituída pelo investigador principal e pelos co-pesquisadores com conhecimentos sobre PUA. O investigador principal foi eficaz na condução de conversas envolventes com as participantes. Facilitou conhecer as participantes e ter uma relação empática e assertiva. Demonstrou neutralidade, sem juízos de valor, dando algum tempo às participantes para exporem as suas opiniões.

As conclusões foram revistas por co-autores (triangulação de investigadores) e resultaram na revisão de nomes de temas e subtema para legitimamente captar a essência das conclusões.

A equipa de investigação era constituída por duas enfermeiras especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, uma psiquiatra e uma psicóloga.

O investigador principal (Phd) e uma co-investigadora têm experiência anterior de investigação e estavam familiarizados com o grupo. Um dos co-investigadores foi o secretário das sessões da FG. As participantes foram informadas sobre os objectivos da investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra é constituída por 24 participantes do sexo feminino com uma média de idades de 43,16, Dp =14,50.

Tabela 1- Características Sociodemográficas da amostra (N=24)

Focus Group (FG)		FG1	FG2	FG3
Nacionalidade	Portuguese	6	6	7
	Outra	2	2	1
Ter filhos	Sim	6	4	5
	Não	2	4	3
Tempo de abstinência	> 6 months	4	5	6
	< 6 months	4	3	2
Tempo de tratamento	>12 months	6	4	5
	< 12 months	2	4	3
Situação Laboral	Empregada	4	2	3
	Desempregada	4	6	5
Estado Civil	Solteira	4	3	4
	Casada/União fato	2	2	2
	Divorciada	2	3	2

As participantes estão maioritariamente desempregadas e vivem sós o que é concordante com outras investigações realizadas nesta população (SANTOS *et al*, 2019; EBLING, *et al*, 2019). Estes dados vêm realçar a vulnerabilidade das participantes pela falta de rendimento e apontam para a fragilidade dos laços familiares. Assim no tratamento das mulheres PUA é importante ter em consideração necessidades sociais e a reintegração social de forma singularizada (POWELSON *et al.*, 2014).

Este estudo tinha como objetivo identificar a importância da IG no tratamento das mulheres com PUA. Do processo de análise dos FG foi identificado um tema, quatro categorias e cinco subcategorias.

Quadro 2- Temas, categorias e sub-categorias do FG

Significado do grupo	Informação sobre doença	Dependência alcoólica
		Estratégias para manter abstinência
	Sentimento de pertença	Companheirismo
		Apoio
	Capacitar para a mudança	
	Diminuição do Estigma	
	Diminuição da Ansiedade	

No que se refere ao significado da IG, as mulheres com PUA falam da importância que o grupo teve na aquisição de **informação sobre a doença (dependência alcoólica)**: “*novos conhecimentos (...) sobre a bebida*”(FG1; E5), “*aprendo muito (...) em especial sobre o mal que me fazia beber*” (FG3; E5). A aquisição de conhecimentos sobre as consequências do uso de álcool potencia a tomada de decisões com vista à manutenção da abstinência uma vez que a informação sobre os seus problemas de saúde irá permitir a tomada de decisões mais consciente sobre os seus comportamentos (PRIEBE, WIKLUND,

GUSTIN, FREDRIKSSON, 2018).

Após a interrupção da ingestão de bebidas alcoólicas é importante manter a abstinência. No dia a dia de cada uma das participantes acontecem inúmeras situações em que surge a vontade de consumir, pelo que é importante a aquisição de estratégias que vizem a manutenção da abstinência. A IG é apontada como uma abordagem de tratamento onde é possível aprender **estratégias para manter a abstinência**: “*aqui dão pistas para nos orientarmos*” (FG2; E2), “*Aprendo com novas situações*” (FG2; E6), “*Ajuda-me a manter as escolhas certas que vou definindo*” (FG3; E5). Carvalho, Malagris, Rangé, (2019), dizem que ajudar a lidar com problemas e emoções desagradáveis, bem como, aprender estratégias para enfrentar os problemas sem a substância, são técnicas importantes no tratamento da PUA. Além da aquisição de conhecimentos e de estratégias para manter a abstinência, é fundamental que as mulheres com PUA estejam capacitadas para as mudanças que deverão realizar nas suas vidas.

Esta capacitação é uma construção que é feita à medida que as mulheres se tornam mais autónomas e transformam a sua realidade em meio da aprendizagem (KANAN, 2015).

A IG é referida como tendo um papel crucial na **capacitação para a mudança**: “*pensar nas coisas que posso mudar*” (FG1; E2), “*aqui penso em fazer coisas...*” (FG2; E3), “*sinto-me mais confiante (...) acredito que vou conseguir*” (FG3; E3). Através da participação da IG, as mulheres olham para a sua realidade e para a de outras que vivenciam os mesmos problemas o que pode potenciar a aprendizagem. Realça-se que a capacitação também pode ser o resultado da autonomia que vão adquirindo, da atuação na tomada de decisões e na transformação da realidade (MARINHO, GONÇALVES, 2016).

Para a manutenção da abstinência é importante que cada mulher consiga lidar com situações e/ou estados emocionais que a deixam mais vulnerável ao consumo. Por outro lado, a estigmatização e a ansiedade são muitas vezes referidas como fatores de risco para a ingestão de bebidas alcoólicas (LIMBERGER, SCHNEIDER, ANDRETTA, 2015; SILVA, PEREIRA, PENNA, 2018).

A IG para mulheres com PUA é também apontada como uma estratégia importante para a **diminuição do estigma**: “*A partilha faz sentir que não somos diabos*” (FG1; E7), “*Sensação de que há outras como eu...*” (FG2; E5). **A diminuição da ansiedade** é outro aspeto apontado pelas participantes: “*Sinto-me relaxada quando vou para casa depois do grupo...*” (FG1; E1), “*aqui estou descontraída*” (FG2; E4), “*Fico mais tranquila (...) aqui e quando vou embora*” (FG3; E1).

O sentimento de pertença é outro dos aspetos referidos pelas participantes: “*gosto de ser acarinhada*” (FG1; E3), “*amizade...aqui sinto que tenho amigas*” (FG2; E7), “*a coesão que sinto aqui é muito importante para mim*” (FG3; E1), “*Apoio (...) levo daqui apoio*” (FG3; E8), “*Entra-se mas não se sai*” (FG2; E8), “*Convívio é muito importante*” (FG1; E3), “*sinto-me aconchegada*” (FG2; E4). Segundo Azevedo (2011), os grupos terapêuticos são uma ferramenta importante de ressocialização na medida em que é proposto o agir e o

pensar coletivos, analisados por uma lógica própria de acordo com a capacidade de cada sujeito. A possibilidade de socializar é referida pelos participantes “*aqui posso socializar um bocadinho*”(FG2; E4).

Tendo em consideração tudo o que foi referido parece fundamental a inclusão da IG no tratamento às pessoas com PUA. A utilização de grupos terapêuticos é referenciada pela literatura pela sua importância na promoção do papel de cada um no seu próprio tratamento (BISEUL, ICICK, SEGUIN, BELLIVIER, SCOTT, 2017; MACIEL, LEAL, 2022). O grupo oferece um espaço estruturado para a partilha das experiências individuais sobre o processo de doença (MEZZICH *et al.*, 2017). Partilhar as suas experiências e ouvir as dos outros proporciona uma troca que permite reflexões sobre a gravidade do problema pessoal e da sua própria condição (MACIEL, LEAL, 2022). Estes autores salientam ainda que a oportunidade de conhecer pessoas que enfrentam problemas semelhantes tem um papel central para a aprendizagem de estratégias para os ultrapassar.

CONCLUSÃO

A IG dirigida a mulheres com PUA mostrou ser uma abordagem com impacto positivo no tratamento. O presente estudo contribui para a sensibilização dos profissionais de saúde em prática clínica para a importância da abordagem em função do género. No ensino dos profissionais de saúde e especificamente de enfermagem deve ser realizada a sensibilização para a importância das especificidades do consumo de álcool pelo sexo feminino. Na investigação deverão ser realizados mais estudos, com amostras mais alargadas, que permitam uma melhor não apenas a caracterização mulheres com PUA mas, sobretudo, as intervenções a elas dirigidas.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Dulcian Medeiros. **Oficinas Terapêuticas como Instrumento de Reabilitação Psicossocial: Percepção de Familiares**. Escola Anna Nery (impr.), v.15, n. 2, p. 339-345, abr. - jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017>. Acedido em 7 de fev de 2024.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições 70. Lisboa. 2013.
- BISEUL, Isabelle, ICICK, Romain, SEGUIN, Perrine, BELLIVIER, Frank, SCOTT, Jan. Feasibility and Acceptability of the ‘HABIT’ Group Programme for Comorbid Bipolar and Alcohol and Substance use Disorders. **Clinical psychology & psychotherapy**, 24(4), 887-898. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cpp.2053>. Acedido em 13 de fev 2024.
- CARVALHO, Regine, MALAGRIS, Lucia, RANGÉ, Bernard. (org.). **Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2019.

COMISSÃO PARA A CIDADANIA E A IGUALDADE DE GÉNERO. **Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico 2022**. Lisboa, 2022.

EBLING, Sandra Beatris Diniz et al . O consumo abusivo de álcool entre mulheres rurais e suas relações familiares. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 24, n. 2, p. 120-131, dez. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acedido em 13 fev. 2024.

FOSTER, Katherine, HICKS, Brian, DURBIN, Emily, IACONO, William. G., , MCGUE, Matt. The gender risk-severity paradox for alcohol use disorder from adolescence through young adulthood. **Emerging adulthood**, 6(6), 375-386. EUA, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2167696817740453>. Acesso em 15 fev 2024.

KANAAN, Hanen. **Quando eu saí de casa: Inventário das políticas públicas e práticas educativas emancipatórias do Programa Mulheres Mil**. Dissertação de mestrado. Santa Catarina, Brasil: Universidade da Região de Joinviller. 2015.

KIRITZÉ-TOPOR, Paul & BÉNARD, Jean-Yves. **Alcoologia- Guia Prático de Medicina**. Climepsi Editores. Loures, 2007.

LIMBERGER, Jéssica, SCHNEIDER, Jaluza , ANDRETTA, Ilana. Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos. **Psicologia em Pesquisa**, 9(2), 13-147. 2015 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n2/v9n2a04.pdf>. Acedido a 12 de fev de 2024.

LONGO, João, FERNANDES, Maria. Focus-Group e processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem: Uma revisão sistemática da literatura. **Biomedical and Biopharmaceutical Research**, 1 (11), pp. 11-21. 2014. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/5497>. Acedido 10 de fev de 2024.

MACIEL, Carla, LEAL, Erotildes. Grupos de medicação e experiência do adoecimento: compartilhamento de narrativas no contexto da atenção psicossocial. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, 32(3), e320317. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320317>. Acedido em 5 de fev de 2024.

MARINHO, Paloma , GONÇALVES, Hebe. Práticas de empoderamento feminino na América Latina. **Revista de Estudios Sociales**, 56, 80-90. 2016. Disponível em: doi:10.7440/res56.2016.06. Acedido em 10 fev 2024.

MOUTINHO, Lídia. **Consumo de álcool: da experimentação precoce ao consumo de risco. Tese doutoramento**. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal, 2018.

NÓBREGA, Maria, OLIVEIRA, Eleonora. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista Saúde Pública**, 39 (5), 816-23. 2005. Disponível em: doi: S0034-89102005000500018. Acedido em 3 de fev de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018.

POWELSON, Elisabeth, LORVICK, Jennifer, LUTNICK, Alexandra, WENGER, Lynn, KLAUSNER, Jeffery, KRAL, Alex. Unmet Healthcare Need Among Women Who Use Methamphetamine in San Francisco. **Substance use & misuse**, 49, 243-252. 2014.

Disponível em: <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.825>. Acedido a 13 fev 2024.

PRIEBE, Åsa, WIKLUND GUSTIN, Lena, & FREDRIKSSON, Lennart. A sanctuary of safety: A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations. **International journal of mental health nursing**, 27(2), 856-865. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12374>. Acedido em 10 de fev 2024.

SANTOS, Jessica, PERRUCCI, Ludmila, PEGORARO, Natália, SCHERER, Zeyne, SOUZA Jacqueline, SANTOS Manoel, PILLON, Sandra. Use of psychoactive substances in women in outpatient treatment. **Rev Bras Enferm**. 72(Suppl 3):178-83. 2019. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0399>. Acedido a 10 fev de 2024.

SERVIÇO INTERVENÇÃO COMPORTAMENTOS ADITIVOS. **Relatório anual 2022. A Situação do País em Matéria de Álcool**. Serviço intervenção comportamentos aditivos. Lisboa. 2023. Disponível em https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/193/RelatorioAnual_2022_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcoolpdf.pdf. Acedido em 2 de fev de 2024.

SILVA, Érika, PEREIRA, Adriana, PENNA, Lúcia. Estereótipos de género no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cadernos de saúde pública**. 34 (5); 1-10. 2018. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00110317. Acedido a 11 de fev de 2024.

SOUSA, Patrícia, FERRITO, Cândida. Metodologia Qualitativa aplicada à investigação em cuidado de saúde. In C. Sequeira & M. Néné. **Investigação em Enfermagem**. p .71-96. Lidel. Lisboa. 2022.

STRAUSS, Anselm, CORBIN, Juliet. **Basics of qualitative Research: Techniques and Procedures for developing Grounded Theory**. SAGE Publications. U.S.A. 1998.

TEIXEIRA, Joana, FERREIRA, Sónia, MOUTINHO, Lúcia. Reabilitação em ambulatório de mulheres com Perturbações do Uso de álcool: evolução dos últimos 12 anos. **Revista Portuguesa de Alcoologia**, Suplemento 4, (2), Lisboa, p 42, 2023.

WILSNACK, Sharon, WILSNACK, Richard, KANTOR, Lori. Focus on: Women and the costs of alcohol use. **Alcohol Research: Current Reviews**, 35(2), 219–228. EUA, 2013. Acesso em 12 de Fev 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **European health report 2021**. Geneva: World Health Organization. 2022. Acedido em 14 de fev 2024.

APOIAR AS FAMÍLIAS E A PARENTALIDADE: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues¹;

Escola Superior de Enfermaagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal

<https://www.cienciavitae.pt/portal/B01C-556E-DC27>

<https://orcid.org/0000-0002-9323-9410>

Ana Isabel dos Santos Pastorinho²;

Hospital Dona Estefânia (HDE - ULS São José), Lisboa, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-7720-638X>

Joana Alexandra Moreno Castilho³;

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal; Hospital Santa Maria (HSM), Lisboa, Portugal

<https://orcid.org/0000-0003-0991-088X>

Sílvia Alexandra Vinagre da Luz⁴.

Escola Superior de Enfermaagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-5794-7834>

RESUMO: O exercício da parentalidade, além de ser gratificante, também pode ser desafiador e complexo, sobretudo em circunstâncias sociais, económicas ou pessoais de maior vulnerabilidade. Dados da Organização Mundial da Saúde [OMS|WHO] (2020) revelam que, aproximadamente, três em cada quatro crianças, entre 2 e 4 anos, são regularmente expostas a castigos corporais e/ou violência psicológica por parte dos seus pais e cuidadores. Esta realidade compromete, assim, a saúde das crianças e impossibilita-as de alcançar todo o seu potencial de desenvolvimento, com impacto intergeracional e grande custo financeiro. A presente revisão da literatura revela que a intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, com enfoque no apoio às famílias e à parentalidade, entre outra documentação, encontra sustentação na Convenção dos Direitos da Criança, nas recomendações europeias, nomeadamente na Recomendação (2006)¹⁹ do Conselho da Europa e no conjunto de estratégias INSPIRE (OMS, 2018; WHO, 2018). Na estratégia INSPIRE, com enfoque no apoio aos pais, às mães e aos cuidadores, é reconhecida a importância da disciplina positiva e da educação não violenta, assente na comunicação eficaz, na vinculação, em interações afetivas e positivas, na promoção do desenvolvimento infantil e na redução do uso de práticas parentais severas (OMS, 2018; WHO, 2018). Os enfermeiros, através da relação que estabelecem com as crianças e suas famílias, nos diversos contextos, ancorados em conhecimentos especializados e

competências, ocupam uma posição única e privilegiada no apoio às famílias e à parentalidade e concomitantemente na prevenção e no combate à violência contra crianças. Ao apoiarem famílias e a parentalidade, através de uma prática suportada em evidência, os enfermeiros contribuem para o desenvolvimento de gerações futuras mais saudáveis e resilientes, o que se traduz numa oportunidade única e necessária para apoiar um crescimento sustentável, regenerativo e inclusivo da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Parentalidade. Violência Infantil. Enfermagem Pediátrica.

PARENT AND CAREGIVER SUPPORT: NURSING INTERVENTION IN THE PREVENTION OF VIOLENCE AGAINST CHILDREN

ABSTRACT: Exercising parenthood, while rewarding, can also be challenging and complex, especially under social, economic, or personal circumstances of greater vulnerability. Data from the World Health Organization [WHO] (2020) reveals that nearly three in every four children, aged 2 to 4 years, are regularly subjected to corporal punishment and/or psychological violence by their parents and caregivers. This reality, therefore, compromises the health of children and prevents them from reaching their full developmental potential, with intergenerational impact and significant financial cost. The present literature review reveals that the intervention of health professionals, particularly nurses, with a focus on supporting families and parenthood, among other documentation, is supported by the Convention on the Rights of the Child, European recommendations, namely Recommendation (2006)19 of the Council of Europe, and the INSPIRE set of strategies (WHO, 2018). In the INSPIRE strategy, with a focus on supporting parents, mothers, and caregivers, the importance of positive discipline and non-violent education is recognized, based on effective communication, attachment, affectionate and positive interactions, the promotion of child development, and the reduction of the use of harsh parenting practices (WHO, 2018). Nurses, through the relationships they establish with children and their families, in various contexts, anchored in specialized knowledge and skills, occupy a unique and privileged position in supporting families and parenthood and concurrently in the prevention and combat of violence against children. By supporting families and parenthood, through evidence-based practice, nurses contribute to the development of healthier and more resilient future generations, which translates into a unique and necessary opportunity to support a sustainable, regenerative, and inclusive growth of society.

KEY-WORDS: Parenting. Child Abuse. Pediatric Nursing.

INTRODUÇÃO

O exercício da parentalidade é exigente e complexo, sendo crucial para assegurar a sobrevivência, segurança, crescimento e desenvolvimento da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2015; MERCER, 2004). No entanto, dados da OMS (2020) revelam uma realidade preocupante, indicando que aproximadamente três em cada quatro crianças

entre 2 e 4 anos são regularmente expostas a castigos corporais e/ou violência psicológica por parte dos seus pais e cuidadores.

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE [DGS], 2013) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019) sublinham a suscetibilidade das crianças a vivenciar situações de risco ou maus tratos, requerendo atenção redobrada por parte dos serviços e profissionais de saúde e o desenvolvimento de estratégias específicas. A literatura descreve a violência contra crianças como um problema global de saúde pública, evidenciando a sua prevalência, o seu caráter multifatorial e as suas consequências intergeracionais (DURMAZ et al., 2022; MAIER et al., 2022; OMS, 2018). A OMS (2018) acrescenta que as práticas parentais inadequadas se evidenciam como um fator de risco para a violência contra crianças, reforçando que a parentalidade positiva e a educação não violenta são fundamentais para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo das crianças, especialmente em populações vulneráveis (WHO, 2022; OMS, 2018). Nesse âmbito, também se enquadra a Recomendação 19 do Conselho da Europa que enfatiza o apoio à parentalidade positiva (COUNCIL OF EUROPE, 2006). Mais recentemente, em Portugal, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020 focaliza não somente a importância do apoio às famílias, como também a prevenção e combate à violência contra crianças e jovens, enquanto prioridades de atuação (PORTUGAL, 2020).

Neste contexto, entende-se a necessidade de implementar uma estratégia global que vise apoiar os pais e os cuidadores na compreensão “da importância da disciplina positiva e não violenta, bem como da comunicação próxima e eficaz” (OMS, 2018, p.49). Através deste apoio pretende-se a redução de castigos físicos ou humilhantes e a criação de relações positivas entre pais, cuidadores e filhos, cujo impacto será sentido na redução dos casos de violência contra crianças, o que concorrerá para o cumprimento das metas 1.3, 3.2 e 4.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OMS, 2018).

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, assumem uma posição e intervenção privilegiada no apoio às famílias e à parentalidade e na prevenção e combate à violência contra crianças (DURMAZ et al., 2022; KIMBER et al., 2021; WALSH et al., 2022), com impacto no desenvolvimento e bem-estar de crianças, pais e cuidadores (HORNOR, 2022). LOPES et al. (2010) sublinham a responsabilidade dos enfermeiros em fornecer apoio direcionado aos pais, promovendo o comportamento parental positivo e ampliando o conhecimento sobre temas relacionados com o bem-estar infantil.

Na convergência do exposto, surge a presente revisão da literatura que tem como objetivo sintetizar e analisar a produção científica e as publicações de organizações governamentais e internacionais de referência, sobre a intervenção de enfermagem no apoio às famílias e à parentalidade e inerentemente na prevenção e combate à violência contra crianças.

REFERENCIAL TEÓRICO

A facilitação dos processos de **transição** constitui-se como um foco de atenção da

disciplina de enfermagem (MELEIS, 2010; MELEIS et al., 2000), em que o cuidar emerge como um processo que facilita as transições bem sucedidas (MELEIS, 2010). Afaf Meleis ao desenvolver a teoria das transições, enquadra a intervenção de enfermagem como facilitadora dos processos de transição, com vista à promoção do bem-estar (MELEIS; TRANGENSTEIN, 1994).

Parentalidade enquanto transição, exige a operacionalização de um cuidado humano profissional (GUARDA-RODRIGUES; REBELO-BOTELHO, 2021; RODRIGUES; REBELO-BOTELHO, 2020). Assim, a enfermagem, tendo como enfoque a facilitação das transições, surge numa posição privilegiada no acompanhamento dos diferentes intervenientes implicados neste momento do ciclo vital, ajudando-os a ultrapassar esta transição de forma bem-sucedida (RODRIGUES; REBELO-BOTELHO, 2020; RODRIGUES; VELEZ, 2018).

O INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2019) através da *International Classification For Nursing Practice*, considera a “Adaptação à Parentalidade” e a “**Parentalidade**” como focos de atenção com relevância para a intervenção de enfermagem, definindo a Parentalidade como: “Tomar Conta: Assumindo as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos que otimizem o crescimento e desenvolvimento das crianças; e a interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

Por sua vez, o conceito de parentalidade alicerça-se no conceito de família, que de acordo com FIGUEIREDO (2013), é definida como a “unidade básica da construção emocional do ser humano, transformando-o num ser relacional e social” (p.2).

O nascimento de uma criança é, habitualmente, concebido como uma experiência gratificante para os pais, no entanto, devido às inúmeras mudanças e desafios que integra (a nível individual e para a família), é vivenciado como um evento marcante e extremamente importante, para os pais, exigindo a sua adaptação (SCHWAB, 2024). Por conseguinte, muitas famílias sentem-se assoberbadas ao serem confrontadas com a complexidade associada ao exercício da sua parentalidade, enfrentando múltiplas dificuldades e necessitando de apoio diferenciado e de informação adequada às suas necessidades (FARGION, 2023).

Face ao exposto, urge a necessidade de profissionais competentes, qualificados e conscientes das suas responsabilidades, no âmbito da promoção da parentalidade e do apoio às famílias, implementarem estratégias que contribuam para a sua educação, mediante o fornecimento de orientações e apoio e através da transmissão de conhecimentos e estratégias (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2019), com o intuito de melhorar a sua compreensão relativamente ao estágio de desenvolvimento da criança e do seu potencial de desenvolvimento, mas também para exercerem eficazmente a sua parentalidade numa perspetiva positiva, ao adequar, por exemplo, a sua estratégia educacional de forma consciente, informada e segura (FARGION, 2023; LOPES et al., 2010).

Nesta linha de pensamento, em 2019, o INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES apresenta como foco “Parentalidade Efetiva” (Effective Parenting), tendo como construto subjacente (*Knowledge Name*) o conceito de parentalidade positiva (*Positive Parenting*). De acordo com o COUNCIL OF EUROPE (2006) o conceito de parentalidade positiva refere-se ao comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, traduzindo-se na adoção de comportamentos que estimulam, capacitam e fornecem conhecimentos e orientações à criança, nomeadamente no estabelecimento de limites, com vista a permitir o desenvolvimento da mesma através de práticas não violentas.

Assim, com vista à **educação da criança**, as **estratégias disciplinares** utilizadas pelos pais devem ser aplicadas pela positiva através do elogio, da recompensa, do apoio e do incentivo ao bom comportamento através do reforço positivo (WHO, 2018). No entanto, aquando de um mau comportamento, ou um comportamento não desejado, realizado pela criança, os pais devem utilizar estratégias que denotem consideração pelo estágio de desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, recorrendo, por exemplo, ao *time-out* e evitando os castigos corporais (WHO, 2018). Em suma, as estratégias disciplinares devem promover a aprendizagem através do exemplo de comportamentos; favorecer a expressão de sentimentos; assentar no diálogo entre os pais e criança; reforçar sentimentos positivos e de valorização da criança após esta ser disciplinada traduzindo-se em fatores de proteção contra a violência física e sexual (HORNOR et al., 2020; OMS, 2018; WOLRAICH et al., 1998).

De acordo com Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) da OE (2015) a “parentalidade desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança” (p.16). Nesta linha de pensamento, a valorização dos **cuidados antecipatórios** emerge enquanto fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente, através da promoção do acesso aos pais e outros cuidadores dos conhecimentos necessários para o melhor desempenho, fortalecendo fatores protetores e evitando os fatores de risco (DGS, 2013).

Não obstante, o apoio nesta transição, requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva (MERCER, 2004). Ou seja, concretizado através do incremento da autoestima, do respeito pelas crenças culturais, da promoção da interação com a criança, do incentivo à expressão das expectativas, da motivação para a aprendizagem de capacidades, do entendimento das relações conjugais e do funcionamento da família (MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA, 2015).

Face ao exposto, é compreensível como o apoio à família, à parentalidade e à capacitação parental se constituem como uma estratégia preventiva para a promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem, em consonância com o patente na Convenção dos Direitos da Criança (COMISSÃO NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS, 2021; OMS, 2018), e que, claramente, se

enquadra na área de intervenção da disciplina e profissão de enfermagem.

A Recomendação 19 (2006) emanada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa considerando que a família é a unidade primária da sociedade, corporizou o reconhecimento imprescindível da família no desenvolvimento das crianças e despoletou a consciencialização para a necessidade de apoio ao desempenho da parentalidade, estabelecendo orientações para os serviços e para os profissionais envolvidos na intervenção com pais e com famílias. Um dos principais objetivos das orientações fornecidas pela Recomendação 19 (2006) tem enfoque no desenvolvimento harmonioso da criança assegurando os seus direitos e garantindo a sua dignidade, como preconizado pela Convenção dos Direitos da Criança (CDC). Por conseguinte, estas orientações priorizam intervenções que visam eliminar todas as formas de violência contra crianças (COUNCIL OF EUROPE, 2006).

A **violência contra crianças**, especificamente na área dos maus tratos infantis, é uma preocupação de saúde pública que atingiu proporções epidémicas. Estima-se que globalmente até 1 bilhão de crianças estão sujeitas à violência a cada ano (OMS, 2018). A violência contra crianças acontece em todos os países e contextos - em casa, na escola, *online*, nas comunidades e nos sistemas de assistência e justiça (OMS, 2018).

Violência é definida por KRUG et al. (2002) como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (p.5). Assim, a violência é mais abrangente que atos que resultam em danos físicos, sendo que as suas consequências ultrapassam as mortes ou lesões associadas a estes comportamentos “podendo incluir doenças transmissíveis e não transmissíveis, danos psicológicos, comportamentos de risco, deficiência de desempenho educacional ou ocupacional e envolvimento em crimes” (OMS, 2018, p.14).

Neste contexto, entende-se que crianças são todas as pessoas menores de 18 anos de idade (UNICEF, 2019) e por **violência contra crianças**, compreende-se a violência contra todas as pessoas menores de 18 anos (OMS, 2018). A maioria dos casos de violência contra crianças, atendendo à vulnerabilidade do ser criança e jovem, tendem a ocorrer em diferentes estádios do seu desenvolvimento (BRAZELTON; SPARROW, 2006; KRUG et al., 2002) e podem apresentar-se sob várias tipologias.

De acordo com publicações da OMS (2018) a grande maioria das situações de violência contra crianças envolve, pelo menos, um dos seis tipos principais de violência interpessoal, que podem ocorrer em diferentes estádios do desenvolvimento da criança: *i) maus tratos (inclusive castigos violentos) envolvem violência física, sexual, psicológica/emocional e negligência (...); ii) bullying (inclusive bullying cibernético); iii) violência juvenil; iv) violência infligida por parceiros íntimos (ou violência doméstica); v) violência sexual; vi) violência emocional ou psicológica e testemunhar violência* (p.14).

Em **Portugal** têm sido adotadas “políticas e programas que visam promover os direitos das crianças e jovens, a fim de garantir o seu bem-estar, diminuindo as desigualdades e

melhorando as oportunidades de futuro” (PORTUGAL, 2020). Veja-se, em 1990, Portugal ratificou a Convenção dos Direitos da Criança. Em 2012, Portugal aprovou a Convenção do Conselho da Europa para a Proteção das Crianças contra a Exploração e os Abusos Sexuais. De referir que Portugal é também parte nos Protocolos Facultativos Referentes à Participação das Crianças em Conflitos Armados e à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil (ratificados em 2003), bem como no Protocolo Relativo a Um Procedimento de Comunicação (ratificado em 2013). O modelo de intervenção, em Portugal, encontra-se definido na Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, segundo o Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, “assente na rede de Núcleos de Apoio estabelecida a nível dos Cuidados de Saúde Primários, em articulação com os Núcleos a nível hospitalar e restantes recursos da comunidade” (DGS, 2013, p.33).

Recentemente, tendo por base os documentos de referência e as orientações internacionais aplicáveis, bem como a resolução da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), intitulada “Transformando o nosso mundo: A Agenda 2030 para um Desenvolvimento Sustentável”, cujos objetivos de desenvolvimento sustentável estão em consonância com os objetivos definidos na Convenção sobre os Direitos da Criança, foi elaborada a Estratégia Nacional dos Direitos das Crianças 2021-2024 (ENDC 2021-2024) que pretende, assim, “consolidar uma abordagem estratégica e holística, assente num compromisso coletivo de definição de uma visão integrada, que permita a construção colaborativa de um futuro comum, estruturante e sustentável em prol da proteção e promoção dos direitos das crianças e jovens” (PORTUGAL, 2020). A ENDC 2021-2024 assenta em cinco áreas estratégicas, configuradas em cinco prioridades que se desenvolvem em objetivos estratégicos, das quais se destacam a: *Prioridade II - Apoiar as famílias e a parentalidade*; a *Prioridade III – Promover o acesso à informação e à participação das crianças e jovens*; e a *Prioridade IV - Prevenir e combater a violência contra crianças e jovens* (PORTUGAL, 2020).

De referir ainda, que reconhecendo o impacto devastador da violência contra crianças, em 2015, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os líderes mundiais comprometeram-se a acabar com todas as formas de violência contra crianças até 2030. Em julho de 2016, o Secretário-Geral da ONU lançou a Parceria Global para Acabar com a Violência Contra Crianças (Fim da Violência) e um Fundo para investir em soluções no terreno (OMS, 2018). O INSPIRE surgiu, assim, neste contexto, traduzindo um conjunto de sete estratégias, baseadas em evidência, para países e comunidades que trabalham para eliminar a violência contra crianças (OMS, 2018). Criado por dez agências, com um longo histórico de trabalho, em proteção à criança, o INSPIRE serve como um pacote técnico e guia para a implementação de uma programação abrangente e eficaz para combater a violência (OMS, 2018).

De acordo com a OMS (2018), grande parte da violência contra os membros mais vulneráveis da sociedade, nomeadamente as crianças e os jovens, é previsível e pode ser prevenida por meio de **programas** que abordem as suas causas e fatores de risco. Assim,

existindo soluções comprovadas, acabar com a violência contra crianças, não é apenas a coisa certa a fazer, é, também, um investimento inteligente a implementar. Contudo, acresce que na seleção das intervenções a implementar, nomeadamente pelos enfermeiros, entre outros aspetos, é preponderante uma boa compreensão: 1) de quais as formas de violência que afetam as crianças, bem como, onde e quando ocorre a violência; 2) os fatores de risco que contribuem para a violência (OMS, 2018).

Face ao exposto, e sabendo-se que para, efetivamente, impedir a violência contra crianças, é essencial envolver os pais e os responsáveis, de acordo com a OMS (2018) as abordagens que apoiam pais, mães e cuidadores variam dependendo do tipo de violência, da idade da criança, ou da oferta das políticas e programas (OMS, 2018).

A existência de programas baseados em evidência que apoiam os pais, constitui estratégias custo-efetivas com impacto no fortalecimento das relações pais-filhos, na saúde, na segurança e na resiliência das crianças e famílias. Essas dinâmicas ajudam a prevenir todos os tipos de violência ao longo da vida das crianças, desde infância até a idade adulta (OMS, 2018). Além dos benefícios acima explanados, as avaliações desta tipologia de programas evidenciam que os custos associados à prevenção da violência contra crianças são menores do que os custos associados às consequências deste flagelo (OMS, 2018).

Neste contexto, no centro dos programas de apoio aos pais e cuidadores, encontra-se a **promoção de uma parentalidade afetiva ou positiva** (*positive or nurturing parenting*). Muitos programas visam **ajudar os pais a ensinar habilidades aos filhos, nomeadamente, no âmbito da regulação emocional, resolução de problemas e habilidades sociais**, que ajudam as crianças a construir resiliência e a evitar experimentar ou cometer violência ou *bullying* no futuro (WHO, 2018). Atendendo às características dos programas para os pais, estes são, geralmente, sustentados nas teorias da aprendizagem social e/ou do apego (WHO, 2018).

Assim, e corroborando o que vem sendo explanado, os programas para pais e cuidadores incidem num conjunto de componentes comuns que visam a diminuição da violência contra crianças. Deste modo, e ressaltando a importância de ter em consideração o estágio de desenvolvimento da criança, são abordados conteúdos como: brincadeiras pais-filhos e empatia; elogios e recompensas; comandos positivos e diretos, definição de regras e a sua monitorização; aplicação não violenta de consequências para mau comportamento (ignorar, consequências naturais, consequências lógicas, tempo de pausa); habilidades a serem ensinadas às crianças, incluindo regulação da emoção, habilidades sociais e de resolução de problemas; habilidades para os pais, incluindo regulação emocional, resolução de problemas, comunicação e suporte com o parceiro/cônjuge (WHO, 2018).

Segundo a OMS (2018) como componentes de intervenções integrais, várias modalidades de apoio são eficazes, incluindo **visitas domiciliárias, capacitação e apoio em grupo em contextos comunitários**, e a **capacitação em práticas parentais positivas** em que o apoio aos pais e cuidadores assenta em: 1) reduzir castigos físicos ou humilhantes e 2) criar relações positivas entre pais, mães, cuidadores e filhos.

Sustentado nos referências teóricos expostos, como no modelo da parceria de cuidados de Anne Casey, nas filosofias de Cuidados Não Traumáticos, nos Cuidados Centrados na Família, entre outros, o enfermeiro atendendo à relação privilegiada que estabelece com a criança e a família, nos diferentes contextos, assume uma posição privilegiada no apoio às famílias e à parentalidade e inerentemente na prevenção e combate à violência contra crianças.

METODOLOGIA

A presente revisão da literatura foi elaborada respeitando as etapas do processo preconizadas por CRORIN, RYAN e COUGHLAN (2008): i) seleção do tópico para revisão; ii) pesquisa da literatura; iii) reunião, leitura e análise da literatura; iv) redação da revisão; v) referências. Após determinação da temática de interesse recorreu-se às bases de dados *MedLine*, *CINAHL*, *Scopus*, *Psychology and Behavioral Science Collection* e *Mediclatina*, bem como a *websites* e à pesquisa de publicações de organizações governamentais e internacionais de referência, como por exemplo da OMS e do Conselho da Europa. Foram utilizadas as palavras-chave utilizadas nos descritores em ciências da saúde (DeCs): Parentalidade, Violência Infantil e Enfermagem Pediátrica. A busca efetuada inclui documentos publicados entre os anos de 1986 e 2023, inclusive. Incluíram-se documentos e estudos em português e inglês.

CONCLUSÃO

Como enfatizado por diversas fontes, incluindo a GLOBAL PARTNERSHIP TO END VIOLENCE AGAINST CHILDREN (2018) e o OFFICE OF THE SPECIAL REPRESENTATIVE ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN (2022), a violência priva as crianças da sua infância. Esta dura realidade compromete não somente a sua saúde e educação, mas impossibilita as crianças de alcançar todo o seu potencial de desenvolvimento, causando um impacto intergeracional significativo e acarretando um enorme custo financeiro às vítimas e às sociedades (OFFICE OF THE SPECIAL REPRESENTATIVE ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN, 2022; GLOBAL PARTNERSHIP TO END VIOLENCE AGAINST CHILDREN, 2018). Neste contexto, a prevenção da violência contra crianças é considerada uma prioridade, tanto a nível nacional (em Portugal) conforme destacado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, como a nível internacional (OMS, 2018).

O apoio à família e à parentalidade constitui-se como uma estratégia preventiva para a promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem. Os programas ancorados na promoção de competências parentais têm sido destacados na literatura como os mais eficazes na prevenção dos maus-tratos infantis (BRANCO et al., 2022; WHO, 2022; OMS, 2018; WHO, 2018; CIRIK et al., 2017; COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO [CNPCJR], 2011). Estas intervenções, centradas na parentalidade positiva e na relação criança-pais, têm o potencial de prevenir todos os tipos de violência ao longo da vida das crianças (OMS, 2018; WHO, 2018).

As abordagens de apoio aos pais e cuidadores podem variar consoante o tipo de violência visada, idade da criança ou forma como as políticas e programas são implementados (OMS, 2018). Contudo, visitas domiciliárias, grupos de apoio e capacitação em práticas parentais positivas têm sido descritos como eficazes enquanto componentes de intervenções abrangentes (WHO, 2022; OMS, 2018). A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil constitui, também, uma oportunidade privilegiada na triagem, avaliação e orientação, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença, ressaltando-se a valorização dos cuidados antecipatórios (DGS, 2013). Pretende-se, assim que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, facultem aos pais e cuidadores, “os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013, p.7). Estas intervenções aliadas à avaliação do risco familiar, à promoção da vinculação precoce e de competências parentais, encontram-se diretamente relacionadas com a prevenção dos maus tratos infantis (CNPCJR, 2011).

Os enfermeiros, em particular os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, encontram-se numa posição privilegiada no apoio às famílias e à parentalidade e na prevenção e combate à violência contra crianças, dada a sua proximidade com as crianças e famílias, aliada aos seus conhecimentos e competências. Os critérios de avaliação descritos no REGULAMENTO N.º 422/2018 evidenciam a sua capacidade para identificar situações de risco, sensibilizar pais e cuidadores, e intervir com enfoque na promoção e proteção dos direitos da criança e do jovem, contribuindo para um futuro mais seguro e saudável para as gerações futuras.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- BRANCO, M. S.; ALTAFIM, E. P.; LINHARES, M. M. Universal Intervention to Strengthen Parenting and Prevent Child Maltreatment: Updated Systematic Review. **Trauma, Violence, & Abuse**, p. 152483802110131, 11 maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15248380211013131>.
- BRAZELTON, T. B.; SPARROW, J. D. **A Criança dos 3 aos 6 Anos: O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento**. 3. ed. [S. l.]: Presença, 2006.
- CIRIK, Vildan; CIFTCIOGLU, Sule; EFE, Emine. Archives of Nursing Practice and Care Preventing child abuse and neglect. **Arch Nurs Pract Care**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 64-67, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17352/anpc.000028>.
- COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO. **Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo**. [S. l.: s. n.], 2011. Disponível em: <https://www.cnpdpj.gov.pt/>

documents/10182/14804/Guia+de+Orientações+para+Profissionais+de+Ação+Social/5c6dc372-e12b-4b84-a462-38eccc5a6e85. Acesso em: 7 fev. 2024.

COMISSÃO NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS E PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS. **Adélia - Apoio à Parentalidade Positiva**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/adelia-apoio-a-parentalidade-positiva>. Acesso em: 7 fev. 2024.

CRONIN, P.; RYAN, F.; COUGHLAN, M. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. **British Journal of Nursing**, v. 17, n. 1, p. 38-43, 2008. DOI: 10.12968/bjon.2008.17.1.28059

COUNCIL OF EUROPE. **Recommendation REC (2006) 19 on Policy to Support Positive Parenting**. Council of Europe. [S. l.: s. n.], 2006. Disponível em: <https://archive.crin.org/en/library/legal-database/council-europe-recommendation-rec200619-policy-support-positive-parenting.html>. Acesso em: 1 fev. 2024.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Norma n.º 010/2013**: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>. Acesso em: 1 fev. 2024.

DURMAZ, Y. C. et al. Effectiveness of the training provided to healthcare professionals in Turkey to recognise the symptoms and risks of child abuse and neglect. **Health & Social Care in the Community**, v. 30, n. 5, p. 1898-1906, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.13620>. Acesso em: 12 jan. 2024.

FARGION, S. Representations of parenting and the neo-liberal discourse: parent's and professionals' views on child-rearing practices in Italy. **Journal of Family Studies**, v. 29, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13229400.2021.1905049>. Acesso em: 18 jan. 2024.

FIGUEIREDO, M. H. **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família**. [S. l.]: Lusociência, 2013.

GLOBAL PARTNERSHIP TO END VIOLENCE AGAINST CHILDREN. **Two years of supporting solutions: results from the Fund's investments**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/Fund%20Report.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2024.

GUARDA-RODRIGUES, Joana; REBELO-BOTELHO, Maria Antónia. The being who being-in-the-world ... becomes mother of a second child. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, [S. l.], v. 55, p. 1-6, 2021. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0055.

SCHWAB, K. Health Promotion of the Newborn and Family. In: M. J. Hockenberry; E. A. Duffy; K. D. Gibbs (Orgs.); *Wong's nursing care of infants and children*. 12th ed. [S. l.]: Elsevier, 2024.

HORNOR, Gail et al. Building a Safe and Healthy America: Eliminating Corporal Punishment via Positive Parenting. **Journal of Pediatric Health Care**, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 136-144, 2020. DOI: 10.1016/j.pedhc.2019.09.008.

HORNOR, G. Child Maltreatment Prevention: Essentials for the Pediatric Nurse Practitioner. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 36, n. 2, p. 193-201, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.09.008>.

[org/10.1016/j.pedhc.2021.09.006](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.09.006). Acesso em: 11 jan. 2024.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP Browser**. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>. Acesso em: 2 fev. 2024.

KIMBER, Melissa; MCTAVISH, Jill R.; VANSTONE, Meredith; STEWART, Donna E.; MACMILLAN, Harriet L. Child maltreatment online education for healthcare and social service providers: Implications for the COVID-19 context and beyond. **Child Abuse and Neglect**, [S. l.], v. 116, n. P2, p. 104743, 2021. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104743. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104743>.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. World Health Organization. [S. l.: s. n.], 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf. Acesso em: 4 jan. 2024.

LOPES, M. Saudade; CATARINO, Helena; DIXE, M. Anjos. Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, [S. l.], v. III Série, n. nº 1, p. 109–118, 2010. DOI: 10.12707/rri1047.

MAIER, Anna; FEGERT, Jörg M.; HOFFMANN, Ulrike. “An uncomfortable topic”: Health professionals’ perspectives on child protection capacities, training offers and the potential need for action in Germany. **BMC Health Services Research**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1-10, 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-07905-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07905-7>.

MELEIS, A. I. **Transitions theory**: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. [S. l.]: Springer Publishing Company, LLC, 2010. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf. Acesso em: 2 fev. 2024.

MELEIS, A. I.; SAWYER, L.; IM, E.; HILFINGER, M.; SCHUMACHER, K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Adv Nurs Sci**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000.

MELEIS, A. I.; TRANGENSTEIN, P. A. Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 255–259, 1994. DOI: 10.1016/0029-6554(94)90045-0.

MERCER, Ramona T. Becoming a mother versus maternal role attainment. **Journal of Nursing Scholarship**, [S. l.], v. 36, n. 3, p. 226–232, 2004. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. Ordem dos Enfermeiros. **Guia Orientador de Boa Prática** : A adaptação à parentalidade durante a hospitalização, [S. l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf. Acesso em: 8 fev. 2024.

OFFICE OF THE SPECIAL REPRESENTATIVE ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN. The violence prevention dividend-Why preventing violence against children makes economic sense. [S. l.], p. 1-110, 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/123451/file/>

Violence prevention dividend.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. INSPIRE Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças VERSÃO PORTUGUESA. [S. l.], p. 1–108, 2018.

PORTUGAL. Diário da República (1ª Série). Resolução do Conselho de Ministros 112/2020. Aprova a Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024. [S. l.], v. 2024, n. 245, p. 2-22, 2020. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2020/12/24500/0000200022.pdf>

REGULAMENTO Nº 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. **Diário da República**, [S. l.], v. 133, n. 2, p. 19192-19194, 2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>.

RODRIGUES, Joana; VELEZ, Maria. Tornar-se Mãe de um Segundo Filho: uma revisão scoping. **Pensar Enfermagem**, [S. l.], v. 22, p. 5–18, 2018

RODRIGUES, Joana; REBELO-BOTELHO, Maria. Transição para o Segundo Filho: da Saúde às Políticas Públicas. **Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 139–157, 2020. DOI: 10.33167/2184-0644.cpp2020.vvin1/pp.139-157.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years**. [S. l.], p. 1-54, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Inspire Handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children**. World Health Organization, 2018.

O ACONSELHAMENTO NA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL PERINATAL

Sónia Patricia Teixeira da Silva Alves¹;

Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto; Escola Superior de Saúde de Viseu-Instituto Politécnico de Viseu, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@ RISE), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-9302-2000>

Isilda Maria Oliveira Carvalho Ribeiro²;

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@ RISE), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2623-2788>.

Carlos Alberto da Cruz Sequeira³;

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@ RISE), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-5620-3478>.

Maria Manuela Néné Cordeiro⁴.

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha de Lisboa, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@ RISE), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-4916-2663>

RESUMO: Os desequilíbrios emocionais na gravidez e no pós-parto quer da grávida quer do pai/ companheiro trazem sofrimento emocional, aumentando as dúvidas, medos e inseguranças, tornando-se um período vulnerável para a saúde mental da mulher e do feto levando posteriormente ao desenvolvimento de perturbações mentais na criança. A investigação demonstra que a sociedade tem de suportar custos elevados quando não se trata atempadamente as doenças mentais perinatais e aponta para a importância de intervenções precoces eficazes. O aconselhamento é uma intervenção psicoterapêutica que visa orientar, mudar e capacitar uma pessoa. Variados estudos demonstram que o aconselhamento psicoeducacional é uma intervenção que tem resultados positivos na diminuição das diferentes perturbações da ansiedade, podendo ser realizado por enfermeiros. O enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria (EESMP) coloca ênfase na pessoa, e procura conhecer algumas das suas dimensões fundamentais para o sucesso da intervenção. Trata-se de um estudo exploratório, de pesquisa bibliográfica, tendo sido encontrados 32 artigos de acordo com as palavras booleanas: (“*perinatal mental health nursing*”) AND (“*intervention*”) AND (“*counselling*”). Como conclusão, o EEESMP é o profissional com competência para executar o aconselhamento pelas suas competências específicas no domínio da Intervenção Psicoterapêutica. O Aconselhamento é eficaz na diminuição do stress, ansiedade e depressão perinatal, permitindo a construção de Programa Aconselhamento em Enfermagem de Saúde Mental Perinatal.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Saúde mental perinatal. Aconselhamento.

COUNSELLING IN PERINATAL MENTAL HEALTH NURSING

ABSTRACT: Emotional imbalances in pregnancy and the postpartum period for both the pregnant woman and the father/partner bring emotional distress, increasing doubts, fears and insecurities, making it a vulnerable period for the mental health of the woman and the foetus, subsequently leading to the development of mental disorders in the child. Research shows that society must bear high costs when perinatal mental illnesses are not treated in time and points to the importance of effective early interventions. The mental health and psychiatric nurse specialist (MHPN) emphasise the person and seeks to understand some of their fundamental dimensions for a successful intervention. Counselling is a psychotherapeutic intervention that aims to guide, change, and empower a person. Various studies have shown that psychoeducational counselling is an intervention that has positive results in reducing different anxiety disorders and can be carried out by nurses. This is an exploratory, bibliographical research study. 32 articles were found using the Boolean words: (*“perinatal mental health nursing”*) AND (*“intervention”*) AND (*“counselling”*). The MHPN is the professional with the competence to carry out counselling due to their specific skills in the field of Psychotherapeutic Intervention. Counselling is effective in reducing perinatal stress, anxiety and depression, allowing for the construction of an Accompanying Programme.

KEY-WORDS: Nursing. perinatal mental health. counselling.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de mudanças na identidade e no papel social, fazendo com que a mulher tenha de se adaptar e reajustar a todas estas mudanças (MALDONADO, 2005; TEIXEIRA, 2014), levando a processos de crise cheios de medos, dúvidas e inseguranças (TEIXEIRA, 2014). Assim, torna-se um período vulnerável para a saúde mental da mulher e do feto levando posteriormente ao desenvolvimento de perturbações mentais na criança (DGS, 2005).

A saúde mental perinatal trabalha a saúde mental da mulher desde a concepção até ao primeiro ano de vida após o parto (MACEDO; PEREIRA, 2014) e tem sido uma área pouco abordada na investigação em Enfermagem.

As perturbações mentais afetam mais de 10% das mulheres nos países desenvolvidos e mais de 25% de mulheres nos países em desenvolvimento (WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2017) e caso não sejam tratadas atempadamente pode levar a prematuridade, baixa vinculação, problemas comportamentais, cognitivos e emocionais da criança e mortalidade infantil e materna (WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2017).

O mundo vivenciou uma pandemia, que atingiu a população física, psicológica e socialmente. As mulheres grávidas além de todas as alterações específicas de uma gravidez tiveram de suportar as alterações decorrentes da pandemia e do confinamento. Um estudo

multicêntrico realizado na China, em que avaliou o impacto do Covid-19 na ansiedade e depressão em 4124 grávidas, revelou valores elevadíssimos nos sintomas depressivos devido ao medo de exposição ao vírus e às medidas de quarentena impostas. Também identificaram como fatores de risco baixos rendimentos, baixo suporte social e familiar e falta de exercício físico (CHEN; SELIX; NOSEK, 2021). Com a pandemia Covid-19, houve um impacto significativo na saúde mental das grávidas e nos pós-parto, em que estudos reportaram o triplo da depressão perinatal desde o início da pandemia (15% antes da pandemia versus 41%) (KUBO *et al*, 2021).

A investigação demonstra que a sociedade tem de suportar custos elevados quando não se trata atempadamente as doenças mentais perinatais e aponta para a importância de intervenções precoces eficazes (WALSH *et al*, 2020).

De acordo com Abazarnejad *et al*. (2019) o aconselhamento psicoeducacional é uma intervenção com resultados positivos na diminuição das diferentes perturbações de ansiedade, sendo também uma intervenção com custo-benefício (MISSLER *et al*, 2020).

O aconselhamento deve estar focado na pessoa e não apenas no problema inicial para que a mulher consiga crescer e compreender-se a si própria (ROGERS; WALLEN, 2000) pelo que o profissional de saúde estimula a autoexploração, utiliza respostas de silêncio, reafirmação e clarificação, sendo que a pessoa é responsável pelas mudanças e resultados (PATTERSON; EISENBERG, 1988) e a principal meta é a de facilitar e obter um maior autoconhecimento e autorrealização como pessoa (GODINHO, 2013).

Os enfermeiros potenciam as competências e aumentam a autoestima das mulheres (ENDERLE *et al*, 2012) pelo que é de extrema importância o conhecimento deste período e as suas alterações para se poder intervir precocemente tendo em conta as necessidades de cada mulher.

A enfermagem de saúde mental, segundo a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE, 2010), foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

O objetivo deste estudo é de evidenciar a importância do aconselhamento na enfermagem de saúde mental perinatal como intervenção psicoterapêutica dirigida à mulher grávida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de pesquisa bibliográfica para posterior integração num estudo com metodologia mista, observacional-descritiva, quasi-experimental utilizando um *focus group* para validação de um programa de aconselhamento de enfermagem de saúde mental perinatal.

O objetivo das pesquisas bibliográficas é adquirir conhecimento e apoiar na tomada de decisões, sendo parte integral do processo de descoberta científica, permitindo justificar

o aconselhamento como intervenção de enfermagem e com aplicabilidade no período perinatal. De acordo com Boccato (2006), a pesquisa bibliográfica busca o levantamento e análise crítica dos documentos publicados sobre o tema a ser pesquisado com intuito de atualizar, desenvolver o conhecimento e contribuir com a realização da pesquisa.

A fim de se verificar a existência da intervenção de aconselhamento em Enfermagem de Saúde Mental Perinatal, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados existentes como a PubMed, Scielo, EBSCO. Nesta pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave e operadores booleanos: termos em inglês: (“*perinatal mental health nursing*”) AND (“*intervention*”) AND (“*counselling*”); termos em português: (“*enfermagem saúde mental perinatal*”) E (“*programa*”) E (“*aconselhamento*”). Foram encontrados 32 artigos, aplicados filtros para a língua mais acessível ao investigador (Português, Inglês e espanhol) e rejeitados artigos que estavam ligados ao aconselhamento genético (3), prematuridade (4) e adições (4).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A maioria dos estudos encontrados são do Irão, Quênia e Japão, revelando a importância de se trabalhar este tema em Portugal.

De acordo com Jean Watson, autora da Teoria de enfermagem do Cuidado Transpessoal refere que o enfermeiro deve fornecer apoio e proteção para a tomada de decisão, a grávida tem o papel de escolher as suas próprias experiências, responsáveis pelas mudanças positivas de comportamento e que o ambiente oferecido pelo enfermeiro vai propiciar desenvolvimento pessoal e escolhas saudáveis (MENDONÇA *et al*, 2018).

Peplau, autora da Teoria das Relações Interpessoais e considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica descreve o papel de conselheiro como um dos papéis do enfermeiro, em que este irá promover a oportunidade da grávida se expressar e a compreender-se melhor e do que quer na vida, tendo como resultado um crescimento mais saudável (SIMPSON, 1991). Também aborda várias competências de comunicação essenciais para a eficácia da relação pessoa-enfermeiro e que acabam por ser as mesmas do aconselhamento (escuta ativa, linguagem simples e adaptada) (SIMPSON, 1991).

O que vai de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2010) que refere que tem a competência de prestar “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional”. Esta competência envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias, através de atividades, tais como: ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), refere o uso do EESMP como instrumento terapêutico, o que permite “*estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução*” possibilitando a vivência, por parte da pessoa com experiência de doença mental de “*experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações*

interpessoais” (p.1).

Segundo Sampaio (2014, p.104) “A intervenção psicoterapêutica pode ser definida, de acordo com aquela que é, para a American Psychological Association, a mais consistente definição do conceito, como - *a aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posições interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos com o objetivo de auxiliar as pessoas a modificar seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais em direções que os participantes considerem desejáveis.*”

A finalidade das intervenções do âmbito psicoterapêutico é que a pessoa possa conviver na plenitude com o que faz, com o que pensa, com o que sente e com o que diz. (GODINHO, 2013). A prescrição desta intervenção deve ocorrer quando a grávida/ pai/ companheiro(a) não têm informação suficiente para tomar as decisões ou dificuldades em tomar decisão de forma autônoma (COELHO; SEQUEIRA, 2020)

O processo de aconselhamento (PATTERSON; EISENBERG, 1988) é muito semelhante ao processo de enfermagem. Tal como Lopes (2010) refere que ambos os processos dão início à ajuda a partir das necessidades e desejos da pessoa, ambos focam a atenção em problemas e mudanças (do aqui e do agora), ambos mobilizam habilidades do técnico / enfermeiro/ conselheiro, ambos procuram a autonomia e a liberdade existencial da pessoa e ambos apresentam potenciais de aprendizagem e mudança tanto para a pessoa como para técnico / enfermeiro/ conselheiro.

O objetivo principal do aconselhamento centrado na pessoa, é melhorar a autoestima da pessoa e alcançar a capacidade individual de lidar com os problemas e enfrentar o stress. (ESFANDIARI *et al*, 2020) Também Trindade; Teixeira (2000) destacam os seguintes aspetos no aconselhamento: resolução de problemas, o processo de tomada de decisões, o confronto com crises pessoais, a promoção do autoconhecimento e da autonomia pessoal e facilitador na mudança de comportamentos. Sendo que a finalidade principal do aconselhamento é a redução de riscos para a saúde, obtida através de mudanças concretas do comportamento do sujeito (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000).

Holden *et al*, (1989) realizou um dos primeiros RCT's (26 mulheres no grupo de intervenção e 24 no grupo de controlo) sobre os efeitos do aconselhamento na depressão pós-parto através de visitas domiciliárias. A intervenção deste estudo consistia em visitas domiciliárias a mães, durante 8 sessões consecutivas, durante 1h30m e concluíram que o aconselhamento realizado nas visitas domiciliárias é válido para gestão da depressão pós-natal não psicótica.

Em 1996, Wickberg e Hwang, realizaram um novo estudo da efetividade do aconselhamento em mulheres com depressão pós-parto (1655 mulheres). O grupo experimental além do cuidado perinatal, recebeu 6 sessões de uma hora/ semana e os resultados revelaram que 80% das mulheres com depressão major recuperaram após as 6 sessões de aconselhamento, confirmando os resultados de Holden *et al*. (1989) de que o aconselhamento é eficaz para a recuperação da depressão pós-parto. Destaca-se que este estudo mostra a possibilidade de implementar o aconselhamento nos cuidados de saúde

primários.

Asadzadeh *et al.* (2020) realizaram um RCT para avaliarem a eficácia do aconselhamento em 90 grávidas com stress pós-traumático, sintomas de depressão e ansiedade e concluíram que o grupo com a intervenção de aconselhamento teve melhorias significativas na sintomatologia

Na meta-análise de Singla *et al.*, (2021) encontraram 46 estudos com 18321 participantes, a maioria da Austrália, Reino Unido e América, em que dois terços das intervenções foram realizadas por Midwives e enfermeiras (65%), que duravam em média 11,2 semanas, eram presenciais e os resultados revelaram que a intervenção aconselhamento estava associada a diminuição de sintomas depressivos e ansiedade.

Na revisão sistemática de Branquinho *et al.* (2021) verificaram que através dos grupos de psicoeducação, as mulheres tiveram uma redução significativa nos sintomas depressivos. Vários estudos demonstram a redução de sintomas na DPP com o aconselhamento de suporte realizado por enfermeiros (GLASSER *et al.* 2016).

De acordo com Prata (2009) refere que após o aconselhamento estruturado, os níveis de autoestima e o grau de conhecimentos tendem a aumentar, enquanto o nível de stress e de ansiedade diminuem.

Estes estudos demonstram a importância do aconselhamento na comunidade, revelando maior capacidade e facilidade de adaptação ao processo de transição para a maternidade.

CONCLUSÃO

O Aconselhamento em Enfermagem é uma Intervenção que reúne um conjunto de conteúdos próprios e uma determinada estrutura, tendo em conta o conhecimento científico, sendo eficaz na diminuição do stress, ansiedade e depressão perinatal.

O EEESMP é o profissional com competência para executar o Aconselhamento pelas suas competências específicas no domínio da Intervenção Psicoterapêutica.

Sendo o aconselhamento uma intervenção de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, e estando pouco trabalhada nesta área da Saúde Mental Perinatal, torna-se pertinente estruturar um programa de aconselhamento, para a promoção da saúde mental e a sua literacia.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ASADZADEH, L. *et al.* Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, V.20,

p.142, 2020.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista Odontol. Universidade Cidade São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BRANQUINHO, M. **Intenção da população portuguesa de recomendar a procura de ajuda profissional para a depressão pós-parto**: O papel do conhecimento e atitudes sobre a depressão pós-parto e das atitudes perante a procura de ajuda profissional. 2018. Mestrado em psicologia Clínica e da saúde - Universidade de Coimbra, 2018.

CHEN, H.; SELIX, N.; NOSEK, M. Perinatal Anxiety and Depression During COVID-19. **The journal for Nurse practitioners**. V.17, p. 26-31, 2021.

COELHO, J.; SEQUEIRA, C. **Enfermagem em saúde mental**: Diagnósticos e intervenções. 1ª edição. Lisboa: Lidel, 2020.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância**: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005.

ENDERLE C.F, *et al.* Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. V.12, nº 4, 2012.

FONSECA, M.; ROGERS, C. Uma Conceção Holística do Homem - da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno; **Millenium, Jornal of Education, Technologies and Health**, v. 36, nº14, 2009.

GODINHO, L. **O uso das narrativas de vida no cuidar da pessoa com ideação suicida no contexto do aconselhamento em enfermagem de saúde mental** - subsídios para a fundamentação das intervenções especializadas de enfermagem de Saúde mental de âmbito psicoterapêutico. 2013. Mestrado em saúde mental e psiquiátrica- Instituto politécnico de setúbal, Setúbal, 2013.

KUBO, A. *et al.* mHealth Mindfulness Intervention for Women with Moderate-to-Moderately-Severe Antenatal Depressive Symptoms: a Pilot Study Within an Integrated Health Care System. **Mindfulness**, v. 12, p. 1387–1397, 2021.

LOPES, J. O aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento - Artigo de investigação. **Revista toxicodependências**, Edição IDT, V. 16, n.º 1, p.74, 2010.

MACEDO, A.; PEREIRA, T. **Saúde Mental Perinatal**: Maternidade nem sempre rima com felicidade. 1ª edição. Lisboa: Lidel, 2014.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**: Parto e Puerpério. Petrópolis: Vozes, 2005.

MENDONÇA, A *et al.* Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. **Escola Anna Nery**. V.22, nº 4, 2018.

MISSLER M. *et al.* Effectiveness of a psycho-educational intervention for expecting parents to prevent postpartum parenting stress, depression and anxiety: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 20, nº1, p. 658, 2020.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental**. Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Classificação internacional para a prática de enfermagem**, versão, 2015. Lisboa: Associação Portuguesa de enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros, 2016.

PATTERSON, L.; EISENBER, S. **O processo de aconselhamento**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PRATA, M. **Aconselhamento no puerpério**: Efeitos na autoestima. 2009. Mestrado em psicologia - Universidade do Algarve, Faro, 2009.

ROGERS, C.; WALLEN, J. **Manual de counselling**. GATF- Gabinete de Aconselhamento, terapia e formação. Editora Encontro: Lisboa, 2000.

SAMPAIO, F.M.C., *et al.* Content Validity of a Psychotherapeutic Intervention Model in Nursing: A Modified e-Delphi Study. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 31, nº 2, p. 147-156, 2016.

SIMPSON, H. **Peplau's Model in action**. MacMillan Education Ltd: London, 1991.

SINGLA D. *et al.* Implementation and Effectiveness of Nonspecialist-Delivered Interventions for Perinatal Mental Health in High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 178, nº 5, p. 498-509, 2021.

TACHIBANA Y. *et al.* Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, nº 1, p. 58, 2019.

TEIXEIRA, C. **“Onde estava antes de ter nascido”, um estudo sobre a vinculação pré-natal**. 2014. Doutoramento em psicologia - Especialidade Psicologia clínica, Universidade de Évora, Évora, 2014.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença - Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, v. 1 nº XVIII, p. 3-14, 2000.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **WPA perinatal mental health position statement**. Disponível em: http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20perinatal%20position%20statement%20FINAL.pdf. Acesso em: 12 fev. 2024.

WALSH T.B. *et al.* **A Call to Action: Screening Fathers for Perinatal Depression**. **Pediatrics**, v. 145, nº1, 2020.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES SOB CONDIÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires¹;

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa (ESSCVP - Lisboa), Portugal - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto (ICBAS - UP), Porto, Portugal

<https://orcid.org/0000-0003-2840-7331>

Ana Maria Vieira Soares de Resende²;

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa (FCSE/UCP) Lisboa, Portugal

<https://orcid.org/0000-0001-7189-4118>

Isabel Maria Ferreira Correia³;

Unidade Saúde Familiar Oeiras, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Portugal

<https://orcid.org/0009-0007-3563-3827>

Eva Patrícia Guilherme Menino⁴.

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (ESSLei - IPL), Portugal; Center for Innovative Care and health Technology (ciTechCare), Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-6761-9364>

RESUMO: A promoção da saúde capacita as comunidades para ganharem controlo sobre os determinantes sociais da saúde. A intervenção junto das populações e das comunidades é um desafio constante para os enfermeiros de saúde pública e comunitária. A pandemia da COVID-19 foi uma situação excecional de saúde pública. O projeto de intervenção comunitária desenvolvido num bairro em tempos de pandemia da COVID-19 teve como finalidade contribuir para a capacitação de uma comunidade residencial da região de Lisboa em desvantagem social. O alicerce teórico foi o Modelo de promoção de Saúde de Nola Pender. A metodologia foi de índole qualitativa, natureza aplicada e descritiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica. O tipo de planeamento foi o Planeamento em Saúde (PS). Como estratégia diagnóstica optou-se por uma abordagem para aceder aos conhecimentos, atitudes e práticas, usando técnicas multiformes de produção de dados (descritivos através da técnica de para brisa e da técnica de caminhada e analíticos através da observação participante), analisada complementarmente com entrevistas a Informadores chave. A informação passou por uma análise temática categorial. Os problemas/necessidades identificados no diagnóstico de situação, foram categorizadas em quatro áreas principais: práticas de autocuidado inadequadas, baixo conhecimento, atitudes - crenças de saúde e necessidade sentida de serviços. Na hierarquização dos problemas de saúde utilizaram-se os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Foi proporcionada educação para a saúde. A igreja do bairro foi considerada o local privilegiado. O instrumento de

avaliação utilizado nas sessões foi a observação desarmada. Confirmou-se que as atividades levaram à efetivação dos objetivos delineados, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Houve uma contribuição positiva para a aquisição de conhecimentos da comunidade, no que toca a três medidas chave na prevenção da transmissão da COVID-19. Os objetivos académicos propostos também foram atingidos, desenvolvendo-se competências ao nível de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde. Determinantes Sociais. Vulnerabilidade.

HEALTH PROMOTION IN COMMUNITIES UNDER CONDITIONS OF SOCIAL VULNERABILITY

ABSTRACT: Health promotion empowers communities to gain control over the social determinants of health. Intervening with populations and communities is a constant challenge for public and community health nurses. The COVID-19 pandemic was an exceptional public health situation. The community intervention project developed in a neighborhood during the COVID-19 pandemic aimed to contribute to the training of a socially disadvantaged residential community in the Lisbon region. The theoretical foundation was Nola Pender's Health Promotion Model. The methodology was qualitative in nature, applied and descriptive in nature, using bibliographical research. The type of planning was Health Planning (PS). As a diagnostic strategy, an approach was chosen to access knowledge, attitudes, and practices, using multiform data production techniques (descriptive through the windshield technique and the walking technique and analytical through participant observation), analyzed in addition to interviews, to key informants. The information underwent a categorical thematic analysis. The problems/needs identified in the situation diagnosis were categorized into four main areas: inadequate self-care practices, low knowledge, attitudes - biased health beliefs and felt need for services. In the hierarchy of health problems, the criteria of magnitude, transcendence and vulnerability were used. Health education was provided. The neighborhood church was considered the privileged location. The assessment instrument used in the sessions was unarmed observation. It was confirmed that the activities led to the achievement of the outlined objectives, sensitive to nursing care. There was a positive contribution to the acquisition of knowledge by the community, regarding three key measures in preventing the transmission of COVID-19. The proposed academic objectives were also achieved, developing skills at the level of specialist nurse in community nursing and public health.

KEYWORDS: Health promotion. Social Determinants. Vulnerability.

INTRODUÇÃO

O capítulo ora apresentado, resulta de um Relatório de Estágio para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade

Católica Portuguesa (UCP), intitulado “A intervenção de enfermagem comunitária num bairro de génese social em tempos de pandemia da COVID-19”, culminando com a sua defesa pública.

O Estágio teve lugar numa Unidade de Saúde Pública (USP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa, Portugal, e a intervenção de enfermagem comunitária foi realizada num bairro social dessa região, durante a fase mais intensa dos desafios impostos pela pandemia da COVID-19.

O Relatório teve como propósito descrever os objetivos, as atividades, estratégias e recursos conducentes ao desenvolvimento do cluster de competências científicas, técnicas e humanas (comuns e específicas), alinhadas com o perfil do especialista em Enfermagem Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEESCP) e para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, conforme regulamentado pela legislação da Ordem dos Enfermeiros (OE) portugueses. O projeto de intervenção comunitária teve como objetivos elaborar o diagnóstico de saúde da comunidade residencial e implementar medidas preventivas para a diminuição da exposição e transmissão da infeção cruzada da COVID-19 (PIRES.M.C, 2021).

A promoção da saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), move-se pelo processo que permite às pessoas e às comunidades aumentar o controlo e melhorar a sua saúde e inclui uma atenção especial aos fatores determinantes da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, 2022). Na sequência, algumas comunidades manifestam maior vulnerabilidade a doenças e problemas de saúde em virtude de disparidades daqueles que são os determinantes das sociais da saúde (DSS).

Os DSS estão voltados para as circunstâncias em que as pessoas vivem, trabalham e crescem, sendo de há muito conhecida a causalidade com a saúde (OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a). Neste âmbito, a vulnerabilidade está relacionada com a contaminação ou velocidade de propagação de doenças transmissíveis (ALMEIDA, 2015). O cuidado de populações vulneráveis é central nos cuidados de enfermagem, especialmente no âmbito da saúde pública e comunitária, por ser intrínseco ao papel do enfermeiro (ROBERTS; KREEGER, 2019).

A pandemia de COVID-19 expôs fraturas e desigualdades sociais, evidenciando a relevância de capacitar e fortalecer comunidades resilientes, respondendo simultaneamente às necessidades das pessoas que se encontravam em situações de vulnerabilidade (LAVERACK.G., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). À data, o interesse no tema da COVID-19 foi despontado pela atualidade e magnitude do problema. A pandemia constitui-se um alarmante problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b) que originou necessidades em cuidados de enfermagem, exercendo uma pressão, sem precedentes, nos sistemas de saúde mundiais (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2020). Foi a 10 de março de 2020, que no nosso país, foi ativado o dispositivo de Saúde Pública, com monitorização e vigilância epidemiológica, gestão e comunicação de risco.

Em Portugal, o pico da segunda vaga da COVID-19 ocorreu na segunda metade de novembro de 2020, com uma incidência aparente várias vezes superior à da primeira vaga (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2020). Neste contexto, as pessoas vulneráveis e sujeitas a desigualdades foram as mais afetadas pela COVID-19 (LAVERACK.G., 2020). Da análise dos boletins e dos gráficos epidemiológicos da USP verificou-se que especialmente numa das freguesias existiam mais casos confirmados de COVID-19 (PIRES.M.C, 2021).

O trabalho desenvolvido concentrou-se nas conceções do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender para a intervenção comunitária (PENDER, N., MURDAUGH, C., & PARSONS, 2015). O modelo foi selecionado devido à sua base na compreensão dos principais determinantes da saúde e à sua abordagem de promoção da saúde. Destacou-se, igualmente, pelo papel individual na gestão de comportamentos promotores da saúde, enquadrando-se numa perspetiva de enfermagem holística com foco individual mas também grupal e comunitário (MCCULLAGH, 2017).

Na conceção do projeto salientaram-se quatro conceitos centrais: 1) a pandemia como um fenómeno de saúde que gerou necessidades de cuidados de enfermagem, 2) a capacitação de comunidades como uma competência do enfermeiro de cuidados especializados em saúde comunitária e saúde pública, 3) a ênfase na precaução da segurança enquanto foco de atenção dos enfermeiros e 4) a educação para a saúde como ação terapêutica que os enfermeiros deveriam delinear para ajudar as comunidades a responder de forma saudável à pandemia. A comunidade residencial foi considerada o bairro, como um espaço geográfico destinado à habitação, conforme definido por (MELO.P, 2020).

No capítulo, inclui-se a introdução, que abrange a justificação da temática e o enquadramento do projeto, a metodologia utilizada, as mais valias advindas dos resultados e da sua discussão. O capítulo termina com algumas considerações, ideias desafiantes e aplicações práticas da promoção da saúde.

METODOLOGIA

O projeto de intervenção comunitária compreendeu várias etapas e estratégias metodológicas qualitativas, com foco na aplicação prática do conhecimento. Optou-se por empregar o método de pesquisa bibliográfica e observação descritiva e analítica, juntamente com entrevistas a informadores chave da comunidade, trabalhando numa abordagem de conhecimento, atitude e prática (KAP): K - *knowledge*; A – *attitude*; P – *pratic surveys*, através de um levantamento rápido de dados (LAVERACK, 2018).

A formação em exercício clínico foi marcada por uma prática estruturada, fundamentada na análise reflexiva. O processo de aprendizagem evoluiu a partir de situações vivenciadas e observadas, com foco no contexto de trabalho e na integração na equipa da USP, elevando as exigências para o desenvolvimento de competências profissionais para futuros EEECS. Assumiu-se um papel ativo e responsável na autoformação, cooperação e participação, dentro de uma abordagem metodológica de trabalho colaborativo e adaptativo.

Inicialmente, foram explorados aspectos ligados ao enquadramento teórico e conceptual da intervenção em enfermagem comunitária, juntamente com a justificação e relevância do tema relacionado à COVID-19. Esta abordagem visou fundamentar a intervenção, recorrendo a diversas fontes de evidência científica e orientações legais e normativas tanto a nível nacional quanto internacional.

A pesquisa de dados epidemiológicos a nível local foi realizada através da análise dos boletins e da avaliação epidemiológica COVID-19 da USP.

De seguida, levou-se a cabo uma revisão integrativa da literatura para identificar, a partir do conceito de DSS, como certos grupos sociais se tornam mais vulneráveis à COVID-19. Inicialmente, formulámos perguntas sobre a vulnerabilidade de pessoas e comunidades em relação à COVID-19. A pergunta norteadora foi da revisão foi: Quais são os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19?

Entre outubro e dezembro de 2020 desenvolvemos a revisão. Utilizámos as bases de dados MEDLINE Complete e CINAHL Complete no motor de busca EBSCOhost. A pesquisa envolveu os termos em inglês: social determinants of health, vulnerability, COVID-19, com o operador booleano [AND]. A pesquisa foi restrita temporalmente ao primeiro ano da pandemia de COVID-19, o ano de 2020, e nos idiomas português, inglês e espanhol. Excluíram-se artigos em que o contexto da transmissão da doença não estivesse relacionado às desvantagens sociais. Incluímos 6 artigos, que destacaram que os DSS da vulnerabilidade à COVID-19 estão associados à discriminação racial e étnica, baixo nível socioeconómico, superlotação habitacional, trabalho em serviços essenciais, utilização de transportes públicos, residência em áreas segregadas e baixo nível educacional. Os estudos apresentaram dados relevantes sobre DSS da vulnerabilidade à COVID-19, enfatizando a importância do estudo para uma intervenção comunitária mais eficaz (PIRES.M.C, 2021).

Após a identificação da problemática e do domínio de atuação, tornou-se crucial compreender as necessidades da população, marcando assim o início do processo de elaboração do diagnóstico de saúde. A metodologia assentou no planeamento dito clássico em saúde (IMPERATORI, E. & GIRALDES, 1993) com as suas etapas enquadradas no exercício profissional e alicerçadas no processo de enfermagem.

Nesta etapa sentiu-se necessidade de limitar a intervenção apenas a um bairro, uma vez não havia possibilidade de intervir noutros, devido ao limite temporal disponível (PIRES.M.C, 2021). Foram incorporadas as seis fases sequenciais e interligadas do processo de PS, em que o progresso nas dimensões anteriores sustentou a problematização da dimensão subsequente: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, estabelecimento de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação.

Num surto de doença infecciosa, o primeiro inimigo é o tempo (LAVERACK.G., 2020). Nessa perspetiva, revelou-se crucial conduzir de forma rápida o diagnóstico de saúde, a fim de possibilitar uma intervenção oportuna. O diagnóstico foi realizado em um curto período, no mês de outubro de 2020, limitado ao bairro em questão.

A opção foi estruturar o diagnóstico de saúde com base no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, e realizou-se uma caracterização dos fatores socioculturais relacionados às características e experiências da comunidade. O perfil sociodemográfico da comunidade do bairro selecionado foi feito com base numa caracterização que teve como fonte estatística principal o Departamento de Habitação da Câmara Municipal, à qual se juntou dados de natureza qualitativa recolhida durante a inserção etnográfica feita com as comunidades de seis bairros municipais de realojamento do município e que incluiu densidade populacional, naturalidade e nacionalidade dos residentes, características das famílias, escolaridade e situação perante o trabalho (CARVALHO, 2010).

Em complementaridade, o método diagnóstico escolhido no terreno foi a abordagem de conhecimento, atitude e prática (KAP): K - *knowledge*; A - *attitude*; P - *practic surveys*, através de um levantamento rápido de dados (LAVERACK, 2018). Esta abordagem pode ser aplicada para fomentar e avaliar o conhecimento, atitude e práticas ou comportamentos de indivíduos alvo, grupos e comunidades. Para isso, foram utilizadas diversas técnicas de recolha de dados, como a observação descritivas - técnica de para-brisa e técnica de caminhada (STANHOPE, M. & LANCASTER, 2011) e observação analítica por meio de participação ativa, sendo a análise, ainda, complementada por entrevistas a informadores chave. Uma pesquisa KAP pode ser mobilizada para reunir informações sobre o que é conhecido (conhecimento), acreditado (atitude) e feito (prática) em relação a um tópico de saúde específico (LAVERACK, 2018). Na prática, os métodos de observação envolvem sistematização, observação detalhada de comportamento e fala, assistindo e registrando o que as pessoas fazem e dizem. Isso pode envolver fazer perguntas e analisar documentos (LAVERACK, 2018).

Nesta pesquisa, constatou-se um incremento na observação, em duas dimensões. Uma primeira e inicial teve enfoque na descrição da comunidade decorrente da observação direta no bairro, com um especial interesse para o espaço público, os espaços associativos, a rua, através da técnica de para-brisas de caminhada (STANHOPE, M. & LANCASTER, 2011). O enfermeiro, durante deslocações de carro ou em transportes públicos, tem a oportunidade de observar diversas dimensões da vida e do ambiente de uma comunidade. As características partilhadas pelas pessoas na rua, os pontos de encontro dos vizinhos, o ritmo de vida da comunidade, a qualidade das habitações e o enquadramento geodemográfico, podem ser rapidamente observados (STANHOPE, M. & LANCASTER, 2011). Uma abordagem adicional de observação foi a analítica, implementada ao se conseguir integrar as visitas conjuntas do Contratos Locais de Segurança (CLS). Essa abordagem visava a recolha de informação junto dos residentes do bairro, em locais público, estabelecimentos comerciais, associações e escolas do bairro, onde várias pessoas se deslocavam e se encontravam. Isso possibilitou uma presença mais significativa no terreno e de proximidade às pessoas.

As visitas dos CLS no território eram feitas com a Polícia de Segurança Pública (PSP) e a Polícia Municipal (PM) e Câmara Municipal (CM). Formalmente solicitou-se esta

participação por meio de correio eletrónico. A resposta a esse pedido foi imediatamente positiva e pode-se integrar as visitas. A técnica de observação participante foi escolhida pelo pesquisador para compreender as pessoas e as suas atividades com contexto de ação quotidiana, permitindo uma análise indutiva e compreensiva (CORREIA, 2009).

A prática de observação participante foi fundamental. Envolveu a imersão no terreno com contatos e conversas eficazes para captar eventos e práticas locais relativas à transmissão da COVID-19. A técnica de informadores chave foi adotada, envolvendo entrevistas com elementos considerados conhecedores dos problemas da comunidade (TAVARES, 1990). Cinco informadores chaves foram selecionados, incluindo a enfermeira que exerce funções na comunidade, o pároco local, dois técnicos superiores de serviço social e diretores técnicos de instituições que funcionam no bairro e técnico superior de serviço social da Junta de Freguesia do local. Para conduzir as entrevistas, elaborou-se um guião de entrevista semidiretivo. A entrevista compreendeu 2 secções de informação geral sobre informação no que concerne aos fatores causadores de risco de transmissão COVID-19, percepção das necessidades de saúde sentidas da comunidade relacionadas com a COVID-19. Validou-se o instrumento com um pré-teste, tendo-se aplicado a entrevista a um participante com as mesmas características dos entrevistados. As respostas das entrevistas foram registadas manualmente. Obteve-se consentimento informado e esclarecido dos participantes.

Após a recolha dos dados, foi realizado o processo de análise e interpretação. Os dados foram submetidos a análise categorial temática (LAVERACK, 2018). Segundo o autor, a recomendação para a utilização no terreno consiste num método simples de recortar e colar, uma abordagem rápida e simples para pequenas quantidades de dados. As informações, que tínhamos disponíveis em formato de notas, bem como das entrevistas transcritas, passam por um processo de desagregação e posteriormente de agregação, seguindo as seguintes etapas: 1) o processo de desagregação tem início quando são feitas cópias do original das notas de campo. As cópias são usadas para estabelecer um sistema de classificação das categorias principais. As categorias são identificadas no texto por meio de cores para realçar a sua presença. 2) uma vez concluído o código de cores, o texto marcado é “recortado” e organizado em ficheiros marcados por categoria específica. As categorias servirão de base para a sessão das conclusões, 3) o processo de reagregar ocorre quando se relê cada ficheiro de categoria para analisar o conteúdo no seu novo contexto ao lado de informações da mesma natureza. Emergem, assim, novas percepções e confirmações para a estrutura das conclusões a serem elaboradas.

A metodologia de priorização dos problemas/necessidades foi a ponderação de grupo de peritos com base em três critérios dito clássicos: 1) magnitude (importância ou tamanho, dimensão), 2) transcendência (importância segundo os diferentes grupos etários) e 3) vulnerabilidade (possibilidade de prevenção ao conhecimento da relação entre os problemas e os fatores de risco), adaptados à enfermagem (IMPERATORI, E. & GIRALDES, 1993; MELO.P, 2020).

Considerou-se que a estratégia preferencial para responder aos problemas/necessidades de saúde identificados fosse a proporcionar educação para a saúde à comunidade, sob a influência dos princípios orientadores da comunicação de risco (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE; ORDEM DOS PSICÓLOGOS, 2020).

A fim de alcançar maior proporção em termos de população abrangida, e considerando a interação social, a proximidade entre membros da comunidade em grupos que podem ter uma representatividade considerável nos cultos (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020a). A igreja paroquial do bairro foi considerada o local privilegiado em colaboração com o líder religioso.

A avaliação do projeto englobou os indicadores de impacto ou resultado e os indicadores de execução ou atividade (TAVARES, 1990). Os indicadores de impacto disseram respeito à caracterização qualitativa da participação e expressividade do grupo, bem como às respostas corretas dadas às questões realizadas no final da sessão de educação para a saúde realizada na igreja (PIRES.M.C, 2021). Foram formuladas três perguntas relacionadas às três medidas preventivas abordadas.

O instrumento de avaliação utilizado foi a observação desarmada (RIBEIRO, A.; FIGUEIRA, A.; COUTO, A.; CARREIRA, A.; SEVERINO, 2015). Elaborou-se previamente uma lista de verificação de comportamentos, numa *check list*: 1) no seu conjunto os elementos participaram no questionário oral final?; 2) no seu conjunto os elementos participantes da missa permaneceram para assistiram à sessão; 3) no seu conjunto os elementos participantes mantiveram-se atentos durante a sessão?; 4) alguns dos elementos interagiram e deram feedback positivo depois da sessão? (PIRES.M.C, 2021).

RESULTADOS

No processo de diagnóstico da situação, identificaram-se vários problemas/necessidades que foram agrupados nas seguintes áreas: práticas de autocuidado inadequadas, baixo conhecimento, atitudes crenças de saúde enviesadas e necessidade sentida de serviços (PIRES.M.C, 2021). Os problemas e necessidades identificadas conduziram à elaboração de diagnósticos de enfermagem (foco de atenção principal/dimensões de diagnóstico/critérios de diagnóstico).

Foram priorizados três diagnósticos, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): conhecimento sobre distanciamento social não demonstrado; conhecimento sobre utilização de equipamento de proteção - uso de máscara não demonstrado e conhecimento sobre higiene pessoal (lavagem das mãos e etiqueta respiratória) não demonstrado (PIRES.M.C, 2021).

O objetivo geral delineado foi: capacitar a comunidade do bairro para aquisição de conhecimento no âmbito das três medidas preventivas da COVID-19.

Foram realizadas duas sessões de educação para a saúde no fim da missa, na igreja paroquial do bairro. As sessões foram agendadas e coordenadas com o líder religioso, garantindo a integração com as atividades litúrgicas.

A avaliação do projeto focou-se nos indicadores de execução, destacando a execução bem-sucedida das duas sessões programadas. As duas sessões programadas foram realizadas, totalizando 100% de cumprimento. Também a divulgação ocorreu de forma eficaz, tendo sido anunciadas pelo pároco nas missas dos dois domingos anteriores. Em presença estiveram mais de 150 pessoas nas sessões.

A capacitação dos participantes foi veiculada a uma avaliação de impacto com o objetivos de medir a melhoria nos conhecimentos relacionados às temáticas abordadas.

Houve uma contribuição positiva na promoção do conhecimento do grupo alvo de intervenção, especialmente em relação às três medidas chave preventivas. A meta estabelecida era que os participantes respondessem corretamente a pelo menos uma pergunta, o que foi alcançado, evidenciando respostas corretas pela maioria dos presentes.

Optou-se por uma avaliação de natureza qualitativa, ao nível da verbalização e expressividade em grupo perante um questionário oral do tipo verdadeiro/falso. O momento final de avaliação foi de súmula participada e foi simultaneamente uma estratégia de conscientização. (PIRES.M.C, 2021).

O local e o momento da sessão, a estrutura da atividade e as características do grupo (dimensão) dificultavam uma avaliação quantitativa. Ainda, as decisões foram tomadas com limitações contextuais e temporais, de incerteza e impressibilidade devido ao cenário de grande instabilidade da pandemia.

DISCUSSÃO

O ano de 2020 ficará reconhecidamente marcado pela vivência da pandemia por COVID-19, que durante a realização deste projeto estava a ser particularmente grave, num o dia-a-dia perturbado e imprevisível.

O projeto focou-se numa das áreas prioritárias do plano nacional de resposta à doença, no contexto das medidas de saúde pública, de acordo com as normas de proteção individual e distanciamento social (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020b). Em meados de março de 2020, em Portugal, foi introduzido um modelo de resposta à pandemia, que divergia do da gripe. Em vez de apenas mitigar, o foco passou a ser a supressão da transmissão do vírus, implicando medidas de distanciamento mais rigorosas como o confinamento (SAKELLARIDES, C. ARAÚJO, 2020).

A pandemia destacou a importância crucial da promoção da saúde, neste caso na adoção de comportamentos responsáveis na contenção do vírus e proteger os mais Vulneráveis. Os enfermeiros têm uma intervenção essencial ao capacitar grupos e comunidades, colaborando com outros profissionais e parceiros da comunidade dentro do contexto político, económico, social (REPÚBLICA PORTUGUESA, 2018). Ainda, em tempos de COVID-19, a promoção da saúde podia ampliar as competências individuais e fornecer suporte às comunidades para manter uma baixa transmissão da doença (LAVERACK.G., 2020).

Para fundamentar o projeto de intervenção na comunidade residencial foi de extrema importância adotar-se o modelo teórico de promoção de saúde de Nola Pender. A aplicação deste modelo permitiu uma compreensão profunda dos determinantes sociais na comunidade durante a elaboração do diagnóstico de saúde. Ficou evidenciado que a promoção da saúde é um conceito central e uma competência específica do EEECS, definido como o processo de capacitar indivíduos, famílias, grupos e comunidades para assumirem um papel ativo no controle dos determinantes da saúde (PENDER, N., MURDAUGH, C., & PARSONS, 2015).

No seguimento, tornou-se crucial estruturar as sessões de educação, com a premissa de que, para promover uma mudança no estilo de vida, primeiro as pessoas têm de compreender os fatos essenciais sobre um determinado problema de saúde, adotarem atitudes chave e desenvolver um conjunto de competências (LAVERACK.G., 2017).

O projeto teve também uma base sólida no que respeita à literacia em saúde. Conforme a definição da OMS (1998), no *Health Promotion Glossary*, a literacia em saúde compreende as competências cognitivas e sociais que influenciam a motivação e a capacidade dos indivíduos em aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e a manter uma boa saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2015, 2017). Ao elaborar este projeto, foi levado em conta que a promoção da literacia em saúde adquire uma importância significativa junto das pessoas, das comunidades e das organizações. Conseguiu-se que o enfoque fosse na informação chave para a adequação no contexto de intervenção em doenças transmissíveis (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020c; DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2020).

O Plano Literacia em Saúde e a COVID-19 - Plano, Práticas e Desafios, constitui uma referência decisiva e de afirmação da literacia neste cenário de urgência em saúde em que se baseou o projeto. A educação para a saúde pretendeu fornecer instruções e orientações sobre como lavar as mãos, distanciamento físico, quarentena e identificação física de sintomas da doença (PIRES.M.C, 2021).

Como enfermeiros, tomámos decisões no domínio da precaução de segurança (MELO, 2020). Para assegurar uma precaução de segurança efetiva, de acordo com a CIPE, era importante que as pessoas desenvolvessem várias dimensões do diagnóstico: o conhecimento sobre a doença e a disseminação, medidas preventivas e comportamentos adequados. Era também importante trabalhar as crenças, nomeadamente, as relacionadas com a suscetibilidade à infeção (MELO, 2020), porque na época deste projeto, tinham passado cerca de nove meses desde o início dos primeiros casos de COVID-19 e as medidas farmacológicas de prevenção da COVID-19 eram inexistentes (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020d).

Desde sempre que se procurou saber e compreender quais eram os fatores de vulnerabilidade que estavam associados à transmissão da COVID-19 e a revisão integrativa da literatura que se fez veio reforçar a importância de se identificarem os fatores de vulnerabilidade, neste caso, perante a COVID-19.

Transportamos neste projeto a metodologia do planeamento da saúde do início ao

fim, já para não falar da importância do que foi mobilizar diversos instrumentos para recolher dados para o processo do diagnóstico de saúde.

Neste ciclo, superar o desafio de integrar na comunidade talvez tenha sido o maior desafio na etapa de apreciação e de avaliação diagnóstica (PIRES.M.C, 2021). Só houve um caminho: a interação enfermeiro comunidade estar organizada à volta do processo de enfermagem, que versa a resolução dos problemas identificados por via de intervenção profissional.

A última das contribuições destacou-se pela prestação de cuidados num ambiente acessível, de interação direta com a comunidade, cara-a-cara, tirando proveito dos recursos limitados disponíveis. Ficou evidente o contributo dos enfermeiros como educadores, num contexto de oportunidade e o mais possível numa intervenção massiva, no *setting* do bairro, de âmbito intersetorial, junto das pessoas, através de sessões de educação para a saúde, na igreja.

CONCLUSÃO

Foi demonstrado o impacto positivo na promoção da saúde ao nível da comunidade do bairro em tempo de pandemia COVID-19. Foi tamanha a importância de assegurar o estabelecimento de parcerias relacionado com o processo de ação na saúde perante um caso emergente e de ameaça grave à saúde pública.

O projeto de intervenção comunitária proporcionou uma intervenção estruturada, próxima, personalizada e culturalmente adaptada, constituindo uma oportunidade para fortalecer a adoção de comportamentos promotores de saúde numa comunidade residencial, otimizando o acesso e o envolvimento da comunidade nos cuidados de saúde.

No âmbito da aquisição e do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública este projeto incita a intervenções com grupos de maior vulnerabilidade social e pode inspirar a realização de futuros estudos e projetos, evidenciando a relevância das intervenções promotoras de saúde nos DSS, em busca de diminuir vulnerabilidades e percorrer a via desta abordagem.

Desafios formativos futuros devem encarar ações específicas a serem desenvolvidas perante desafios emergentes e reemergentes em saúde pública. O posicionamento refere-se ao trabalho interdisciplinar, capacitando os profissionais de saúde para enfrentar problemas de saúde futuros, inesperados, e assim estar preparado para lidar com novas crises que podem emergir no âmbito da nossa saúde.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflito de interesses de ordem financeira, comercial, política, académica e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. .. **A representação da vulnerabilidade humana como motor para a**

recuperação do paradigma do cuidar em saúde. 2015. Universidade Católica Portuguesa, [S. l.], 2015. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20127>.

CARVALHO, M. J. .. **Do outro lado da cidade. Crianças, socialização e delinquência em bairros de realojamento.** 2010. Universidade Nova de Lisboa, [S. l.], 2010. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/6132>.

CORREIA, Maria da Conceição Batista. A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE ENQUANTO TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO. **Pensar Enfermagem**, [S. l.], v. 13, p. 30-36, 2009. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23968/1/2009_13_2_30-36.pdf.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020.** Lisboa. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Semântica da saúde.** Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22501/1/Semântica da Informação em Saúde 2017.pdf>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Orientação n.º 029/2020. COVID-19. Medidas de prevenção e controlo em locais de culto e relegiososPortugal, 2020a. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24962/orientação-029-2020-covid-19-locais-de-culto-e-religiosos-atualizada-a-23122021.pdf>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Plano Nacional de Preparação e Resposta á doença por Novo Coronavírus (COVID-19).** Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021.** Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Plano da Saúde Para o Outono - Inverno 2020-21.** Lisboa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/PLANO-DA-SAÚDE-PARA-O-OUTONO-INVERNO-2020-21.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE; ORDEM DOS PSICÓLOGOS. **COVID-19. Comunicação de risco para a saúde pública. Informações e estratégias para decisores e mobilizadores sociais.** Lisboa. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_decisores_mobilizadores.pdf.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Plano de Vacinação contra a COVID-19.** Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. R. **Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.** 3. ed. Lisboa: Obras Avulsas, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Indicadores de contexto demográfico e da expressão territorial da pandemia COVID-19.** 2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_

boui=470299933&DESTAQUESmodo=2.

LAVERACK.G. The Challenge of Behaviour Change and Health Promotion. **Challenges**, [S. l.], v. 8, n. 25, p. 2-4, 2017. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2078-1547/8/2/25>.

LAVERACK.G. Promoção da saúde em tempo de covid-19 exige uma abordagem bottom-up». **JustNews**, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://justnews.pt/artigos/promocao-da-saude-em-tempo-de-covid19#.YFPrXi8qJD0>.

LAVERACK, G. **Health promotion in disease outbreaks and health emergencies**. Florida: CRC press. Taylor & Francis group., 2018.

MCCULLAGH, M. Health Promotion. In: SANDRA J. PETERSON;TIMOTHY S. BREDOW (org.). **Middle Range Theories: Application to Nursing Research**. 4. ed. Philadelphia: Wilkins, Wolters Kluwer Health - Lippincott Williams &, 2017. p. 224–234.

MELO.P. **Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública**. 1. ed. Lisboa: Lidel, 2020.

MELO, P. A pandemia para além da doença: a importância de medidas terapêuticas promotoras de firmeza. **JustNews**, [S. l.], 2020. Disponível em: <https://justnews.pt/artigos/a-pandemia-pelas-lentes-de-enfermeiro-prescricao-de-medidas-terapeuticas-promotoras-de-firmeza>.

OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. **Healthy People 2030. Social determinants of health**. 2020. Disponível em: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>.

PENDER, N., MURDAUGH, C., & PARSONS, M. **Health Promotion in Nursing Practice**. 7. ed. New Jersey.

PIRES.M.C. **A Intervenção de Enfermagem Comunitária num Bairro de Gênese Social em Tempos de Pandemia da Covid-19**. 2021. Universidade Católica Portuguesa, [S. l.], 2021. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36859>.

PORTUGUESA, REPÚBLICA. Regulamento n.º 428 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 – Série II. Ordem dos Enfermeiros, Portugal, 2018. Disponível em: (...)

RIBEIRO, A.; FIGUEIRA, A.; COUTO, A.; CARREIRA, A.; SEVERINO, R. Execução e avaliação. In: RUIVO, Maria Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília (org.). **Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas**. [s.l.: s.n.]. p. 26-30. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

ROBERTS, Bridget; KREEGER, Lisa. Attending to Vulnerable Populations Through Nurse Advocacy on Boards and in Public Service. **Creative Nursing**, Thousand Oaks, California, v. 25, n. 2, p. 82-86, 2019. DOI: 10.1891/1078-4535.25.2.82. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=136422623&lang=pt-pt&site=ehost-live>.

SAKELLARIDES, C. ARAÚJO, F. Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. **Acta Médica Portuguesa**, [S. l.], v. 33, p. 7-8, 2020. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/14130>.

STANHOPE, M. & LANCASTER, J. **Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na comunidade centrados na população**. 7. ed. Loures: Lusodidata, 2011.

TAVARES, A. **Métodos e Técnicas de Planeamento em saúde**. 1. ed. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social Determinants of health**. 2020a. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Year without precedent: WHO's COVID-19 Response**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Achieving well-being A global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach**. [s.l: s.n.]. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/framework4wellbeing-\(draft\).pdf?sfvrsn=c602e78f_29&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/framework4wellbeing-(draft).pdf?sfvrsn=c602e78f_29&download=true).

LITERACIA E CAPACITAÇÃO NA REDUÇÃO DO ESTIGMA E INCLUSÃO

Catarina Cardoso Tomás¹.

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei), Leiria, Portugal.

Center of Innovative Care and Health Technology (ciTechCare)

<https://orcid.org/0000-0003-3713-3352>

RESUMO: O estigma, considerado como algo que atribui uma característica negativa à pessoa, enquadrando num grupo determinado grupo social, atribui um conjunto de condições sociais desfavorecedoras, reduzindo a capacidade de integração e igualdade da pessoa estigmatizada. As pessoas mais vulneráveis socialmente, estão muitas vezes sujeitas a ideias estigmatizantes que enquadram as suas vivências como escolhas pessoais, fraca vontade ou perigosidade comportamental. Para reduzir este estigma, as intervenções multifacetadas e multinível assumem particular relevância, considerando a literacia em saúde um aliado fundamental. Intervir ao nível da pessoa estigmatizada, mas também ao nível social, nos seus vários intervenientes, permite, não apenas a redução das ideias estigmatizantes e correção de estereótipos sociais criados em torno da ideia de pessoa vulnerável socialmente, mas também a redução do processo de formação do estigma, retroalimentado pela segregação social dos grupos estigmatizados. A literacia funciona aqui como um instrumento forte na redução das consequências do estigma, reduzindo por si só este processo, bem como melhorando a integração, qualidade de vida e saúde destas populações.

PALAVRAS-CHAVE: Estigma. Literacia. Vulnerabilidade social.

LITERACY AND EMPOWERMENT IN STIGMA REDUCTION AND INCLUSION

ABSTRACT: Stigma, considered as something that attributes a negative characteristic to the person, framing a particular social group, attributes a set of unfavourable social conditions, reducing the integration capacity and equality of the stigmatised person. The most socially vulnerable people are often subject of stigmatising ideas that frame their experiences as personal choices, weak will or dangerous behaviour. To reduce this stigma, multifaceted and multilevel interventions are particularly relevant, with health literacy being a fundamental ally. Intervening at the level of the stigmatised person, but also at the social level, in its various actors, allows not only the reduction of stigmatising ideas and the correction of social stereotypes created around the idea of a socially vulnerable person, but also the reduction of the stigma formation process, fed back by the social segregation of stigmatised groups. Literacy works here as a strong tool in reducing the consequences of stigma, reducing this process, as well as improving the integration, quality of life and health of these populations.

KEY-WORDS: Stigma. Literacy. Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

Desde algumas décadas atrás que a literatura científica se ocupa do termo estigma, referindo-se a ele, tal como na sua génese, como o reconhecimento da diferença e de algo que marca, não apenas a pessoa mas a sua posição e reconhecimento social (GOFFMAN, 1963). Trata-se de um fenómeno bastante poderoso, que se associa ao valor atribuído às várias identidades sociais (DODIVIO *et al.*, 2000). Define-se pela OMS como “um sinal de vergonha, infelicidade ou reprobção, que resulta num indivíduo rejeitado, tornado objeto de discriminação” (WHO, 2002, p. 48).

Atualmente, o termo estigma refere-se geralmente à “marca” ou atributo em si mesmo, e não às suas manifestações corporais, tendo sido evidente uma mudança ao longo da história dos atributos que geram estigma (GOFFMAN, 1963). As pessoas estigmatizadas ou alvo de estigma são muitas vezes vistas como portadoras de uma falha, que as reduz na sua existência humana (DODIVIO *et al.*, 2000). O estigma percebe-se assim como uma construção social que representa o atributo da pessoa, desvalorizando o seu estatuto social em relação à restante população (TEIXEIRA *et al.*, 2019). As sociedades constroem acordos generalizados de ideias e crenças, que se autoperpetuam pela afirmação destas crenças infundadas, mas reiteradas, como válidas.

O estigma existe sempre que se configura uma rotulação, estereotipização, perda de estatuto e discriminação numa situação onde exista desigualdade de poder social, económico ou político (CORRIGAN *et al.*, 2008). Muitas condições de saúde percebidas como contagiosas, perigosas ou incuráveis, com sinais visíveis, tabus ou comportamentos considerados imorais, partilham um atributo comum, o estigma e a discriminação. E apesar da sua etiologia ser diferente nas várias condições ou contextos culturais, as manifestações e consequências psicossociais deste estigma é, não raras vezes, muito similar (BRAKEL *et al.*, 2019, SEROALO *et al.*, 2014).

A população que vive em situação de sem-abrigo, sem-teto ou de maior vulnerabilidade social associada muitas vezes ao consumo e abuso de substâncias psicoativas, sofre frequentemente de estigma, vinculado a uma perceção de perigosidade dos seus comportamentos, de fragilidade de carácter ou fraca vontade de querer interromper os consumos de substâncias. São pessoas muitas vezes vistas como perigosas e temidas pela sociedade (TEIXEIRA *et al.*, 2019). É uma população marcada, não raras vezes por processos de exclusão social, desrespeito e ausência de reconhecimento social. Apresentam assim várias comorbilidades e condições de vida que levam à experiência de vários e diferentes tipos de estigma relacionado com a saúde (BRAKEL *et al.*, 2019). Um indivíduo que poderá ser facilmente recebido na relação social quotidiana, mas possuindo um traço que impõe a atenção, poderá destruir o reparo a outros atributos e características, prevalecendo o que o enquadra no grupo social estigmatizado, e dificultando o seu processo de integração e reconhecimento enquanto pessoa para além da característica estereotipada.

As próprias pessoas estigmatizadas desenvolvem muitas vezes o que se designa de estigma internalizado, na medida em que começam eles próprios, a reconhecerem-se

como portadoras de características e atributos negativos que a sociedade lhes impõe, o que prejudica ainda mais a sua condição de vida (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Uma vez experienciado, o estigma traz várias consequências, como as experiências de estigma (realidades vividas) e práticas (como as crenças, atitudes e ações) (STANGL *et al.*, 2019). O estigma nas populações mais vulneráveis traz várias consequências, como o isolamento social, redução da autoestima, dificuldade de acesso a serviços de saúde, que levam por sua vez ao afastamento da busca de suporte social e de saúde por parte do usuário, agravando ainda mais as suas condições e qualidade de vida (SEROALO *et al.*, 2014, TEIXEIRA *et al.*, 2019). Em termos de saúde, o estigma reduz os comportamentos de procura de saúde, comprometimento com os cuidados e adesão aos tratamentos (STANGL *et al.*, 2019), bem como prejudica um conjunto de processos como as relações sociais, diminui a disponibilidade de recursos, aumenta o stresse e altera as respostas comportamentais e psicológicas, reduzindo os níveis de saúde (HATZENBUEHLER *et al.*, 2013).

No seu ciclo, o estigma advém da estereotipização social, criando-se a divisão entre nós e eles, que leva a uma perda de estatuto social, à discriminação e rotulação. É um ciclo retroalimentado, uma vez que a rotulação criada como resultado de todo o processo de estigmatização, promove, ela própria, o aumento da estereotipização social de que estes grupos são alvo. A intervenção de forma a interromper esta progressão cíclica torna-se essencial, e um trabalho importante para a inclusão e melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A REDUÇÃO DO ESTIGMA E LITERACIA EM SAÚDE

O processo de impacto do estigma na saúde das pessoas vulneráveis poderá ser interrompido em vários domínios, nomeadamente através de intervenção nos facilitadores ou condutores, nos atributos estigmatizantes e manifestações do estigma, influenciando um conjunto de resultados entre as populações afetadas, bem como em instituições e organizações com impacto social e na saúde geral da população (STANGL *et al.*, 2019). É reconhecida a vertente multinível do estigma, que requer intervenção nos vários níveis de que se reveste, nomeadamente, individual, interpessoal, comunitária e estrutural. Este tipo de intervenção é particularmente exigente pela necessidade de mais recursos e ser mais exigente para os seus intervenientes, sendo, contudo, os seus resultados mais evidentes e holísticos do que com intervenção de um único nível (RAO *et al.*, 2019).

Cinco níveis de intervenção podem ser considerados nesta abordagem multinível, nomeadamente a intervenção intrapessoal (com foco nas características individuais da pessoa estigmatizada e estratégias de autoajuda, aconselhamento e tratamento), intervenção interpessoal (focada na melhoria do cuidado e suporte), intervenção comunitária (inclui estratégias de educação, contacto e advocacia para reduzir as atitudes e comportamentos estigmatizantes), intervenção institucional (programas de treino e políticas institucionais) e intervenção estrutural (reforço das estruturas legais, políticas e de direitos)

(HATZENBUEHLER *et al.*, 2013, HEIJNDERS *et al.*, 2006).

O modelo de intervenção desenvolvido por STANGL *et al.* (2019), articula o processo de estigmatização com o espectro socio-ecológico no contexto da saúde, não distinguindo pessoa estigmatizada e pessoa estigmatizante. A ausência desta dicotomia, um dos aspetos chave do processo de estigmatização (LINK *et al.*, 2001), permite enfatizar os aspetos sociais, culturais, políticos e económicos que promovem o estigma e não as pessoas. Cria-se assim um enquadramento que permite incluir as pessoas estigmatizadas no processo de redução do estigma, enquanto agentes que atuam no contexto social através das suas experiências, comportamentos e ações (STANGL *et al.*, 2019).

BRAKEL *et al.* (2019), desenvolveram um modelo conceptual, adaptado de Weiss, de avaliação e intervenção no estigma, que se pretende geral para todas as situações estigmatizantes, permitindo assim o enquadramento de intervenções e práticas em situações multicausais de estigma e discriminação. Importa frisar que apesar das mesmas condições de saúde, as intervenções carecem de diferenciação pelo contexto cultural em que as pessoas se inserem e que, por si só, permite diferenciar os determinantes sociais do estigma em cada situação. Neste modelo, pessoas estigmatizadas e que estigmatizam, enquanto fonte de estigma, são diferenciadas, incluindo-se as formas estruturais de estigma. Não obstante, é possível a um mesmo individuo pertencer a ambas as categorias. Também os tipos de estigma (percebido, autoestigma e discriminação) são distinguidos.

Em termos de instrumentos de avaliação, apesar do que já existe ser dirigido a situações específicas e domínios limitados do estigma, muitos deles apresentam bastante similaridades, sobretudo no que respeita aos itens que avaliam (BRAKEL *et al.*, 2019).

As intervenções baseadas na informação são a forma mais comum de abordagem do estigma em qualquer condição, variando apenas o seu conteúdo, que se dirige de forma específica à lacuna de conhecimentos, estereótipos, receios e outras causas do estigma na situação particular em que se aplica (BRAKEL *et al.*, 2019; CROSS *et al.*, 2012). Sabe-se que apesar de não existirem evidências marcadas de intervenções mais gerais e a longo-termo, a evidência sugere que o estigma deverá ser trabalhado a vários níveis, com múltiplas estratégias, tal como referido anteriormente.

Segundo o autor deste modelo (figura 1), as intervenções deverão ser baseadas na informação (utilizadas para reduzir negativamente as atitudes e estigma percebido), tentando preencher lacunas de conhecimento, desconstruindo mitos e demonstrando a não veracidade de estereótipos. Informação relevante poderá ser a de serviços de saúde disponíveis, ou factos científicos, através, por exemplo, de campanhas públicas que devem adaptar a informação ao contexto cultural a que se destinam. Também o contacto com pessoas com a condição estigmatizante e a comunidade, ou a utilização de agentes de mudança e líderes populares. Também o aconselhamento por pares (permitindo o desenvolvimento de competências de resolução de problemas, bem como aumentar o conhecimento sobre a condição) e o desenvolvimento de competências e empoderamento (promovendo a melhorias das competências e condições de vida) poderão ser estratégias

globais de intervenção sobre o impacto do estigma (BRAKEL *et al.*, 2019). Intervenções globais e dirigidas a múltiplos focos parecem ser mais eficazes.

Figura 1 - Modelo conceptual de intervenção e avaliação do estigma (adaptado de BRAKEL *et al.*, 2019)



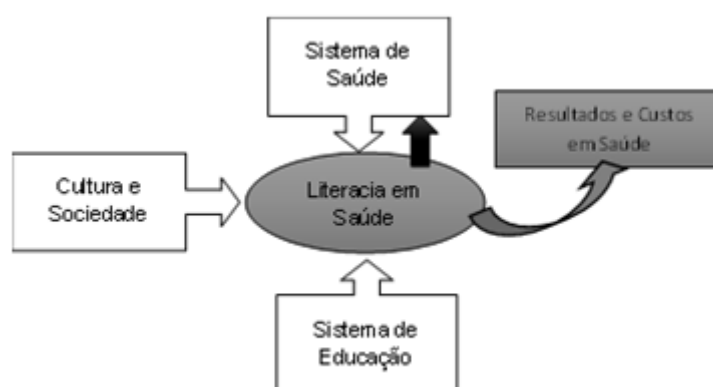
A intervenção sobre o estigma não deverá ser exclusiva na área de investigação, sendo os profissionais de saúde e outros profissionais contribuintes importantes para a mesma. A enfermagem tem uma posição privilegiada para influenciar a opinião pública, devendo participar em campanhas, reduzir informações erróneas e advogando pelos doentes e uma representação social e tratamentos adequados para as pessoas vítimas de estigma. A partilha de conhecimento destes profissionais é importante, dado que os profissionais de saúde continuam a ser fontes de informação sobre saúde privilegiadas. A implementação de intervenções baseadas na teoria são contributos importantes para a redução do estigma (PINTO-FOLTZ *et al.*, 2009).

A literacia em saúde mental é fundamental para melhorar o conhecimento sobre o tema, reduzir o estigma e, conseqüentemente, melhorar os comportamentos promotores de saúde. De acordo com CROWE *et al.* (2018), o auto-estigma e o estigma dos comportamentos de procura de ajuda apresentam uma relação inversa com a literacia em saúde mental.

Aliteracia, conceptualizada como um conjunto de competências, parte do pressuposto que a mesma se baseia no conhecimento, podendo ser desenvolvida através de intervenções de educação, sendo influenciada pelos contextos em causa, pelas interações nos cuidados de saúde e funcionamento das estruturas de saúde e de prestação de cuidados (NUTBEAM, 2008). A OMS refere que a literacia em saúde “represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (NUTBEAM, 1998, p. 10). Este conceito implica atingir um nível de conhecimento, competências pessoais e confiança para agir que permita melhorar a saúde comunitária e individual através da alteração de estilos de vida e condições de vida. A literacia não é apenas o conjunto de competências funcionais, mas compreende um conjunto conhecimentos e competências

que capacitam as pessoas a participar ativamente na sociedade e a exercer um grande controlo nos acontecimentos diários da sua vida, de forma a melhorar a sua saúde e a da comunidade onde se encontram (ISHIKAWA *et al.*, 2010; NUTBEAM, 2008). A figura 2 permite compreender que a literacia em saúde emerge da convergência e interação entre as competências pessoais, e o sistema de educação, serviços e contextos de saúde e fatores sociais e culturais nos vários contextos onde a pessoa se movimenta. As competências e capacidades individuais são mediadas pela educação, cultura e língua, sendo a educação um fator influenciador dos resultados em saúde (COMMITTEE ON HEALTH LITERACY, 2004).

Figura 2 - Fatores influentes na literacia em saúde (Adaptado de COMMITTEE ON HEALTH LITERACY (2004))



Fatores relacionados com a sociedade e com a comunidade a quem se destina a informação sobre saúde, influenciam a literacia em saúde, tendo esta que ser compreendida no seu contexto cultural (BAKER, 2006; BORZEKOWSKI, 2009; COMMITTEE ON HEALTH LITERACY, 2004), tal como o estigma e as ideias estereotipadas. A cultura atribui um significado à informação e mensagens sobre saúde, podendo moldar a perceção e definição que os indivíduos têm de doença, barreiras culturais e linguísticas, barreiras na prestação de cuidados e estereótipos, o que poderá afetar a forma como interagem com o sistema de saúde e ajudar a determinar a adequação das competências de literacia em saúde em diferentes contextos (COMMITTEE ON HEALTH LITERACY, 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Qualquer intervenção deverá ser multinível e multifacetada (LINK *et al.*, 2001). Deverá assim ir ao encontro dos vários mecanismos e fatores que poderão incrementar o estigma e concorrer para resultados negativos na saúde e bem-estar destas pessoas, decorrente do estigma. Pretende-se que seja realizada desde o nível individual, até ao nível estrutural, passando por vários níveis sociais de grupos. A intervenção nos vários níveis sociais pretende-se com o desenvolvimento de conhecimentos e competências que os vários intervenientes sociais consigam desenvolver, com vista à redução o estigma e potenciação das capacidades de integração das pessoas mais vulneráveis. A análise e

clarificação das ideias estigmatizantes auxiliam na reorientação de um conjunto de práticas de cuidado que poderão garantir direitos básicos de saúde, educação, habitação e trabalho, fomentando a cidadania e a inclusão social desta população mais vulnerável (TEIXEIRA *et al.*, 2019). Reduzir estas ideias, reduzirá o processo de formação do estigma na sua base.

O contacto próximo entre as pessoas mais vulneráveis e os profissionais de saúde permite não apenas a oferta de cuidados básicos, mas também proporcionam por si só o debate desta necessidade de cuidados e das condições de vida desta população, permitindo a redução do estigma. Diminuem-se assim as barreiras de acesso à saúde, quer pela dificuldade de acesso das populações vulneráveis, quer pela disponibilidade da sociedade e dos serviços de saúde em cuidar destas pessoas. O contacto com estas populações vulneráveis permite, por si só, reduzir as ideias estigmatizantes que muitos profissionais de saúde detêm, fruto da integração numa sociedade que engloba preconceitos e uma visão estereotipada destas pessoas. A imagem negativa internalizada que muitos profissionais de saúde experienciam, dificulta o relacionamento com os mesmos, o acolhimento e o vínculo, revendo-se numa intervenção mais pobre e deficitária (TEIXEIRA *et al.*, 2019). O estigma reduz consideravelmente o acesso a cuidados de saúde, quer pela sua menor procura, quer pela diminuição da qualidade dos cuidados prestados, quando o profissional de saúde manifesta comportamentos estigmatizantes. Intervenções com vista à redução do estigma, com o objetivo de potenciar os cuidados de saúde prestados deverão ser realizadas em vários contextos culturais, nomeadamente nos grupos vulneráveis e profissionais de saúde.

Com vista à eliminação do estigma e as suas consequências prejudiciais na saúde das pessoas vulneráveis, é fundamental um enquadramento teórico explícito, multinível, que oriente o desenvolvimento e avaliação da intervenção, investigação e desenvolvimento de políticas (STANGL *et al.*, 2019). A informação constitui-se de um elemento essencial para a redução de ideias estigmatizantes em sociedade e dos estereótipos errados criados em torno, neste caso, das pessoas mais vulneráveis. As intervenções educacionais são efetivas na redução do estigma associado a saúde mental, nomeadamente com a utilização de recursos informáticos, podendo a internet funcionar como uma ferramenta de disseminação de informação e promoção de literacia antiestigma (SEROALO, 2014). A intervenção e investigação dirigidas a situações generalizadas, e não a situações específicas de saúde ou estigmatizantes, permite encontrar similaridades e diferenças nos processos estigmatizantes entre as várias condições e amplifica a capacidade coletiva de responder de forma efetiva e em escala a um conjunto global maior de resultados pobres de saúde (STRANGL *et al.*, 2019).

As ideias e a informação são comunicadas através de um sistema social, sendo adotadas a vários níveis. Uma ideia é adotada por uma pessoa que considera a sua vantagem, compatibilidade, observacionalidade e triabilidade. As mensagens difundidas deverão ser claras e percebidas como benéficas, relevantes e simples de compreender e executar, sendo possível observar os resultados da sua implementação. A sua disseminação pelos líderes sociais é importante, na medida em que são estes os disseminadores críticos

das mensagens (PINTO-FOLTZ *et al.*, 2009).

Também a utilização de linguagem por parte dos profissionais poderá promover o desrespeito ou a redução do estigma. Devem assim ser privilegiadas expressões que favoreçam a pessoa e não a condição, que reduzam o julgamento das opções do utente, que não permitam a inclusão dos utentes em grupos estigmatizados, que evitem as gírias depreciativas ou os julgamentos, e que promova o empoderamento (CARROLL, 2019).

A oferta de serviços que promovam a equidade, a universalidade e a solidariedade são essenciais, articulando os vários setores sociais para além da saúde, como a educação, a assistência social, o trabalho ou os direitos humanos. A promoção de cuidados que promovam a autonomia destas pessoas, bem como o respeito pelas mesmas, partindo da destigmatização devolve a dignidade e melhora as condições de vida destas pessoas (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

O estigma, pela sua etiologia múltipla e socialmente enquadrada, carece de uma intervenção multinível e multifacetada, que envolva todos os intervenientes sociais e culturais que possam intervir no desenvolvimento do estigma. A informação e a promoção de competências funcionam como ferramentas válidas de literacia que se conhece como um fator que influencia fortemente o estigma. Considerando os sistemas de saúde, educação e cultural como estruturantes no desenvolvimento de literacia em saúde, compreende-se o seu impacto no estigma, na medida em que a promoção de literacia atua nos determinantes chave do estigma em saúde mental e para as pessoas mais vulneráveis. Promover a literacia em saúde afetará positivamente o processo de formação do estigma social sobre as pessoas vulneráveis, reduzindo as suas consequências nestas pessoas e melhorando a sua qualidade de vida.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- BAKER, D. W. The Meaning and the Measure of Health Literacy. **Journal of General Internal Medicine**, v.21, p. 878-883, 2006. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x.
- BORZEKOWSKI, D. L. Considering Children and Health Literacy: A Theoretical Approach. **Pediatrics**. v.124, p. S282-S288, 2009. doi: 10.1542/peds.2009-1162D.
- BRAKEL, W. H., *et al.* Out of the silos: identifying cross-cutting features of health-related stigma to advance measurement and intervention. **BMC Medicine**, v.17, n.13, 2019. doi: 10.1186/s12916-018-1245-x.
- CARROLL, S. M. Respecting and Empowering Vulnerable Populations: Contemporary Terminology. **The Journal for Nurse Practitioners**, v.15, p.228-231, 2019. doi: 10.1016/j.

nurpra.2018.12.031.

COMMITTEE ON HEALTH LITERACY. **Health Literacy: A Prescription To End Confusion**. Washington, D. C.: The National Academies Press. 2004.

CORRIGAN, P. W.; WASSEL, A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v.46, n.1, p.42–48, 2008. doi: 10.3928/02793695-20080101-04.

CROSS, H., *et al.* Interventions for stigma reduction – Part 1: Theoretical Considerations. **Disability CBR & Inclusive Development**, v.22, 2012. doi: 10.5463/dcid.v22i3.70.

CROWE, A.; MULLEN, P.; LITTLEWOOD, K. Self-stigma, Mental Health Literacy, and Health Outcomes in Integrated Care. **Journal of Counseling & Development**, v.96, n.3, p.267-277, 2018. doi: 10.1002/jcad.12201.

DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. **Stigma: Introduction and overview**. In HEATHERTON, T. F. *et al.* (Eds.), *The social psychology of stigma*. (p. 1–30). New York: The Guilford Press. 2000.

GOFFMAN, E. **Estigma – La identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1963. ISBN: 978-950-518-016-5.

HATZENBUEHLER, M. L.; PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. **American Journal of Public Health**, v.103, n.5, p.813-821, 2013. doi: 10.2105/AJPH.2012.301069.

HEIJNDERS, M.; MEIJ, S. V. D. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. **Psychology, Health & Medicine**, v.11, n.3, p.353-363, 2006. doi: 10.1080/13548500600595327.

ISHIKAWA, H.; KIUCHI, T. Health literacy and health communication. **BioPsychosocial Medicine**, v.4, n.18, 2010. doi: 10.1186/1751-0759-4-18.

LINK, B. G., PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**, v.27, n.1, p.363-385, 2001. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.

NUTBEAM, D. **The WHO Health Promotion Glossary**. Geneva, 1998, de World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2022.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**, v.67, p.2072-2078, 2008. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

PINTO-FOLTZ, M. D., LOGSDON, M. C. Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.23, n.1, p.32-40, 2009. doi: 10.1016/j.apnu.2008.02.010.

RAO, D., *et al.* A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. **BMC Medicine**, v.17, n.41, 2019. doi: 10.1186/s12916-018-1244-y.

SEROALO, K. B., *et al.* A critical synthesis of interventions to reduce stigma attached to mental illness', **Health SA Gesondheid** v.19, n.1, 2014. doi: 10.4102/hsag.v19i1.800.

STANGL, A. L., *et al.* The Health Stigma and discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related

stigmas. **BMC Medicine**, v.17, n.31, 2019. doi: 10.1186/s12916-019-1271-3.

TEIXEIRA, M. B., *et al.* Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, v.43, n.spe7, p.92-101, 2019. doi: 10.1590/0103-11042019S707.

WHO. **Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Trad. Gabinete de Tradução Climepsi Editores. Lisboa: Direção Geral de Saúde. 2022.

CUIDAR DE CRIANÇAS DE DIFERENTES CULTURAS: ABORDAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL

Cristina Maria Rosa Jeremias¹;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8339-1606>

Nysioline Acanaotcha Cramêz Gomes Sá²;

Unidade Local de Saúde Santa Maria – Hospital Santa Maria, Portugal.

Rozilany Araújo Lima dos Santos³.

Hospital CUF Sintra, Portugal.

RESUMO: As diferenças nos contextos socioculturais contemporâneos têm tido transformações expressivas e Portugal é um retrato vivo desta realidade. Cuidar de clientes de saúde infantil integradas em culturas distintas da cultura dos profissionais, com cuidados de saúde individualizados culturalmente e espiritualmente sensíveis que satisfaçam as necessidades de saúde das populações infantis e juvenis, constitui um desafio para a Enfermagem. Para dar resposta às problemáticas de saúde/doença de crianças, adolescentes e respetivas famílias, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica terá de ter consciência cultural, conhecimento cultural, capacidade/habilidade cultural, encontro cultural e o desejo cultural, de forma a desenvolver a competência cultural no cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A enfermagem transcultural contribui com teorias e modelos que promovem a capacitação dos enfermeiros especialistas no sentido da intervenção face às atuais problemáticas individuais, familiares e comunitárias que se observam nas sociedades contemporâneas, particularmente no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil. Neste capítulo pretendemos apresentar etapas do processo de desenvolvimento da competência cultural do enfermeiro especialista, no cuidado à criança, adolescente e respetiva família, em contexto multicultural; tendo por base técnicas de revisão narrativa da literatura e a experiência e reflexão da prática clínica de enfermagem especializada em saúde infantil, realizada em Estágios de Enfermagem de Saúde Infantil, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado cultural. Cuidados de enfermagem especializados. Saúde Infantil.

CARE FOR CHILDREN FROM DIFFERENT CULTURES: SPECIALIZED APPROACH IN CHILD HEALTH NURSING

ABSTRACT: The differences in contemporary socio-cultural contexts have undergone significant changes, and Portugal is a living portrait of this reality. Caring for child health

clients who are integrated into cultures that are different from those of the professionals, with culturally individualized and spiritually sensitive health care that meets the health needs of the child and adolescent populations, is a challenge for Nursing. To respond to the children, adolescents, and family health-disease problems, the Specialist Paediatric and Child Health Nurse needs to have cultural awareness, cultural knowledge, cultural capacity/skill, cultural encounter, and cultural desire to develop cultural competence in Child and Paediatric Health Nursing care. Transcultural nursing contributes with theories and models that promote the ability of specialist nurses to intervene in the current individual, family and community problems observed in contemporary societies, particularly in the field of Child Health Nursing. In this chapter we intend to present stages in the process of developing the cultural competence of specialist nurse in the care of children, adolescents, and their families, in a multicultural context; based on narrative literature review techniques, experience, and reflection on clinical nursing practice specialising in child health, carried out in different contexts of Child Health Nursing Internships, as part of the Master's in Child Health and Paediatric Nursing, at the Nursing School of Lisboa.

KEYWORDS: Cultural care. Specialized nursing care. Children's health.

INTRODUÇÃO

As mudanças dos tecidos socioculturais contemporâneos, consequência de um fenómeno complexo e plural, a nível económico, social, político, cultural – globalização – tem modificado as realidades sociais. Embora a globalização constitua um processo existente em eras ancestrais, a atual facilidade referente à acessibilidade dos diferentes países, aos movimentos transfronteiriços desde as últimas décadas do século XX, fez da globalização num fenómeno vivo e transformador de *miscigenação* cultural.

As diferenças nos contextos socioculturais contemporâneos têm tido transformações expressivas e Portugal é um retrato vivo desta realidade. Embora, o nosso país, continue vivendo fenómenos de emigração, há décadas que se tornou num país de acolhimento de diferentes povos, representados por diásporas com origem em países da África Magrebina e Subsariana, América Latina, Ásia, Europa Ocidental e de Leste, e do Médio Oriente. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) português, no final do ano 2022 a população estrangeira com estatuto legal de residência em Portugal era constituída por 781.247 indivíduos. Deste universo, a população imigrante de origem brasileira a maior expressão em Portugal, seguida da população proveniente do Reino Unido, Cabo-verde, Índia, Itália, Angola, França, Ucrânia, Nepal, Guiné-Bissau e de outros países africanos, asiáticos, europeus e do Médio Oriente (BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO, 2023). Nestes dados não estão contabilizados indivíduos com dupla cidadania de alguma nação da União Europeia, os que se encontram em situação irregular em Portugal e, também, milhares de pessoas de nacionalidade brasileira cuja situação foi legalizada automaticamente com residência especial para quem tem origem em países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

No seio das diásporas encontram-se crianças e adolescentes em agregados familiares de diferentes *backgrounds* culturais, étnicos, religiosos e filosóficos, trazendo consigo uma grande riqueza cultural que se manifesta através de crenças, costumes, tradições, expressão da espiritualidade e modos de viver a saúde e a doença. Uma vez, que as populações imigrantes trazem a própria identidade cultural, tanto os enfermeiros como outros profissionais de saúde enfrentam o desafio constante ao cuidar de pessoas com diferentes referenciais culturais e espirituais que, por sua vez, impõe o desenvolvimento da competência cultural por parte dos profissionais (JEREMIAS e LOPES, 2022).

Devido à complexidade dos processos que envolvem o cuidado a pessoas de diferentes culturas, a Enfermagem, enquanto disciplina e ciência, tem de tornar robusta as bases epistemológicas, de forma a acompanhar o desenvolvimento das sociedades, para que sejam percursoras, firmes e sensíveis às necessidades humanas. Constituindo a infância e a adolescência etapas de vida particularmente sensíveis, as necessidades desta população são agravadas quando a realidade de vida das crianças, adolescentes e respetivas famílias, insere-se em contextos culturais diferentes ao do seu ambiente natural.

Neste capítulo pretendemos apresentar etapas do processo de desenvolvimento da competência cultural do enfermeiro especialista, no cuidado à criança, adolescente e família, em contexto multicultural.

ABORDAGEM DA ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE INFANTIL EM CONTEXTO MULTICULTURAL

Ao cuidar de clientes de saúde infantil (criança, adolescente e família/cuidador) oriundas de diversas geografias, com cuidados de saúde individualizados culturalmente e espiritualmente sensíveis que deem uma resposta crítica e efetiva aos fenómenos de saúde que sucedem na vida em sociedade, os enfermeiros terão de responder aos desafios que o cuidar destas populações impõe, quer seja no âmbito da prática clínica, quer a nível académico.

O enfermeiro especialista com base no seu conhecimento científico e experiência clínica ajuda a encontrar respostas, para problemas de saúde complexos dos clientes, para problemas intra e interprofissional, e para o suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos. Integrado em equipas multiprofissionais, este profissional de saúde, estabelece relações de singularidade e responde a questões de grande complexidade, no sentido de facilitar o desenvolvimento pessoal, familiar e comunitário (O.E.,2007). O Enfermeiro Especialista em Saúde e Infantil e Pediátrica, diferencia-se pelo desenvolvimento de competências que promovem a intervenção de enfermagem de forma personalizada e individuada à criança, adolescente e família, com a finalidade da prestação de cuidados de qualidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017).

Anível da prática clínica de enfermagem, no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, da Ordem dos Enfermeiros (PORTUGAL, 2019), destaca-se, no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal – A, na competência A2 – [o

Enfermeiro Especialista] garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Na unidade de competência A2.1 — [o Enfermeiro Especialista] promove a proteção dos direitos humanos; no critério da avaliação A2.1.6, assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. No Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade - B, na Unidade de Competência B3.1 - [o Enfermeiro Especialista] promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos; nos critérios da avaliação B3.1.1, fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo, e B3.1.2, envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.

O contributo da academia oferece a evidência científica e as bases teóricas, como conceitos, teorias e modelos teóricos de enfermagem. Existem múltiplos teóricos que têm contribuído para o desenvolvimento da Enfermagem Transcultural. Destes, destacamos Medeleine Leininger que desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar. Esta teoria propõe uma estrutura holística e compreensiva que permite analisar sistematicamente diferentes dimensões da cultura, numa perspetiva de Enfermagem. Complementando a teoria, a mesma autora, desenvolveu o Modelo *Sunrise* de forma a analisar o significado do cuidado para as diversas culturas; através do qual se descobre, explica, interpreta e transmite conhecimento do cuidado, bem como contribui para o desenvolvimento do cuidado culturalmente competente em enfermagem (LEININGER, 2001); MCFARLAND e WEHBE-ALAMAH, 2014).

As bases teóricas

Partindo do conceito de *cuidado cultural*, este segundo LEININGER (2001) consiste numa perspetiva holística abrangente para conhecer, explicar, interpretar e antecipar o fenómeno do cuidar cultural em enfermagem, visando orientar as práticas de cuidados. Para compreendermos a abrangência do cuidado cultural, será necessário reportarmo-nos a conceitos fundamentais, como: cultura, cuidar e cuidar cultural.

Sendo o conceito de cultura do âmbito da antropologia, o mais frequentemente, mobilizado em saúde, vários teóricos de Enfermagem, definem *cultura* como o conjunto de padrões comportamentais socialmente transmitidos e transportados geracionalmente, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, a totalidade de outros produtos de trabalho humano e as características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão (PURNELL e PAULANKA, 2010; MCFARLAND e WEHBE-ALAMAH, 2014, 2018).

O ato de cuidar é imperativo para garantir a continuidade da vida humana. COLLIÈRE (1999), define *cuidar* como o “um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para

assumir as suas necessidades vitais” (p. 235). Sobre o mesmo conceito, LEININGER (2001) defende que cuidar consiste na essência da enfermagem e constitui uma característica central, dominante e unificadora. Relativamente ao *cuidar cultural*, a mesma autora refere que se trata dos valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetivo e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam o indivíduo, família ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, incapacidades ou morte.

Cuidar de pessoas com diferentes referenciais culturais é um desafio para os enfermeiros. Para que estes consigam dar uma resposta sensível e congruente às necessidades dos que cuidam, é-lhes exigido o desenvolvimento da *competência cultural*. Esta competência consiste “no processo onde o prestador de cuidados de saúde se empenha incessantemente de forma a adquirir a habilidade e disponibilidade para trabalhar eficazmente no contexto cultural do seu cliente” (CAMPINHA-BACOTE, 2011:45). Já o *cuidado culturalmente competente* compreende a autoconsciência da perspetiva cultural a nível mundial, das atitudes em relação às diferenças entre culturas, do conhecimento de diferentes práticas culturais e visões de mundo e, também, de habilidades interculturais (DEERIND, 2021).

A competência cultural desenvolve-se através de um processo dinâmico e contínuo. Para tal, quer sejam estudantes de enfermagem, enfermeiros e outros profissionais de saúde que queiram desenvolver esta competência, devem realizar uma autoanálise da *consciência cultural*, que passa por quatro estádios: *inconscientemente incompetente* - não estar ciente de que falta conhecimento sobre outra cultura; *conscientemente incompetente* - estar ciente de que não tem conhecimento sobre outra cultura; *conscientemente competente* - aprendizagem sobre a cultura do cliente, verificando generalizações sobre a cultura e proporcionando intervenções culturalmente específicas; *inconscientemente competente* - prestar, automaticamente, cuidados culturalmente competentes a clientes de diversas culturas.

Para além da autoanálise, o caminho percorrido no sentido do desenvolvimento da competência cultural envolve vários componentes, tais como: *consciência cultural* - que origina a sensibilidade e valorização dos valores culturais do cliente e da sua família; *conhecimento cultural* - desenvolvido com o suporte teórico que permite conhecer e explorar as diferentes visões do mundo para as diferentes culturas, bem como os diferentes valores, tradições, crenças e conceções sobre saúde/doença; *capacidade/habilidade cultural* - que habilita o enfermeiro para, mediante a recolha de dados culturais, integrar os fatores culturais na apreciação de enfermagem; *encontro cultural* - consiste no processo, pelo qual o enfermeiro se envolve em elementos transculturais; *desejo cultural* - relacionado com a vontade do enfermeiro em interagir com indivíduos e famílias de diferentes culturas/subculturas (CAMPINHA-BACOTE, 2002; MUNOZ e LUCKMANN, 2008).

O conhecimento de culturas representa um percurso complexo. Contudo, temos a evidência de que a cultura exerce influência na forma que os povos compreendem a

infância, o que é ser de criança e adolescente, a forma de vivenciar cada uma destas etapas do desenvolvimento e os cuidados de saúde inerentes a esta população. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND [UNICEF], 2019), criança é todo o indivíduo com idade inferior a dezoito anos, exceto se no enquadramento do código civil a que esteja sujeito tenha atingido antes a maioridade. Neste contexto, a infância refere-se ao período desde o nascimento até à adolescência e esta é considerada um período transitório entre a infância e a idade adulta. Porém, estes conceitos e definição das etapas do desenvolvimento, não têm uniformidade entre diferentes sociedades e culturas. Em diversas culturas e minorias étnicas, as etapas do desenvolvimento são definidas por rituais, ou sejam ritos de passagem, como por exemplo rituais praticados no início da adolescência, ou mesmo na passagem direta da infância para a idade adulta (UNICEF, 2019).

No contexto do cuidar de crianças, adolescentes e família, os enfermeiros especialistas, mobilizam estratégias centralizadas essencialmente nos clientes, guiando-os em direção à autonomia, tornando-os capazes de pensar e de agir criticamente para a melhoria de suas vidas. Da mesma forma, a valorização das crenças e valores socioculturais é fundamental no exercício do cuidado cultural, de modo a favorecer a construção de atitudes e comportamentos saudáveis.

Cuidar do cliente de saúde infantil representa uma exigência acrescida por coligar à dimensão cultural e/ou espiritual, a transição de desenvolvimento pessoal e familiar, na qual a tradição exerce grande influência. Contudo, existe uma particularidade de que, quem cuida tem de ter presente. Não existe uma forma única para prestar cuidados culturalmente competentes, uma vez que existem variações culturais no seio dos grupos e comunidades e, igualmente, existem variações nos grupos culturais aos quais os prestadores de cuidados pertencem (JEREMIAS e LOPES, 2022). Assim, para realizar uma abordagem de uma forma informada, o enfermeiro deve ter presente a cultura dos seus clientes.

O contributo da comunicação

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é particularizado pela Filosofia de Cuidados que evidencia os Cuidados Centrados na Família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, adequando a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família, respeitando as suas crenças culturais e espirituais.

Desse modo, para cuidar de crianças, adolescentes de diferentes origens culturais, tanto as teorias e modelos de enfermagem transcultural como a evidência científica sejam essenciais; a filosofia dos cuidados centrados na família é igualmente imprescindível, uma vez que na saúde da criança e do adolescente, a família deve ser reconhecida como um todo, tornando-se fundamental o desenvolvimento de parcerias entre os profissionais de saúde e os pais/cuidadores, face aos planeamentos de cuidados e ao processo de tomada de decisão. Neste processo, a comunicação e a competência cultural são determinantes no

sucesso do mesmo (HOCKENBERRY, 2024).

Sendo a comunicação um dos instrumentos básicos de enfermagem fundamental para estabelecer uma interação enfermeiro/cliente de diferentes origens culturais, comunicar com estas populações constitui uma atividade desafiadora para o enfermeiro devido à complexidade que se impõe. Para além dos princípios, técnicas e estratégias de comunicação que sejam adequadas às diferentes etapas de desenvolvimento do cliente de saúde infantil, o enfermeiro terá de ter em consideração os códigos culturais e linguísticos das populações que cuida, com a finalidade de estabelecer uma relação empática na comunicação, utilizando instrumentos apropriados e culturalmente sensíveis.

O processo comunicacional é um processo complexo e o idioma não constitui a única barreira na comunicação, uma vez, esta tratar-se de um *“fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada ato de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantêm as relações entre os membros de uma mesma cultura ou subcultura”*. (RAMOS, 2009, p. 69). No entanto, o mais difícil no estabelecimento de uma relação, compreende a comunicação não-verbal. Existe uma grande diversidade ao nível da linguagem cinestésica, proxémica, tátil, paralinguagem e a orientação temporal nas diferentes culturas, que o enfermeiro tem de conhecer e mobilizar para estabelecer uma comunicação apropriada a cada cliente. Desta forma, para prevenir problemas comunicacionais que poderão prejudicar a construção de uma relação de confiança, ter-se-á de ter em consideração os referidos códigos. Por exemplo, a eloquência e rapidez de discurso da língua do país de acolhimento poderá ser um obstáculo à compreensão da mensagem por parte de quem é acolhido, mesmo no caso de partilharem a mesma língua materna. Também, as diferenças de algumas expressões idiomáticas e conceitos, entendidos com diferentes sentidos pelos dois povos, podem causar mal-estar, mal-entendidos ou mesmo conflitos.

Nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil com clientes imigrantes que apenas dominam a língua materna, como por exemplo: crioulo de alguns países africanos; urdu, hindi, bengali, pastó, mandarim, árabe, entre outros; os enfermeiros têm de encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades comunicacionais. Para facilitar a transmissão da mensagem pretendida, procurando ultrapassar alguns dos obstáculos linguísticos, durante o Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil do MESIP, as estudantes produziram vários instrumentos com informação dirigida aos pais, redigidos em diferentes idiomas, tais como: árabe, crioulo guineense, inglês e urdu. Foram criados folhetos e posters sobre a alimentação infantil, a preparação de fórmulas de leite para lactentes, o sono da criança, guias de acolhimento, para além de um conjunto de cartões “bilingue” redigidos em crioulo guineense e português, com informação sobre as principais etapas do desenvolvimento infantil, ilustrados com imagens de acordo com a informação apresentada (PINTO, 2022; SÁ, 2023). Com estas e outras experiências similares, a disponibilização de informação escrita em diferentes idiomas passou a ser uma realidade nas Unidades de Saúde, contribuindo para a relação profissional/cliente, a continuidade dos cuidados e a educação para a saúde.

No domínio da melhoria contínua da qualidade

Nas etapas da apreciação, planeamento, tomada de decisão, intervenção e avaliação em enfermagem de saúde infantil, o enfermeiro especialista tem de ter presente as crenças e práticas de saúde dos cientes que cuida e, também, de ser conhecedor dos papéis familiares nas diferentes culturas.

A cultura familiar, exerce grande influência nos cuidados de saúde das crianças e dos adolescentes. A função familiar *de prestador de cuidados de saúde* é fundamental para a saúde e bem-estar destas populações. Maioritariamente, de acordo com a tradição da maioria das sociedades e independente das configurações familiares, as mulheres são as responsáveis pelo desempenho do papel de prestador de cuidados aos elementos da família, especialmente às crianças. Porém, existem culturas em que o desempenho dos papéis familiares desempenhados pelas mulheres, encontra-se sob a orientação das ancestrais, especialmente das sogras. Por exemplo, nas famílias integradas em culturas africanas, asiáticas, do Médio Oriente e na cultura cigana, maioritariamente, são as sogras que têm a responsabilidade pela tomada de decisão nos cuidados às crianças. Nestes contextos, os enfermeiros de saúde infantil devem incluir as avós no processo de cuidados para garantir que as orientações clínicas sejam seguidas (JEREMIAS, 2009, 2021).

As crenças de saúde/doença integram os elementos do património cultural e ou étnico das famílias, frequentemente interligadas com as crenças religiosas, interferindo na forma como as pessoas controlam os problemas de saúde e se relacionam com os profissionais de saúde. Em todas as culturas estão presentes um conjunto de práticas, intervenções e remédios caseiros que habitualmente são administrados antes de se recorrer aos serviços de saúde. Todavia, existem grupos étnicos que procuram primeiro a ajuda de curandeiros - pessoas com capacidades de “curar” – quando as práticas caseiras não resultam. De acordo com JEREMIAS (2009), apenas quando estes recursos não dão resposta aos problemas de saúde, é que os elementos destes grupos étnicos procuram ajuda profissional.

No âmbito das práticas/comportamentos de saúde, mobilizando do Modelo *Sunsire* de Leininger relativamente às *decisões e ações de cuidados de enfermagem*, na tomada de decisão, poderemos planear e executar os cuidados no sentido da: *preservação/manutenção cultural do cuidado* - ações ou decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação, que auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manterem, no seu modo de vida, os valores relevantes acerca do cuidado, de forma a manter sua saúde, recuperar-se da doença, enfrentar os limites decorrentes da doença ou possibilidades de morte; *acomodação/negociação cultural do cuidado* - ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação, que estimulam as pessoas de um determinado grupo cultural para uma adaptação ou negociação do seu modo de vida, juntamente com os profissionais que prestam cuidados, visando integrar possíveis resultados satisfatórios e benéficos para saúde; *repadronização/reestruturação cultural do cuidado* - ações e decisões profissionais de assistência, suporte, facilitação ou capacitação,

que ajudam os seres humanos a reorganizarem, substituírem ou modificarem seus modos de vida com padrões de cuidados diferentes. Procurando respeitar os seus valores culturais e as suas crenças, e integrando a possibilidade de um modo de vida mais sadio e benéfico que aquele que ocorria anteriormente ao estabelecimento das modificações (MCFARLAND e WEHBE-ALAMAH, 2014).

Mobilizando o Modelo *Sunrise*, durante as consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, as estudantes do MESIP tiveram a oportunidade de descobrir outras perspectivas sobre cuidado, explorar as diferenças e semelhanças de determinada cultura na qual está integrada a criança, adolescente e respetiva família, a fim de prestarem cuidados culturalmente competentes.

A nível do planeamento e execução dos cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil, as referidas estudantes seguiram as orientações das *decisões e ações de cuidados de enfermagem* preconizadas no Modelo *Sunrise*.

A *preservação/manutenção cultural do cuidado*, compreende a preservação do cuidado no que se refere ao respeito e compreensão, do profissional de saúde, pelos traços e rituais religiosos, valores culturais e o modo de vida dos clientes. Assim, face ao início da diversificação alimentar dos lactentes, as orientações antecipatórias dirigidas aos clientes de saúde infantil, durante as consultas, foram transmitidas de forma a incluir os alimentos típicos de sua cultura, como por exemplo: feijão preto, farinha de mandioca, farinha de milho preto, algas, frutos secos e sementes truturados, tofu, tempeh e especiarias. Tendo sido as orientações adaptadas para a diversificação alimentar do lactente, de acordo com o tipo de dieta seguida pela família e, igualmente, respeitado as restrições alimentares associadas à crença religiosa ou filosofias de vida. Na *acomodação/negociação cultural do cuidado*, a decisão segue no sentido de ações criativas, de suporte, facilitadoras ou de empoderamento. Tendo como exemplo, com famílias que seguem a dieta vegetariana, foi discutido com os pais a introdução da proteína de cânhamo, gérmen de trigo e levedura de cerveja, como suplementação proteica no início da diversificação alimentar das crianças lactentes. A *repadronização/reestruturação cultural do cuidado*, é necessária quando existem riscos para a saúde do cliente. Esta dimensão foi mobilizada numa situação em que uma família, de origem africana, utilizava cinzas, sal e óleo alimentar nos cuidados ao coto umbilical de um recém-nascido. Foram referidos os riscos desta forma de cuidar e explicado as consequências da continuidade da mesma para a saúde da criança, sendo apresentada uma alternativa a esta ação cultural. Desta forma conseguiu-se repadronizar/reestruturar o procedimento no cuidado ao coto umbilical do recém-nascido, mediante o afastamento de uma prática tradicional da cultura familiar, nefasta para a saúde, oferecendo uma opção que vise a saúde e bem-estar da criança (PINTO, 2022; SÁ, 2023).

Os três modos de decisões e ações conduzem à execução do cuidado em enfermagem que melhor se adapte à cultura do cliente, com a finalidade de reduzir o stresse e conflitos culturais entre cliente/profissional.

O contributo para a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

Desenvolver competências culturais exige aperfeiçoar um diferenciado conjunto de valores, atitudes, conhecimentos e aptidões que promovem o empoderamento dos profissionais de saúde, de forma a desenvolverem as suas funções em distintos contextos culturais (COUTINHO, et al, 2018). Com a finalidade de contribuir para a melhoria da informação que sustente a tomada de decisão no processo de cuidar, os Enfermeiros Especialistas suportam a sua prática na melhor evidência, desenvolvem a reflexão crítica da sua aprendizagem, numa ótica do desenvolvimento pessoal e profissional, divulgam a produção científica que realizam, partilham experiências junto dos pares e de outros profissionais de saúde; quer seja, em eventos científicos, publicações e/ou ações de formação.

Durante os Estágios de Enfermagem de Saúde Infantil do MESIP, as estudantes realizaram ações de formação dirigidas às equipas multiprofissionais de Serviços/Unidades de Pediatria e Unidades de Saúde Familiar, das quais destacamos: *Introdução da diversificação alimentar com dieta vegetariana; Comunicar com a criança de origem africana em idade pré-escolar, Cuidado culturalmente competente em saúde infantil - intervenção do enfermeiro especialista; Cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família de origem asiática meridional; Despertar para o cuidado culturalmente competente; O impacto da cultura nos cuidados de saúde* (PINTO, 2022; SÁ, 2023; SANTOS, 2023).

Este tipo de ações promove a compreensão, por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, sobre os significados, tradições, comportamentos, conceções e práticas de saúde de crianças/adolescentes e famílias de diferentes culturas. Podendo, também, estimular o desenvolvimento de posturas proactivas das lideranças de enfermagem no sentido de dar atenção às oportunidades, à criação de espaços e mecanismos de inserção na área de conhecimento da Enfermagem Transcultural, conduzindo a caminhos inovadores através de projetos em sintonia com as políticas sociais e de saúde que deem resposta às necessidades das populações com diferentes *backgrounds* culturais, religiosos e filosofias de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para conhecermos uma realidade cultural diferente da que nos é familiar, teremos de ter disponibilidade para reconhecê-la, através do estabelecimento de relações de equivalência e de diferença entre a cultura do Outro e a cultura da qual somos um produto (JEREMIAS e LOPES, 2022).

Cuidar de crianças, adolescentes e respetiva família com diferentes referenciais culturais e/ou espirituais, exige que o enfermeiro especialista tenha o conhecimento sobre os valores, crenças, conceitos e hábitos e práticas de saúde, especificamente no âmbito da saúde infantil e pediátrica, e a mobilização de referenciais de Enfermagem Transcultural, de forma a promover-se a saúde e bem-estar desses clientes.

O desenvolvimento da competência cultural, capacita o enfermeiro a desenvolver intervenções de enfermagem culturalmente relevantes e sensíveis às necessidades dos clientes, prevenindo possíveis conflitos decorrentes de mensagens dissonantes devido aos diferentes referenciais culturais entre os atores em diálogo.

As vivências, as fontes de intervenção e o ambiente envolvente dos enfermeiros, poderá exercer influência na própria cultura, visão que têm da vida, conceitos de saúde, comportamentos de saúde e doença, perspetiva de morte, que podem ser contrários aos dos clientes que cuidam (RAMOS, 2009, 2012). Para que o enfermeiro consiga desenvolver o cuidado culturalmente competente será necessário ter sensibilidade e não uma perspetiva etnocêntrica, de forma a conseguir compreender o Outro, com valores, crenças e práticas diferentes das suas.

Para desenvolver uma abordagem especializada, com base no cuidado cultural, de forma a alcançar uma tomada de decisão no processo de cuidar, o enfermeiro especialista, terá de suportar a sua prática na melhor evidência, produzir e divulgar a evidência científica da área da Enfermagem, partilhar experiências e desenvolver a reflexão crítica da sua aprendizagem, numa ótica do desenvolvimento pessoal e profissional.

METODOLOGIA

Este capítulo teve por base técnicas de revisão narrativa da literatura e a experiência e reflexão da prática clínica de enfermagem especializada em saúde infantil, realizada por estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisbon, nos anos letivos 2020-2021 e 2021-2022.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autoras deste capítulo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO. **População estrangeira com estatuto legal de residente:** total e por algumas nacionalidades, 2023. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Home>.

CAMPINHA-BACOTE, J. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 16. n. ° 2, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>

CAMPINHA-BACOTE, J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 13, n 13, p.181-184, 2002.

COLLIÈRE, M. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

COLLIÈRE, M. **Promover a Vida**. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 1999.

COUTINHO, E. C., et al. A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. **Revista Migrações** - Número Temático Mediação Intercultural, Observatório

das Migrações (OM), n.º 15, p. 66-81, 2018.

DEERING, M. Cultural competence in Nursing. **NurseJournal**. Disponível em: <https://nursejournal.org/resources/cultural-competence-in-nursing/>

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 2018.

HOCKENBERRY, M. J. Perspectives of Pediatric nursing *In*. HOCKENBERRY, M. J; DUFFY, E. A.; GIBBS, K. **Wong's Nursing Care of Infants and Children**. 12th ed. Elsevier: St. Louis, Missouri, 2024. P. 1-13.

JEREMIAS, C. Diversidade Cultural nos Primeiros Anos de Vida: Um Olhar pelas Culturas Cigana, Hindu e Islâmica *In* LOPES, J.; SANTOS, M.; MATOS, M.; RIBEIRO, O. (org). **Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência, 2009. p. 181-210.

JEREMIAS, C. Sexualidade na adolescência: influência do contexto multicultural. *In* BRANTES, A.; OLIVEIRA, H.; CURADO, M.; MALHEIRO, M.; COSTA, A., CORREIA, C., JEREMIAS, C., GOMES, B.; MARTINS, H.; RODRIGUES, J.; SANTOS, J.; MARTINS, S. (Org.). **1.º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”**. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2021. p. 46-51. *E-book*.

JEREMIAS, C.; LOPES, M. Cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil Numa Perspetiva Multicultural. *In* SÁ, F., et al, **Problemáticas da Saúde na Sociedade Contemporânea: Diversidade de Perspectivas e Contextos** Pernambuco: Omnis Scientia, 2022. p. 22-39. *E-book*.

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing**. 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers, 2001.

MCFARLAND, M. R.; WEHBE-ALAMAH, H. **Leininger's Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 3rd ed. Burlington: Jones and Bartlett Learning, 2014.

MCFARLAND, M. R.; WEHBE-ALAMAH, H. **Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice**. London: McGraw-Hill Education, 2018.

MUNOZ, C; LUCKMANN, J. **Comunicação Transcultural em Enfermagem**. Andover: Cengage Learning Emea, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Proposta de modelo de desenvolvimento profissional: Especialização em enfermagem**. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**. Leiria: Ordem dos Enfermeiros, 2017.

PINTO, R. C. **A alimentação no primeiro ano de vida: a intervenção de enfermagem nas crianças de origem asiática meridional**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, 2022.

PORTUGAL. Assembleia da República – **Regulamento n.º 140/2019**, de 6 de fevereiro.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Diário da República n.º 26, 2.ª série, 2019, p. 4744-4750.

RAMOS, N. Multiculturalidade e Comunicação em Saúde. *In* LOPES, J.; SANTOS, M.; MATOS, M.; RIBEIRO O. (Org). **Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar**. Loures: Lusociência, 2009. p. 67-82.

RAMOS, N. Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **RECIIS**, v. 6, n 4, p. 1-19, 2012.

SÁ, N. A. **Criança e jovem de origem africana com anemia falciforme: Cuidado culturalmente competente**. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, 2023.

SANTOS, R. A. **Cuidar multiculturalmente competente em saúde infantil e pediatria: Intervenção do enfermeiro especialista**. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, 2023.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2019.

A VIGILÂNCIA EM ENFERMAGEM COMO GARANTIA DA SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá¹.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-4523-1721>

RESUMO: Introdução) A promoção da segurança nos cuidados de saúde é uma temática premente na agenda mundial. A vigilância em enfermagem pode dar um contributo significativo para a otimização da segurança do cliente; **Metodologia)** Estudo teórico-conceitual, que abrange a análise, a discussão e a síntese conceptual, sustentado na pesquisa bibliográfica; **Resultados e Discussão)** Os estudos revelam que a vigilância profissional em enfermagem ancorada nos cinco atributos do modelo teórico de vigilância em enfermagem é fundamental na otimização da segurança do doente e sua família; **Conclusão)** Existe necessidade de realizar mais estudos sobre esta temática, nomeadamente na relação dos atributos da vigilância com o processo de tomada de decisão e a valorização da presença na relação terapêutica em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Segurança. Vigilância.

NURSING SURVEILLANCE AS A GUARANTEE OF SAFETY IN HEALTHCARE

ABSTRACT: Introduction) Promoting health care security is a prominent topic on the global agenda. Surveillance in sickness can provide a significant contribution to the optimization of client safety; **Methodology)** Theoretical-conceptual study, which includes analysis, discussion and conceptual synthesis, supported by bibliographic research; **Results and Discussion)** The studies reveal that the professional surveillance is anchored in the five attributes of the theoretical model of surveillance and it is fundamental in the optimization of the patient and his family safety; **Conclusion)** There is a need to carry out more studies on this topic, considering the relationship between the attributes of surveillance and the decision-making process and the valorization of the nursing presence in the therapeutic relationship.

KEY-WORDS: Nursing. Security. Surveillance.

INTRODUÇÃO

A essência do cuidado de enfermagem assenta no encontro intersubjetivo entre a pessoa doente e o enfermeiro, mediado por um corpo que requer cuidados de saúde e por uma presença no tempo, que não se cinge apenas à prestação de cuidados (RENAUD, 2010). Nesta perspetiva, o tempo que o enfermeiro partilha com o doente e sua família, é um tempo

comum em que a não realização de um procedimento técnico se torna tão importante quanto a observação compreensiva e simultaneamente focalizada de enfermagem. A observação é uma das técnicas que contribui de forma valorosa para o processo de apreciação ou avaliação da pessoa doente e sua situação. Um conhecimento aprimorado da resposta fisiológica, e não só, basal do doente, permite ao enfermeiro a detecção de alterações ténues hemodinâmicas, que ao persistirem no tempo podem conduzir a fenómenos de instabilidade hemodinâmica, e em última instância à sua morte. Deste modo, a vigilância adquire especial relevância pelo papel crucial que pode ter na antecipação de eventos adversos, complicações e até erros terapêuticos.

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (WHO, 2021), projetado de 2021 a 2030, visa suprimir os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar eventos adversos e travar a morte de milhões de doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros a nível mundial. O plano de ação descreve intervenções prioritárias para governos, sociedade civil, organizações internacionais, organizações intergovernamentais e pelas instituições de saúde em todo o mundo. O plano possui sete objetivos estratégicos para desenvolver: Desenvolver políticas de saúde para eliminar danos evitáveis; Criar sistemas de saúde de elevada confiança; Garantir a segurança dos processos clínicos; Envolver e capacitar os doentes e as famílias; Motivar, educar e capacitar os profissionais de saúde; Garantir a informação e a investigação; e Desenvolver parcerias, sinergias e a solidariedade. De salientar que o terceiro se foca especificamente na segurança dos processos de saúde e doença, estimando-se que quase metade desses eventos possa ser evitada.

A promoção da segurança nos cuidados de saúde é uma temática preemente na agenda mundial. A este nível, a vigilância em enfermagem pode dar um contributo significativo para a otimização da segurança do cliente. O conceito de vigilância deriva de um termo antigo em francês “*vigília*”, que significa um estado ou uma prática em ser cuidadoso com possíveis perigos ou problemas (VAHIDI ET AL., 2019). Apesar de não ser um conceito exclusivo da enfermagem a verdade é que Florence Nightingale (2011), já na sua obra de 1860, reconheceu a importância da vigilância na enfermagem, sobretudo através da observação. Na sua obra advoga, que é essencial que o enfermeiro saiba o que observar, e como observar, pois o enfermeiro tem que conhecer quais os sintomas e/ou sinais que indicam melhoria do estado do doente ou o seu inverso. Esta capacidade de análise requer um conhecimento aprofundado prévio do padrão de resposta fisiológica do doente.

Deste modo, enquanto objetivo, importa contribuir para a compreensão do processo de vigilância em enfermagem para a promoção da segurança dos cuidados em saúde e o desenvolvimento da enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo teórico-concetual, que abrange a análise, a discussão e a síntese conceptual, filosófica, teórica, de modelos, de inovações e de questões emergentes face à problemática

da segurança nos cuidados em saúde e do contributo da vigilância em enfermagem. A pesquisa bibliográfica sustenta a fundamentação teórica, a reflexão, a argumentação e a confrontação crítica face ao estado da arte. A análise aprofundada de um tema que emerge da prática profissional dos enfermeiros, de cuidados de saúde à população, nos diversos contextos de assistência em enfermagem, procurando assim dar contributos para o desenvolvimento das Ciências da Saúde e Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente os estudos associam o conceito de vigilância em enfermagem à observação direcionada em detrimento da empírica (HARMER & HENDERSON, 1939). Contudo, a partir da década de 70, OREM (1980) e outras teóricas de enfermagem dão um sentido mais profundo à observação referindo-se à perceção como uma importante habilidade para a vigilância em enfermagem. No âmbito dos cuidados de saúde, a vigilância refere-se à antecipação, monitorização e atuação do enfermeiro com o propósito de reduzir as ameaças à saúde e garantir a segurança dos doentes no seu atendimento (VAHIDI ET AL., 2019). Permite minimizar custos adicionais tanto para os sistemas de saúde como para as famílias dos doentes (AJRI-KHAMESLOU ET AL., 2021). Através da compilação das definições de vigilância presentes na literatura é possível analisar aspetos comuns e simultaneamente refletir sobre as suas características definidoras. De destacar, que quase todos são unânimes nos ganhos em saúde que esta prática acarreta e por consequência também traz ganhos específicos para a área da segurança.

A reflexão crítica permite transladar o conhecimento identificado de forma empírica na prática quotidiana da prestação de cuidados com o suportado pelas teorias e estudos científicos. Frequentemente, identificam-se estudos que usam o conceito de vigilância e de monitorização como sinónimos, mas, para a maioria dos autores, vigiar é uma intervenção complexa, distinguindo-se da monitorização pela sua intenção e alcance. A vigilância é um processo sistemático e direcionado para metas, focado na identificação precoce dos riscos a par da necessidade de intervenção sobre os mesmos. Inclui a identificação dos doentes em risco, com a identificação imediata dos possíveis eventos adversos, assim como todas as intervenções com vista à prevenção e recuperação de erros terapêuticos (HENNEMAN ET AL., 2012). A atuação na prevenção e minimização do impacto dos erros terapêuticos contempla as fases de identificação, interrupção e correção do mesmo, devendo estes fluxogramas estar plenamente descritos no âmbito das instituições de saúde.

Assim, considera-se a monitorização um componente importante no processo de vigilância, mas não é o único, e por si só é insuficiente para conduzir uma vigilância eficaz. Deste modo, entende-se a vigilância como algo mais abrangente do que a monitorização (HENNEMAN ET AL., 2012). O enorme investimento tecnológico presente na atualidade nas instituições de saúde possibilita que a tecnologia seja utilizada como um meio para melhor conhecer o doente (LOCSIN, 2005) e não como um substituto do processo mental complexo que envolve a vigilância em enfermagem. Os dados produzidos no processo de

monitorização do doente devem ser analisados apenas como um suporte para fundamentar o raciocínio clínico do enfermeiro.

A tecnologia surge deste modo como um potente aliado no processo de vigilância pela capacidade de produzir e até analisar dados ao longo do tempo, que permitem identificar padrões e disrupções no perfil hemodinâmico do doente. Cabe ao enfermeiro usar adequadamente esta tecnologia, usando por exemplo limites nos monitores cardíacos que sejam específicos para cada doente, em vez dos valores estandardizados que frequentemente já fazem parte do perfil desta tecnologia e que não contemplam as alterações decorrentes de co-morbididades ou até de tratamentos, como as cirurgias. Importa refletir que não interessa ter uma sala repleta de monitores e outra tecnologia que alarma constantemente por motivos errados, banalizando o seu subuso pelos enfermeiros, pois para melhor cuidar também é necessário um domínio das capacidades inerentes às novas tecnologias (LOCSIN, 2005). Este investimento formativo deve fazer parte do programa de atualização das instituições de saúde para que se traduza em ganhos para a segurança dos doentes e famílias.

A vigilância profissional, em enfermagem, assenta num exercício mental, que agrega uma base de fundamentação científica, intelectual e experiencial, sendo um pré-requisito para uma atuação informada na prestação de cuidados de saúde (MEYER & LAVIN, 2005). De acordo com estas autoras, existem cinco atributos essenciais à vigilância, tal como exemplificado no Quadro 1. trondheim

Quadro 1: Atributos de vigilância em enfermagem

Atribuir Significado	- O enfermeiro colhe e regista dados sobre o doente e o ambiente que o rodeia; - Isso permite-lhe fazer inferências sobre quais as observações que requerem intervenção e quais as que estão dentro da normalidade; - Ao atribuir significado aos dados observados o enfermeiro consegue elaborar diagnósticos de enfermagem.
Antecipar	- Através de apreciações/avaliações frequentes dos doentes e da análise dessas informações (sinais e/ou sintomas) é possível antecipar quando é provável que ocorram complicações ou eventos adversos; - Isto permite ao enfermeiro reconhecer os sinais e/ou sintomas das mesmas; atuando em tempo útil.
Calcular o Risco	- Avaliar, gerir e minimizar o risco permite ao enfermeiro estar alerta e balancear as suas intervenções; - Importa, com este atributo, maximizar os resultados pretendidos e diminuir a ocorrência de efeitos não intencionais, como complicações e mortalidade associada aos cuidados de saúde.

Estar Pronto para Agir	- O corpo de conhecimentos, sustentado na evidência científica, que o enfermeiro tem, permite-lhe fundamentar e direcionar a sua intervenção; - Isto garante que a tomada de decisão e a intervenção de enfermagem seja rápida e eficaz.
Monitorizar Resultados/ Outcomes.	- É essencial avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem implementadas, mobilizando indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: - Nesta etapa, o enfermeiro continua a realizar julgamentos e a ajustar continuamente os cuidados ao doente.

Fonte: Adaptado de MEYER & LAVIN (2005).

As cinco componentes da vigilância de MEYER & LAVIN (2005) potenciam a estruturação e a compreensão do processo mental inerente à vigilância em enfermagem. Os enfermeiros devem ser capazes de nomear a vigilância enquanto cuidado, descrevê-la e saber comunicá-la, sob pena de que este aspeto único do exercício profissional seja invisível para os outros. BENNER (2001) afirma a importância da vigilância no cuidado de enfermagem como um ato prudente para a deteção precoce dos problemas, sendo esta a primeira forma de garantir a segurança do doente.

Vigiar requer ainda a capacidade de gestão eficaz de situações de evolução rápida, o que se afigura de especial importância no cuidado à pessoa em situação crítica. Um exemplo disto é a vigilância de enfermagem ao nível da administração de protocolos terapêuticos complexos (BENNER, 2001), como na administração de terapêutica farmacológica de urgência nas situações de Acidente Vascular Cerebral. O enfermeiro, da área de especialização à pessoa em situação crítica, integra a vigilância à pessoa com AVC isquémico submetida a tratamentos de reperfusão; destacando a administração de rt-PA na trombólise e, de sedação e analgesia associada à trombectomia. Devido à sua elevada incidência mundial e aos elevados custos sociais das sequelas desta doença, existem atualmente protocolos de atuação e vigilância bem estruturados nesta área, que permitem evidenciar a importância da intervenção de enfermagem. O investimento em sofisticada tecnologia de monitorização nas designadas unidades de AVC e o reduzido rácio enfermeiro-doente ilustram esta necessidade de investimento das instituições de saúde na área da vigilância. A prossecução e validação de instrumentos e escalas específicas de vigilância são uma aposta importante no futuro desta área, pois permitem a uniformização da linguagem entre os profissionais de saúde e estabelecem critérios comuns ao processo de vigilância. Esta situação permite ilustrar os processos de tomada de decisão inerentes ao cuidado de enfermagem na vigilância do doente.

Um exemplo prático passa pelo conhecimento dos eventos adversos mais frequentes durante o transporte extra-hospitalar, sendo este essencial para a prevenção de potenciais riscos. O acesso ao tratamento definitivo, nas síndromes coronárias agudas, implica frequentemente o transporte extra-hospitalar pelas equipas dos serviços de emergência

médica, transporte esse associado a stresses físicos inerentes ao movimento, bem como à situação clínica da pessoa transportada (SILVA & GALINHA-DE-SÁ, 2018). Este estudo concluiu, que nesta população, os eventos adversos mais frequentes são a hipotensão e a disritmia cardíaca. A identificação de eventos adversos moderados e graves contribui para a clarificação do risco associado ao transporte da pessoa com síndrome coronária aguda, reforçando a importância da vigilância de enfermagem na identificação de focos de instabilidade. A utilização de escalas de estratificação do risco neste tipo de população pode também representar uma ferramenta importante para a decisão clínica fundamentada. Deste modo, a vigilância profissional de enfermagem promove a segurança da pessoa, identificando os riscos e planejando a intervenção fundamentada no sentido de prevenir a ocorrência de eventos adversos.

O processo de tomada de decisão em enfermagem orienta o processo de enfermagem e a forma como os enfermeiros incorporam a informação recolhida por via da vigilância como fundamento do plano de cuidados que elaboram. O processo de enfermagem assenta em diagnósticos de enfermagem sustentados no julgamento clínico do enfermeiro. Como um dos principais atributos da enfermagem profissional, o julgamento clínico refere-se ao processo pelo qual os enfermeiros tomam decisões com base no conhecimento de enfermagem (evidência científica, teorias e padrões de experiência clínica), sendo influenciado também por outros conhecimentos disciplinares, o pensamento crítico e o raciocínio clínico do próprio enfermeiro (TANNER, 2006). Deste modo, a vigilância em enfermagem alimenta a elaboração dos diagnósticos, a sua atualização e reformulação consoante as necessidades, sendo também motor justificativo para as intervenções levantadas pelos enfermeiros no plano de cuidado. Importa lembrar que existe um grupo de diagnósticos em enfermagem alocado exclusivamente às situações de risco vivenciadas pelos clientes e para os quais a vigilância é intervenção fulcral.

A relação terapêutica em enfermagem surge novamente como pedra basilar de toda a prestação de cuidados, sendo fulcral dar visibilidade a um cuidado que é frequentemente invisível, pois o registo do que podia ter acontecido não é uma prática dos cuidados de enfermagem, ao invés do registo do evento de adverso ou do erro terapêutico, cuja notificação é mandatória. Deste modo, reflete-se sobre a importância dos registos de enfermagem traduzirem todas as intervenções de vigilância realizadas durante um turno e de que forma a atuação atempada ou mesmo antecipada do enfermeiro foi essencial para evitar complicações no doente. Este cuidado a longo prazo traduz-se em menos dias de internamento, menos vindas ao serviço de urgência, menos reinternamentos, maior qualidade de vida, maior autonomia na atividades de vida diárias e consequentemente menos custos em saúde e para toda uma sociedade.

O cuidado de enfermagem, não é preocupação, mas ao invés, presença autêntica (RENAUD, 2010). Nos cuidados de saúde, a vigilância, tem uma função de diagnóstico precoce, como um ato prudente para a deteção antecipada de sinais de alarme e/ou mudanças significativas do estado do doente, prevenindo assim a sua deterioração

BENNER (2001). Deste modo, a vigilância em enfermagem tem este cariz de presença autêntica do enfermeiro, que contribui inevitavelmente para o estabelecimento de uma relação terapêutica, pelo conhecimento aprofundado do Outro, e da sua vivência, que esta presença autêntica lhe confere.

CONCLUSÃO

O modelo teórico de vigilância em enfermagem de Meyer & Lavin (2005) confere aos enfermeiros uma estrutura mental orientada para a prática clínica, baseada nos seus cinco atributos essenciais, nomeadamente atribuir significado, antecipar, calcular o risco, estar pronto para agir e monitorizar resultados. A investigação futura nesta área deve considerar a forma como cada um destes atributos confere uma resposta efetiva para a segurança da pessoa e sua família. É também importante analisar os processos de tomada de decisão dos enfermeiros associados à operacionalização desses mesmos atributos.

Importa referir como limitação a reduzida produção científica em enfermagem, associando estes dois conceitos, o da segurança e da vigilância. Tornou-se também claro, através da análise crítica deste estudo teórico reflexivo, que não é possível dissociar a vigilância do estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente, em que a presença autêntica do enfermeiro, se envolve de contornos singulares e complexos, que mediam o próprio processo de cuidar em enfermagem.

Ao analisar em profundidade este modelo, mobilizando a evidência científica produzida, foi possível dar resposta ao objetivo de contribuir para a compreensão do processo de vigilância em enfermagem para a promoção da segurança dos cuidados em saúde e o desenvolvimento da enfermagem.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, autora deste artigo, declaro que **não possuo** conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- AJRI-KHAMESLOU, Mehdi, NAJAFI, Mojgan & KARIMOLLAHI, Mansoureh. Vigilance in Nurses Working in Intensive Care Units. **Open Journal of Nursing**, Vol.11 No.9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.119061>
- BENNER, Patricia. **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem** (1a ed), 2001. Editora Quarteto.
- HARMER, Bertha, & HENDERSON, Virginia. **Textbook of the principles and practice of nursing**, 1939. New York: Macmillan Company.
- HENNEMAN, Elizabeth, GAWLINSKI Anna, & GIULIANO, Karen. Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. **Critical Care Nurse**. Apr;32(2): e9-18, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>
- LOCSIN, Rozzano C. **Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for**

Practice, p. 229, 2005. Editor: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

MEYER, Geralyn, & LAVIN, Mary Ann. Vigilance: the essence of nursing. **Online Journal of Issues in Nursing**, 10(3), 8, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.3912/ojin.vol10no03ppt01>

NIGHTINGALE, Florence, **Notas Sobre Enfermagem - Um Guia para os Cuidadores na Actualidade**, 2011. Lusociência.

OREM, Dorothea. **Nursing: Concepts of practice** (2nd ed.), 1980. New York: McGraw-Hill

RENAUD, Isabel. O Cuidado em Enfermagem. **Revista Pensar Enfermagem**, 14(1), 2-8, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v14i1.34>

SILVA, Rita & GALINHA-DE-SÁ, Florinda. Eventos adversos durante o transporte da pessoa com Síndrome Coronária Aguda: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Nº 22- 2ª série: 31-41, 2018. ISSN: 2182-9764. Disponível em: <https://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/777-rie-22-fevereiro-2018>

TANNER, Christine. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. **Journal of Nursing Education**, Jun;45(6): 204- 211, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

VAHIDI, Hossein, ARESHTANAB, Mohammad, JAFARABADI, Sancia, FOONG, Andrew & CLEARY, Michelle (2019) Providing a Safe Environment in a Psychiatric Ward: Nurses and Vigilance in Iran, **Issues in Mental Health Nursing**, 40:1, 65-72, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1463326>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. ISBN 978-92-4-003270-5 (electronic version). ISBN 978-92-4-003271-2 (print version), 2021. World Health Organization

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DO EMPOWERMENT FAMILIAR DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cristina Maria Rosa Jeremias¹;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-8339-1606>

Maria Inês dos Santos Ferreira Oliveira e Cunha²;

Unidade Local de Saúde Santa Maria – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0007-9890-6124>

Mariana Fernandes Vaz³;

Unidade Local de Saúde Santa Maria – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0000-0691-2199>

Raquel da Silva Solposto⁴;

Hospital da Ordem Terceira Chiado, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0000-0325-4725>

Sofia Costa Andrade Valente de Aguiar⁵.

Unidade Local de Saúde Santa Maria – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0003-2223-6145>

RESUMO: O internamento de uma criança é, maioritariamente, um fator de stress para os familiares, sendo que, se torna fulcral a prestação de cuidados de enfermagem individualizados ao cliente pediátrico, adotando-se uma filosofia de cuidados centrados na família, promotora do *empowerment* familiar. Deste modo, é fundamental, na área de enfermagem pediátrica, garantir o envolvimento familiar e uma relação de parceria na prática de cuidados, no internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos. Este capítulo tem como objetivo identificar quais os cuidados de enfermagem que visam promover o *empowerment* familiar do recém-nascido e lactente, numa unidade de cuidados intensivos. Trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura, para a qual formulou-se a pergunta de investigação: Quais os Cuidados de Enfermagem Promotores do *Empowerment* Familiar do Recém-nascido e Lactente numa Unidade de Cuidados Intensivos? Foi realizada pesquisa em diversas bases de dados. Identificaram-se trinta e dois artigos, dos quais se selecionaram para análise seis de acordo com os critérios de inclusão. Emergiram quatro subcategorias que deram origem à categoria “cuidados de enfermagem promotores do *empowerment* familiar”. Assim, destacam-se intervenções de enfermagem relacionadas com o envolvimento familiar no cuidado, estratégias para a construção de uma relação de parceria, avaliação das necessidades da família e as intervenções relacionadas com a capacitação da mesma. Através da análise dos artigos selecionados e comparação com outra literatura atual, destaca-se o envolvimento familiar nos cuidados, incentivando-se a sua participação e criando-se uma relação de parceria, fundamental para a avaliação das

necessidades da família que permitirá elencar os pontos fortes e fracos e seus recursos, para que os enfermeiros possam capacitar a família de forma a responder às suas necessidades com confiança e autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Pediátrica; *Empowerment*; Unidade de Cuidados Intensivos.

“NURSING CARE PROMOTER OF FAMILY EMPOWERMENT OF THE NEWBORN AND INFANT IN AN INTENSIVE CARE UNIT”

ABSTRACT: The hospital admission of a child is often a stressful event for family members. Thus, it is essential to provide individualized nursing care to pediatric patients, adopting a family-centered care philosophy that promotes family empowerment. Thus, in pediatric nursing, it is essential to ensure family involvement and a partnership in the practice of care during Intensive Care Unit hospitalization. In this chapter we intend to identify nursing care interventions that aim to promote the family empowerment of the newborn and infant in an intensive care unit. It's a Systematic Literature Review with the following research question was formulated: What Nursing Care Interventions Promote Family Empowerment of the Newborn and Infant in an Intensive Care Unit? The research was conducted in several databases. Thirty-two articles were identified, of which six were selected for analysis according to the inclusion criteria. Four subcategories emerged which gave rise to the category: “nursing care interventions that promote family empowerment”. Thus, we highlight the nursing interventions related to family involvement in care, strategies for building a partnership relationship, assessing the family's needs, and the interventions related to family empowerment. Through analysis of the selected articles and comparison with other current literature, family involvement in care is highlighted, encouraging their participation, and creating a relationship of partnership, which is essential to assess their needs and identify their strengths, weaknesses, and resources so that nurses may empower the family to fulfill their needs with confidence and autonomy.

KEY-WORDS: Pediatric Nursing; Empowerment; Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

O *empowerment* surge na enfermagem associado à Filosofia de Cuidados Centrados na Pessoa, sendo, também, definido como a transação entre o enfermeiro, como possuidor de poder e controlo, e o cliente, que aceita e se responsabiliza pelo controlo da sua vida/situação de saúde. Assim, o *empowerment* assume diferentes significados para diferentes pessoas, tendo em conta, entre outros fatores, as experiências individuais, o contexto sociocultural, espiritual e económico do cliente (CABETE, 2021).

Em pediatria o *empowerment* encontra-se relacionado com os Cuidados Centrados na Família (CCF), que pressupõem a implementação de intervenções que visam dignificar e respeitar as escolhas e perspetivas do cliente pediátrico, através do conhecimento dos

valores, das crenças e dos elementos organizadores da sua cultura de cuidar, incluindo-os no planeamento e prestação de cuidados. Além disso, os CCF, promovem, a partilha de informação entre profissionais de saúde e a família, de maneira completa e imparcial, o incentivo das mesmas para a participação na prestação de cuidados e tomada de decisão e a capacitação do cliente pediátrico, promovendo o *empowerment* (PINTO PERES et al., 2010; HOCKENBERRY, 2019).

O *empowerment*, é fundamental para responder às necessidades parentais, resultando da interação dos profissionais de saúde com a família, de maneira que esta construa e reconheça mudanças positivas nos seus comportamentos, assegurando um ganho progressivo de forças, capacidades e ações, tornando os pais habilitados a cuidar de forma autónoma (HOCKENBERRY, 2019).

Deste modo, a promoção do *empowerment* parental durante o internamento da criança recém-nascida e lactente, é reconhecido como imprescindível, uma vez que promove o papel parental adequado e a responsabilização pelos cuidados à criança, aumentando a confiança e a participação dos pais, trazendo efeitos positivos a curto e longo prazo (FRADE, 2015).

METODOLOGIA

Na presente Revisão Sistemática da Literatura, foi utilizado o referencial do Joanna Briggs Institute de 2021. Para o objetivo - *Identificar cuidados de enfermagem que visam promover o empowerment familiar dos recém-nascidos e lactentes, numa unidade de cuidados intensivos*; foi definida como questão de investigação - *quais os cuidados de enfermagem promotores do empowerment familiar dos recém-nascidos e lactentes, numa Unidade de Cuidados Intensivos?*

De forma a responder à questão de investigação colocada foi utilizada uma metodologia com base na estratégia PICO (P- População; I - Intervenção; Co – Contexto).

Quadro 1. Estratégia PICO

Protocolo de Investigação			Palavras-chave
P	População	Recém-nascido, lactentes, família e enfermeiros.	Enfermagem Pediátrica; <i>Empowerment</i> ; Unidade de Cuidados Intensivos.
I	Intervenção	Cuidados de enfermagem promotores do <i>empowerment</i> da família.	
Co	Contexto	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.	

Além da população, foram também definidos como critérios de inclusão: estudos de investigação primária que analisem o papel dos cuidados de enfermagem promotores do *empowerment* da família de recém-nascidos e lactentes em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos; publicados de janeiro de 2018 a dezembro de

2022, na língua portuguesa, inglesa ou castelhana, e com acesso a texto integral.

A pesquisa foi realizada no ano 2022, nas bases de dados - The Joanna Briggs Institute EBP DataBase, Thomson Reuters, Wiley Online Library, Springer Link; na interface EBSCOhost Research Databases - CINAHL, MEDLINE, Nursing Reference Center; na interface Elsevier - Science Direct, SciVerse Scopus. Recorremos, também, a repositórios de livre acesso, tais como: Biblioteca Virtual em Saúde; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; Diretório de revistas em livre acesso; Bio Med Central; Biblioteca do Conhecimento Online e Scielo Brasil e Portugal.

Para a realização da pesquisa recorremos à expressão de pesquisa: [(Nurse*) AND (Empowerment) AND (Parents) AND (Newborn) AND (Intensive Care Unit)] e [(Nurse*) AND (Empowerment) AND (Parents) AND (Infant) AND (Intensive Care Unit)]; cujos termos de indexação foram verificados de acordo com os descritores DeCS/MeSH.

Identificamos 1391 artigos, dos quais 14 encontravam-se duplicados, ficando 1377, sendo que destes foram excluídos 1326 com base na leitura do título, permanecendo 51 artigos. Posteriormente foram excluídos 19 artigos com base nos critérios de inclusão, ficando uma pré-seleção de 32 artigos. Destes últimos foram excluídos 26 artigos: sete (7) por intervenção não realizada por enfermeiros, 10 por intervenção não focada no *empowerment* de pais/familiar, um (1) por intervenção adaptada a cultura específica e oito (8) por não acesso ao texto integral. Tendo sido feita uma seleção final de seis (6) artigos.

Avaliação da qualidade dos artigos

Os seis (6) artigos foram submetidos a uma análise para avaliar a sua qualidade, segundo os critérios do JBI (Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews, 2020). Desta avaliação, todos os artigos foram considerados com qualidade adequada, tendo sido incluídos nesta Revisão Sistemática da Literatura, o total dos seis (6) estudos primários selecionados.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi realizada seguindo os princípios éticos no decorrer de todas as suas etapas, mantendo-se assegurado o respeito pelos princípios de *fidelidade aos autores no tratamento da informação*, bem como o *respeito pela integridade textual*, utilizando a referenciação dos autores dos artigos de onde foram retiradas as informações. Destacamos que as autoras da presente revisão não têm qualquer relação com autores dos artigos selecionados, *não existindo conflitos de interesse*.

RESULTADOS

Os artigos selecionados foram publicados entre 2018 e 2022, redigidos em inglês e as investigações foram realizadas nos Países Baixos, Estados Unidos da América, Turquia, Canadá, Suécia e Inglaterra, tal como referido no Anexo I. Foram selecionados seis artigos científicos, sendo:

- Dois estudos quantitativos, um realizado com método quase-experimental e outro de coorte prospetivo observacional;
- Três estudos qualitativos, dois realizados com método dedutivo e um com o método indutivo;
- Um estudo misto, realizado com os métodos dedutivo e indutivo.

Para a colheita de dados dos estudos, foram utilizadas técnicas de entrevistas semiestruturadas e de grupo, questionários/escalas, e registos médicos e de enfermagem.

Todos os artigos selecionados, de acordo com os critérios de inclusão, apresentam estudos direcionados ao *empowerment* familiar de recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, não tendo sido encontrados estudos abrangentes ao cliente pediátrico lactente internado em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, constituindo um hiato identificado na pesquisa efetuada. Dos achados emergiram quatro categorias:

- Avaliação das necessidades;
- Relação de parceria;
- Envolvimento no cuidado;
- Desenvolvimento de competências.

Destas categorias surgiu o tema “*intervenções de enfermagem promotoras do empowerment familiar.*”

Avaliação das necessidades

Os investigadores apresentam diversas metodologias para a avaliação das necessidades parentais relativas à prestação de cuidados aos filhos internados; os artigos referem as seguintes:

- A apreciação da criança e família com base em *checklists* adaptadas à família, de forma a avaliar o progresso na prestação de cuidados (BLOMQVIST et al, 2021);
- Realização de *follow up*, com teleconsultas diárias nas primeiras semanas, no final da segunda semana, e no final do primeiro mês pós-alta;
- Avaliação da adaptação parental pós-alta o final do primeiro mês de vida da criança.

Relação de parceria

Os artigos indicam a importância da manutenção de uma relação próxima entre os profissionais e a família (BLOMQVIST et al, 2021), construindo uma relação de parceria que se desenvolve através:

- Da disponibilidade de informação contínua relativamente ao estado clínico do RN e às decisões clínicas, realizando reuniões informativas com os pais sobre os cuidados prestados à criança (VAN DEN HOOGEN et al, 2020);
- Da personalização da informação, recorrendo a linguagem familiar do cliente;
- Da realização de entrevista de orientação com pais e outros familiares envolvidos nos cuidados ao recém-nascido; durante a qual, o enfermeiro deve permitir e incentivar a

colocação de questões e/ou dúvidas (VAN DEN HOOGEN et al, 2020);

- Da partilha de experiências e *storytelling* entre pais ou outros familiares, promovendo a expressão de vivências pessoais na UCIN (GILSTRAP, 2021).

Envolvimento no Cuidado

Relativamente ao envolvimento no cuidado, os estudos referem a importância:

- Da presença parental na prestação de cuidados (SKENE et al, 2019; BLOMQVIST et al, 2021) e do envolvimento dos pais nos cuidados prestados ao filho;
- Da implementação de uma política de livre acesso ao serviço aos pais e o consentimento da sua presença junto dos filhos durante as vistas interdisciplinares (SKENE et al, 2019; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022);
- Do envolvimento dos pais na tomada de decisão, encarando-os como parceiros; de forma a aumentar a sua confiança, capacidades e fortalecer a relação e vinculação com a criança (SKENE et al, 2019; VAN DEN HOOGEN et al, 2020; GILSTRAP, 2021; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022);
- Da coordenação de reuniões de grupos de suporte parental (consultas de psicologia, de amamentação e de apoio ao cuidado do RN prematuro), com a finalidade de reforçar a confiança dos pais na prestação de cuidados ao filho (ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022).

Desenvolvimento de competências

Em relação ao desenvolvimento de competências, a evidência reforça a importância da educação fornecida aos pais de forma a promover o aumento da sua confiança (KIM et al, 2021; SKENE et al, 2019). Para que assim aconteça, será necessário:

- Orientação fornecida aos pais relativamente ao ambiente da UCIN, como o tipo de instalações e equipamentos (SKENE et al, 2019);
- Proporcionar momentos de discussão de dúvidas;
- Focar as ações de educação dirigida aos pais nos cuidados prestados ao recém-nascido, procedimentos e tratamentos executados;
- Construção de cenários para treino dos pais nas atividades de cuidado durante o internamento e dando apoio relativamente a tratamentos futuros (GILSTRAP, 2021).

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados apresentados sobre o presente tema - *Intervenções de enfermagem promotoras do empowerment familiar* -, encontra-se organizada de acordo com as categorias nomeadas: *avaliação das necessidades; relação de parceria; envolvimento no cuidado; e desenvolvimento de competências*.

Avaliação das necessidades

As intervenções de enfermagem nas UCIN têm na sua gênese a filosofia dos cuidados centrados na família, de forma a melhorar o bem-estar infantil e diminuir o tempo de permanência hospitalar. Para que assim ocorra, na avaliação das necessidades, BLOMQVIST et al (2021) defende que deverá ser utilizada uma *checklist* adaptada à família de modo a avaliar o seu progresso na prestação de cuidados e desenvolvimento de competências parentais. Neste sentido, (CARDOSO et al, 2015) refere que o nível de conhecimentos e habilidades parentais é fundamental para a criação de um ambiente familiar adequado ao desenvolvimento saudável e para a satisfação das necessidades da criança. Deste modo, compreender a percepção, expectativas e necessidades de aprendizagem parental será importante para a avaliação dos potenciais fatores facilitadores e inibidores do processo de transição.

O enfermeiro deve realizar o diagnóstico das necessidades dos pais, nomeadamente através da avaliação das competências parentais de forma a prepará-los para o exercício da parentalidade e monitorizar a sua evolução, procedendo ao *Follow up* com teleconsultas nas primeiras semanas pós-alta até ao final do primeiro mês de vida e/ou até estes se sentirem capazes e confiantes para assumir os cuidados ao seu filho (CARDOSO et al, 2015; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022). Este momento de interação com a família possibilita a partilha de dúvidas, sentimentos, emoções e validação de informação com o enfermeiro ou com outros profissionais de saúde, sendo uma oportunidade para a avaliação de competências parentais.

Tanto a avaliação das competências parentais como o diagnóstico das necessidades de aprendizagem, conhecimentos e habilidades para o desempenho do papel parental, são fundamentais para o processo de transição para a parentalidade. Esta etapa de apreciação constitui o primeiro passo para um processo de cuidados individualizado e sensível, favorecendo o ajustamento ao papel parental e a resposta a novos desafios, visando a promoção do *empowerment* parental (BLOMQVIST et al, 2021; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022).

Relação de parceria

A parceria de cuidados em enfermagem constitui a estrutura da filosofia dos cuidados em pediatria, que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança em meio hospitalar (MANO, 2002). Em pediatria, a construção da relação de parceria estabelece-se, também, com base no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, uma vez que este modelo de cuidados pediátricos foi desenvolvido a partir da filosofia dos cuidados centrados na família (LOPES, 2012).

Na relação de parceria entre pais e profissionais de saúde, o investimento na relação entre ambos é fundamental, uma vez que, a partilha de informação regular sobre o estado clínico da criança fomenta uma relação próxima e positiva com a família, assegurando o direito aos pais de receber informação adaptada à sua compreensão. (Souza et al., 2010;

HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

A entrevista de orientação com os pais e outros familiares envolvidos, favorece a relação de parceria, dado que promove a segurança parental e garante o apoio emocional, durante a qual os profissionais de saúde devem demonstrar disponibilidade para o questionamento e para a escuta.

A partilha de experiências e de *storytelling* (contar histórias) entre os familiares das crianças, facilitam: o sentimento parental de inclusão, o sentimento de conforto e segurança em relação à equipa de enfermagem de enfermagem, o aumento da segurança e a autonomia parental (VAN DEN HOOGEN et al, 2020). Recorrer ao *storytelling*, como forma de intervenção em enfermagem, pode ser uma ferramenta fundamental (inovadora) na prática dos enfermeiros. O *storytelling* como parte integrante da enfermagem, além dos benefícios que oferece aos recém-nascidos e os pais, pode ser usado como forma de ensino ou de suporte emocional (PINTO et al, 2021).

Envolvimento no cuidado

O envolvimento no cuidado reflete-se no envolvimento dos pais ou outros familiares como parceiros nos cuidados de saúde, cuidando de si mesmos e da criança (VAN DEN HOOGEN et al, 2020).

A presença dos pais na Unidade de Cuidados Intensivos constitui uma estratégia promotora do início do envolvimento nos cuidados. A evidência mostra que o livre acesso dos pais à Unidade de Cuidados Intensivos proporciona o aumento do envolvimento parental nos cuidados ao filho, promove o conhecimento relativo às necessidades do mesmo, melhora o envolvimento emocional entre mãe/pai e a criança. (MEDINA et al, 2018; SKENE et al, 2019; VAN DEN HOOGEN et al, 2020; GILSTRAP, 2021; KIM et al, 2021; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022).

Promover a participação ativa dos pais na tomada de decisão relativamente ao plano de cuidados da criança, permitindo que verbalizem o conhecimento sobre as necessidades de cuidados na UCI e no pós-alta, reforça a perceção dos pais como elementos ativos durante todo o processo (GILSTRAP, 2021). Envolver os pais na tomada de decisão, encarando-os como parceiros, aumenta a confiança, desenvolve as capacidades, fortalece a relação e a vinculação com a criança (SKENE et al, 2019; VAN DEN HOOGEN et al, 2020; GILSTRAP, 2021; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022). Os estudos referem que a presença dos pais durante as visitas interdisciplinares beneficia o envolvimento parental no cuidado ao recém-nascido (ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022; SKENE et al, 2019). A presença dos progenitores nestes momentos fá-los sentir-se integrados no processo de cuidados do filho e, conseqüentemente, encontrarem maior espaço para questionar e participar na tomada de decisão informada (SKENE et al, 2019).

As reuniões de grupos de suporte parental, proporcionam apoio psicológico, tendo a finalidade de reforçar a confiança dos pais na prestação de cuidados ao filho (BLOMQVIST et al, 2021; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022). O facto de, nas UCIN as atividades

de cuidados ao recém-nascido serem prestadas, de forma praticamente exclusiva pelos profissionais de saúde, aumenta a insegurança dos pais e a incerteza relativamente ao seu papel no processo de cuidados. Tendo em conta as intervenções baseadas na filosofia dos CCF, as reuniões de grupos de suporte parental, promovem maior conhecimento relativamente às necessidades de cuidados e capacitação dos pais para executá-los, como uma mudança no significado atribuído pelos mesmos ao seu próprio papel, enquanto pais numa UCIN (GILSTRAP, 2021).

Desenvolvimento de competências

O ambiente tecnológico numa UCIN, por ser intimidador para os pais, constitui um dos fatores que causa stress parental. A orientação fornecida aos pais relativamente a este tipo de ambiente, é essencial para tranquilizá-los. Disponibilizar informação sobre o ambiente das UCI, ajuda os pais a compreenderem os eventos, para si, confusos e imprevisíveis inerentes aos cuidados neste tipo de Unidade; otimizando assim, deste modo, as respostas parentais de forma a aumentar a confiança e a segurança, possibilitando uma maior participação nos cuidados prestados aos filhos. (GASPAR, 2020; GILSTRAP, 2021; KIM et al, 2021; ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022).

Quando confrontados com situações que exigem ações de educação para a saúde dirigidas aos pais, os profissionais de saúde dão resposta às respetivas necessidades de aprendizagem, recorrendo a linguagem que seja familiar e perceptível aos pais (SKENE et al, 2019). Este tipo de intervenção promove uma aliança entre pais/família/enfermeiros ou outros profissionais de saúde, favorecendo o planeamento da alta desde a admissão (GILSTRAP, 2021). Assim, o espaço para questionamento deve ser preservado, adequando as ações de educação às capacidades dos pais, de acordo com as suas necessidades (KIM et al, 2021).

A interação da equipa de enfermagem com os pais na UCIN é uma oportunidade para apreciar os conhecimentos e crenças dos mesmos e, também, um momento de reflexão e de aprendizagem que promove o treino e o desenvolvimento de competências parentais para dar resposta às necessidades do recém-nascido (ALBAYRAK e BÜYÜKGÖNENÇ, 2022). Deste modo, o desenvolvimento de competências permite aos pais/família a oportunidade para demonstrar as já alcançadas ou adquirir novas capacidades de forma a dar resposta às necessidades da criança. Através da capacitação dos pais, os enfermeiros otimizam as respostas parentais de modo a aumentar a confiança e a segurança, possibilitando uma maior participação nos cuidados prestados aos filhos (GASPAR, 2020; KIM et al, 2021).

CONCLUSÃO

Com a presente Revisão Sistemática da Literatura, foi possível analisar evidência, disponível de acordo com os critérios previamente definidos, sobre o tema - Promoção do *empowerment* familiar de recém-nascidos internados em unidades de cuidados intensivos neonatais. Para a promoção do *empowerment* desta população neste contexto será

necessário: Realizar a apreciação das necessidades familiares, de forma a identificar-se as necessidades de aprendizagem, as intervenções de enfermagem e os recursos disponíveis; tendo em atenção as forças e fraquezas, mobilizando instrumentos de avaliação adequados; Estabelecer uma relação de parceria com base nos CCF, que pressupõe a parceria de cuidados promotora da comunicação, partilha de sentimentos, aumento da confiança e promoção do bem-estar; Envolver os pais nos cuidados, atendendo que, a mudança do papel parental de observador passivo para cuidador ativo, apresenta um impacto positivo no desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e neurológico da criança, bem como a nível da saúde a longo prazo; Promover o desenvolvimento das competências dos pais/família, aumentando a confiança, a segurança e promovendo uma maior participação nos cuidados ao recém-nascido.

Sendo assim, promover o *empowerment* parental sublinha a necessidade do enfermeiro e de outros profissionais de saúde, assumirem os pais como parte integrante do sistema da criança e reconhecer a importância da participação dos mesmos ao longo do processo de cuidados (PEREIRA, 2014).

A evidência revela que os cuidados de enfermagem promotores do *empowerment* familiar de recém-nascidos numa UCIN e, conseqüentemente, a implementação da filosofia de CCF é fundamental para uma prática individualizada, de excelência, permitindo obter *outcomes* positivos e ganhos em saúde.

Relativamente às limitações desta Revisão Sistemática da Literatura, identificámos a escassez de artigos científicos sobre as intervenções de enfermagem promotoras do *empowerment* familiar de crianças latentes internadas numa UCIP. Importa investir nesta área de investigação, relativa à promoção do *empowerment* familiar, para o desenvolvimento da prática clínica da enfermagem pediátrica e para a investigação.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Na realização do presente artigo, nós, autoras, declaramos que não possuímos conflitos de interesse de ordem financeira, comercial, política, académica e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBAYRAK, S.; BÜYÜKGÖNENÇ, L. **The impact of family-centered care interventions on neonatal and parental outcomes in a Turkish hospital.** Collegian, 2022.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. JBI Systematic Reviews. *In:* Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis.** JBI, 2020. Chapter 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- BLOMQVIST, Y., T.; ÅGREN, J.; KARLSSON, V. The Swedish approach to nurturing extremely preterm infants and their families: A nursing perspective. **Seminars in Perinatology**, New York, v. 46, n. 1, p. 1-5, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151542>
- BRØDSGAARD, A.; PEDERSEN, J.; LARSEN, P.; WEIS, J. Parents', and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: A qualitative review and meta-synthesis.

Journal of Clinical Nursing, Manchester, v, 28, n. 17-18, p. 3117-3139, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>

CABETE, D. Empowerment: a chave para a concretização do projeto de saúde do cliente e para a promoção do seu potencial de saúde. *In*: HENRIQUES E. M. (Coord.), **O Cuidado Centrado no Cliente** - Da apreciação à intervenção de Enfermagem. Pêro Pinheiro: Sabooks Editora – Lusodidacta, 2021. p. 243-255.

FRADE, F. A. M. **A promoção do empowerment dos pais na UCEN**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2015.

GASPAR, M. E. P. **Capacitação dos pais da criança com condição crónica dependente de tecnologia na transição para a alta**: intervenções de enfermagem. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2020.

GILSTRAP, C. Organizational Sensegiving in Family-Centered Care: How NICU Nurses Help Families Make Sense of the NICU Experience. **Health Communication**, v. 36, n. 13, p. 1623-1633, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1785373>

HOCKENBERRY, M. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. *In* HOCKENBERRY, M.; WILSON, D; RODGERS, C. **Wong's Essentials of Pediatric Nursing**. 10th. Missouri: Elsevier, 2019. p. 34-63.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses** - Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews, 2020. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

KIM, T.; CAMPBELL-YEO, M.; DISHER, T.; DOL, J.; RICHARDSON, B.; BISHOP, T. et al. Caregiver Presence and Involvement in a Canadian Neonatal Intensive Care Unit: An Observational Cohort Study. **Journal Of Pediatric Nursing**, v. 60, p. 123-129, September-October 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.04.023>

MEDINA, I. M. F.; GRANERO-MOLINA, J.; FERNÁNDEZ-SOLA, C.; HERNÁNDEZ-PADILLA, J. M.; ÁVILA, M. C.; RODRÍGUEZ, M. D. M. L. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. **Women and Birth**, v. 31, n. 4, p. 325–330, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>.

PEREIRA, C.; FERNANDES, L.; TAVARES, M.; FERNANDES, O. Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. **Nursing**, v. 12, n. 14, p. 1-7, 2011.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; PETTENGILL, M. M.; BALIEIRO, M. M. F. G. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 132-135, 2010. Acedido em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nvbLHsC6jjrcC9KrdMgYLRc/?lang=pt>

SKENE, C.; GERRISH, K.; PRICE, F.; PILLING, E.; BAYLISS, P.; GILLESPIE, S. Developing family-centred care in a neonatal intensive care unit: An action research study. **Intensive And Critical Care Nursing**, v. 50, p. 54-62, February 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.006>

VAN DEN HOOGEN, A.; EIJSERMANS, R.; OCKHUIJSEN, H.; JENKEN, F.; OUDE MAATMAN, S.; JONGMANS, M. et al. Parents' experiences of VOICE: A novel support programme in the NICU. **Nursing In Critical Care**, v. 26, n. 3, p. 201-208, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12569>.

PREScrição SOCIAL COMO PROMOTOR DA SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES

José Manuel Tátá Falé¹;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal.

<http://lattes.cnpq.br/8935350879327573>

Andreia Cátia Jorge Silva Costa²;

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2727-4402>

Joaquim Manuel Oliveira Lopes³.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal.

<http://lattes.cnpq.br/0548578158630097>

RESUMO: A adolescência é uma fase de vulnerabilidade física e psicológica, em que ocorrem mudanças significativas, podendo resultar em ameaças ao desenvolvimento e sofrimento mental. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) defende a implementação de programas que promovam as capacidades das pessoas, atuando antes que os sintomas se manifestem. Sugere ainda, intervenções com jovens, com especial foco no desenvolvimento e que envolvam os contextos sociais. Assim, a Prescrição Social (PS) surge como uma possibilidade de dar resposta às diversas necessidades do adolescente, sociais, físicas ou emocionais. É uma intervenção terapêutica estruturada, que requer uma participação direta no contexto social, com o objetivo de ativar o suporte social e promover e manter comportamentos saudáveis e de bem-estar mental (LEAVELL *et al.*, 2019). Existem vários modelos de PS, com diferentes estruturas e com o envolvimento de diversos atores e organizações, o que implica diferentes desafios para o desenvolvimento e aplicação da intervenção, bem como para a compreensão de todas as variáveis envolvidas (PESCHENY *et al.*, 2018). A prescrição pode ser para diversas atividades, nomeadamente: arte, voluntariado, atividades na natureza e exercício físico. A evidência tem demonstrado que a PS beneficia os indivíduos, ajudando-os a ter um sentido de vida mais positivo e otimista, conectando-os com a comunidade envolvente, mas que estes resultados são muito dependentes da qualidade da relação com o profissional de saúde que faz a ligação entre a saúde e a comunidade. BICKERDIKE *et al.* (2017), citado por HAYES *et al.* (2020), numa revisão da literatura, refere que a PS pode ser útil na melhoria da saúde mental e do bem-estar, aumento da autoestima e da inclusão social. A PS pode contribuir significativamente para a resposta às necessidades de saúde mental dos adolescentes, com intervenções que abordam os principais determinantes da saúde, numa perspetiva salutogénica.

PALAVRAS-CHAVE: Prescrição social. Adolescentes. Saúde mental.

SOCIAL PRESCRIBING AS A PROMOTER OF ADOLESCENTS' MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Adolescence is a phase of physical and psychological vulnerability, in which significant changes occur, which can result in threats to development and mental suffering. The World Health Organization (WHO, 2013) advocates the implementation of preventive programs that promote people's capacities, acting before symptoms manifest themselves. It also suggests interventions with young people, with a special focus on development and involving social contexts. Thus, Social Prescribing (SP) emerges as a possibility to respond to the various needs of adolescents, social, physical, or emotional. It is a structured therapeutic intervention, which requires direct participation in the social context, with the objective of activating social support and promoting and maintaining healthy behaviors and mental well-being (LEAVELL *et al.*, 2019). There are several SP models, with different structures and with the involvement of various actors and organizations, which implies different challenges for the development and application of the intervention, as well as for the understanding of all the variables involved (PESCHENY *et al.*, 2018). The prescription can be for various activities, usually art, volunteering, nature activities and physical exercise. The evidence produced has shown that SP benefits individuals, helping them to have a more positive and optimistic meaning of life, connecting them with the surrounding community, but that these results are very dependent on the quality of the relationship with the health professional who makes the connection between care and the community. BICKERDIKE *et al.* (2017), cited by HAYES *et al.* (2020), in a literature review, reported that SP can be useful in improving mental health and well-being, increasing self-esteem and mental well-being. SP can contribute significantly to the response to mental health needs of adolescents, with interventions addressing the main determinants of health from a salutogenic perspective.

KEYWORDS: Social prescribing. Adolescents. Mental health.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma componente essencial da definição de saúde estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Uma boa saúde mental, permite ao indivíduo a realização pessoal, suportar as tensões normais no decorrer da vida, ter um emprego, ser produtivo e estar inserido na vida da comunidade (OMS, 2013).

Segundo o 1º relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), concluiu-se que Portugal tem a segunda maior taxa de prevalência de doenças mentais da Europa (só atrás da Irlanda do Norte). Segundo o mesmo relatório, as perturbações de ansiedade são o grupo mais prevalente, seguido das perturbações depressivas. Muitas dessas pessoas continuam sem acesso a cuidados de saúde mental adequados e sem beneficiarem de programas de tratamento e de reabilitação psicossocial, tão defendidos atualmente, mantendo-se assim, afastado das metas preconizadas pela OMS.

No relatório “Portugal-saúde mental em números 2015”, é referido pela *Joint Action on Mental Health and Well-being*, de entre as várias recomendações no âmbito da saúde mental e psiquiatria para este relatório, a necessidade de dar destaque à importância da integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários (CSP). Deste modo, a

relevância da promoção da saúde mental é destacada nos principais planos e estratégias a desenvolver em Portugal e a nível internacional, no entanto, esta área, no nosso país, ainda é realizada de forma pouco sustentada no tempo e de forma isolada (CNS, 2019).

No que diz respeito à adolescência, é fundamental que os profissionais da área de saúde mental e psiquiatria desenvolvam atividades e habilidades que promovam o relacionamento interpessoal, o desenvolvimento de aptidões sociais e emocionais dos adolescentes, por forma a que estes desenvolvam competências na resolução de problemas e aprendizagens na gestão das emoções (OMS, 2020). Globalmente, a depressão é a quarta causa principal de doença mental entre os adolescentes de 15 e 19 anos, acrescenta ainda que a ansiedade está em nono, contribuindo para o absentismo escolar, para o prejuízo do respetivo desempenho escolar e académico e consequentemente para o isolamento social, solidão, em que, na pior das possibilidades, pode levar à depressão e ao suicídio (OMS, 2020).

A prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência foi investigada em vários estudos e, embora os valores variem consideravelmente, estima-se que cerca de 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (PNSE, 2015).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e esta proporção tende a aumentar. De entre as crianças e jovens com diagnóstico de perturbação mental apenas 1/5 recebe tratamento adequado.

Os problemas de saúde mental na infância e na adolescência constituem ainda um dos principais preditores dos problemas de saúde mental na idade adulta, já que cerca de metade das doenças mentais tiveram início antes dos 14 anos de idade (MARQUES, 2009).

De acordo com o relatório do conselho nacional de saúde, que apresenta dados do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC), são identificados alguns riscos psicossociais nas escolas em Portugal. A amostra portuguesa, incluiu alunos que frequentam o 6º, 8º e 10º ano em Portugal continental, onde revela que a saúde mental é um problema nos nossos alunos. Destacam-se sintomas de mal-estar, desregulação emocional, preocupações intensas e até mesmo a presença de tristeza extrema. Assim, de acordo com toda a evidência científica e epidemiológica, a promoção da saúde mental e das competências sócio emocionais, foi incluída no eixo da capacitação do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), no entanto, segundo o relatório do HBSC no ano escolar de 2016/2017, só 18,8% dos alunos é que usufruíram de intervenções neste âmbito.

REFERENCIAL TEÓRICO

Saúde mental na adolescência

A WHO (1986) considera o período da adolescência dos 10 – 19 anos, uma fase de transição da infância para idade adulta, relacionada com o alcançar de objetivos de natureza cultural, assim como o desenvolvimento físico, mental, emocional e social.

O início da adolescência ocorre, normalmente, com a puberdade, com o surgimento dos caracteres sexuais secundários; o final da adolescência depende da cultura em que o adolescente está inserido, pois está relacionado com a independência alcançada (WHO, 1986).

As transformações biológicas, sociais e cognitivas sofrem influência nos contextos externos ao adolescente, nomeadamente família, escola, grupo de pares e comunidade, pelo que a adolescência envolve não só o adolescente, mas os que o rodeiam (FLEMING, 2005).

NEUFELD (2017) refere que a adolescência é uma fase de vulnerabilidade física e psicológica, em que ocorrem mudanças significativas na busca de identidade e independência, podendo resultar em ameaças ao desenvolvimento, e em sofrimento.

Os adolescentes apresentam pensamentos, sentimentos e ações, que, se ocorressem noutra fase da vida poderiam ser considerados psicopatológicos, pelo que surge dificuldade em diferenciar o que é patológico do que é normal e, efetivamente, definir o diagnóstico quando se trata de patologia (MONTEIRO, 2014).

É importante estar atento à forma de expressão do comportamento, pois este é revelador do mundo interno do adolescente, pelo que nos deve alertar tanto a manifestação perturbadora, assim como as formas silenciosas, expressas no isolamento, retraimento e inibição (MONTEIRO, 2014). A personalidade do adolescente também requer atenção, uma vez que se encontra em construção, sendo importante perceber a evolução, tendo em conta a história de vida e o ambiente (DIAS CORDEIRO, 1988).

As perturbações emocionais surgem frequentemente na adolescência, destacando-se as reações excessivas de irritabilidade, raiva ou frustração. Globalmente, a depressão é a quarta causa principal de doença mental entre os adolescentes de 15 e 19 anos, a décima quinta entre os 10 e os 14 anos, acrescenta-se ainda que a ansiedade está em nono e sexto lugar como causa principal de distúrbio emocional para os respetivos grupos etários, contribuindo para o absentismo escolar, para o prejuízo do respetivo desempenho escolar e académico e consequentemente para o isolamento social, solidão, em que, na pior das possibilidades pode levar à depressão grave e ao suicídio (OMS, 2020).

A deteção precoce de sintomas depressivos nos adolescentes pode evitar o desenvolvimento de quadros e patologias mais graves, evitar danos psicossociais com prejuízos no convívio social, no ambiente escolar e familiar. Muitas vezes esta deteção é dificultada, pois nem a família nem os professores conseguem reconhecer e identificar corretamente os sintomas de depressão, o que interfere na sua rápida e eficaz orientação e tratamento (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2004).

Prevenção e promoção da saúde mental em adolescentes

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), o conceito de promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo e da comunidade para aumentar a sua qualidade de vida e ter maior controlo na melhoria da sua saúde. Há ainda referência a que só se o indivíduo ou

grupo tiverem a capacidade de identificar e realizar as suas necessidades interagindo com o ambiente de forma saudável é que vão poder atingir o seu potencial de bem-estar físico, mental e social. A saúde deve ser vista como um conceito positivo, com ênfase nos recursos pessoais e sociais assim como nas capacidades físicas. Logo, a promoção de saúde pressupõe estilos de vida saudáveis e de bem-estar. (WHO, 1986)

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), refere que a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), devem transformar-se numa prioridade, pois esta estrutura está mais vocacionada para uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajetória de vida, como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.

Neste sentido, quer ao nível da consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, quer, sobretudo, ao nível da saúde escolar, os enfermeiros surgem numa posição privilegiada para a intervenção com as crianças e jovens.

É um facto que os adolescentes são o grupo com menor contacto com o sistema de saúde (após completar o Plano Nacional de Vacinação, existem poucos motivos para esse contacto), mas, em sentido inverso, a escola é o contexto onde passam grande parte do seu tempo, logo, esta surge como espaço privilegiado para todas as aprendizagens, como por exemplo na área da saúde (GREENBERG, *et al.*, 2003).

Assim, de acordo com a *National Association of School Nurses* (NASN, 2016), a presença do enfermeiro no contexto escolar, é uma mais-valia, pois permite o planeamento e execução de cuidados de enfermagem adaptados à comunidade escolar, indo ao encontro das necessidades reais identificadas. O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), enfatiza esta articulação, entre a Escola e a Saúde Escolar, referindo que a ação desta se desenvolve em seis eixos fundamentais (capacitação; ambiente escolar e saúde; condições de saúde; qualidade e inovação; formação e investigação em saúde; parcerias). O mesmo documento refere que “a promoção em saúde mental, constitui o núcleo central das intervenções da Saúde Escolar, apoiadas por métodos ativos e trabalho por projeto, que valorizem a promoção das competências sociais e emocionais” (DGS, 2015, p.18). Reconhece-se assim a importância das questões da saúde mental dos jovens, até pelo seu impacto epidemiológico, acentuadas pela Pandemia por SARs Cov19. Esta situação levou ao desenvolvimento da iniciativa Plano 21|23 Escola+, através da Resolução do Conselho de Ministros nº90/2021, de 7 de julho, de onde se destaca:

“g) Desenvolvimento de estratégias de autocuidado e adoção de comportamentos pró-sociais e pró-saúde;

h) Abordagem escolar global, promotora de resultados positivos em termos de saúde mental”.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) defende, através do Plano de Ação sobre a Saúde Mental 2013-2020, a implementação de programas preventivos que promovam as capacidades das pessoas, atuando antes que os sintomas se manifestem; apoia uma ação que inclua estratégias para a diminuição do estigma, da exclusão social, da

discriminação e da desigualdade de oportunidades; preconiza a partilha de boas práticas, após avaliação, que conduzam à criação de programas baseados nas experiências avaliadas. Sugere ainda, intervenções com jovens, com especial foco no desenvolvimento e que envolvam os contextos sociais.

MORGADO e BOTELHO (2014), reforçam a importância do “(...) envolvimento do contexto escolar como principal área de intervenção. Este estudo reforça a necessidade de serem desenvolvidas, validadas e avaliadas, intervenções que promovam a saúde mental dos adolescentes. A complexidade das intervenções de promoção em saúde mental dos adolescentes exige que estas sejam investigadas através de um processo de desenvolvimento, viabilidade/pilotagem, avaliação e implementação” (p.94).

Os enfermeiros enquanto profissionais de saúde possuem conhecimentos e competências para intervir na promoção da saúde na escola, otimizando capacidades de comunicação e cooperação, pelo que têm um papel determinante na operacionalização do PNSE. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela OE (2001), orientam para a importância da intervenção do enfermeiro enquanto agente de educação para a saúde, ao referir que, na procura constante pela excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a obterem o máximo potencial de saúde, através da identificação da situação de saúde da população e dos recursos da pessoa, família e comunidade.

PRESCRIÇÃO SOCIAL

A ideia do suporte comunitário não é nova, pois desde há muito tempo que a ligação entre o sector social e a saúde é explorada, nomeadamente através de encaminhamentos ou referenciações, mais ou menos estruturados, que os diversos profissionais da área da saúde fazem, para estruturas comunitárias, tais como algumas atividades físicas ou recreativas. O termo “Prescrição Social” (PS), surge na última década no Reino Unido, com larga disseminação, impulsionado por políticas e financiamento governamentais, existindo até a “Rede de Prescrição Social” e a “Academia Nacional de Prescrição Social” e, embora não sendo consensual a sua definição, este organismo define-a como uma estratégia que permite aos profissionais de saúde, referenciar as pessoas serviços **não clínicos**, com o objetivo de melhorar a saúde e/ou o bem-estar da pessoa (POLLEY, 2016). As atividades podem ser diversas, mas usualmente incluem: arte (pintura, teatro, música, dança), voluntariado, atividades na natureza (jardinagem, passeios na mata, conservação da natureza), desporto e exercício.

A prescrição social é vista como um meio de abordar questões físicas, psicossociais ou socioeconómicas e melhorar o bem-estar e a inclusão social da comunidade. Dessa forma, trata-se de uma estratégia emergente para o enfrentamento das desigualdades em saúde, através de parcerias com as organizações do terceiro setor (comunidade).

A maior parte das experiências que existem tem sido com adultos, em particular com idosos. HAYES *et al.* (2020) refere que a evidência sugere que a PS pode ser útil para

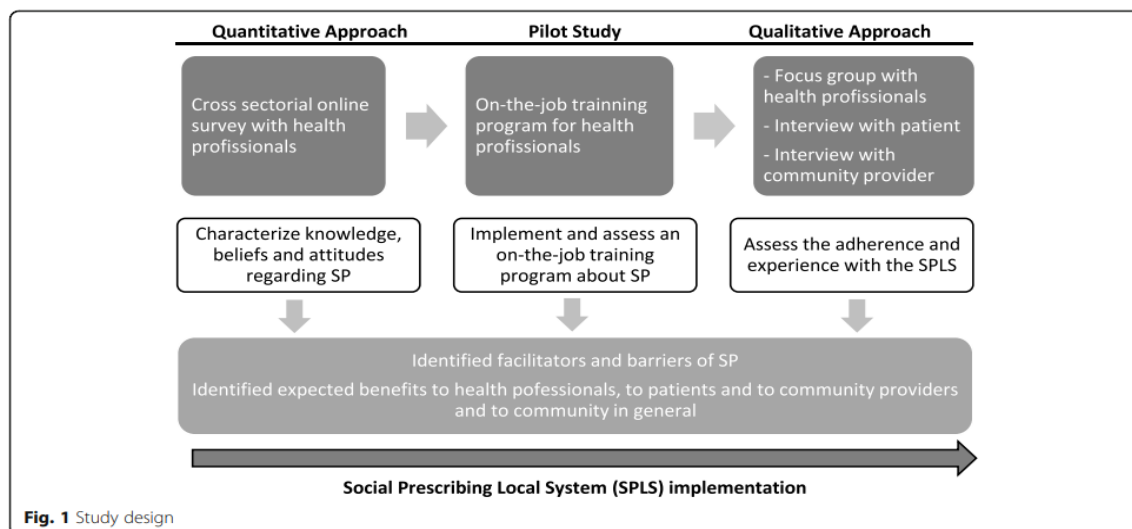
reduzir a procura, quer dos cuidados de saúde primários, quer diferenciados. Refere ainda que os diversos modelos de PS ajudam o indivíduo a desenvolver um sentido de vida mais positivo e otimista, aumentando também a sua conectividade à comunidade envolvente.

BICKERDIKE *et al.* (2017), citado por HAYES *et al.* (2020), numa revisão da evidência, refere que a PS pode ser útil na melhoria da saúde mental e do bem-estar, com vários estudos com resultados que apontam para diminuição nos níveis de ansiedade e depressão, acompanhados de aumento do bem-estar mental. Contudo, estes estudos foram com adultos (alguns com adultos jovens, com média de idade de 25 anos), parecendo não existir ainda estudos publicados de eficácia da PS em adolescentes.

Existem algumas barreiras à implementação da PS com adolescentes, sendo que uma delas é o facto de serem menores, o que implica maior cuidado ético na prescrição (tal como com fármacos), a necessária autorização dos pais/cuidadores para a intervenção, o facto de estes não considerarem a PS útil e questões logísticas, tais como a acessibilidade e o custo.

Como já referido, a PS está muito disseminada no Reino Unido, sendo o modelo predominante com o “*link worker*”, o qual é um profissional contratado somente para esta tarefa, não sendo clara qual a sua formação. No entanto a sua função é de elo de ligação entre os serviços de saúde e os prestadores sociais, detendo elevado nível de conhecimento das estruturas comunitárias e estabelecendo uma relação de proximidade com o beneficiário, de tal modo que, em alguns modelos, garante inclusive o acompanhamento nas deslocações. No entanto, HAYES *et al.* (2020), admite a possibilidade de outros modelos serem igualmente úteis, nomeadamente os profissionais de saúde ligados à escola (em Portugal, os enfermeiros de saúde escolar).

COSTA *et al.* (2021), apresentam a implementação de um sistema local de prescrição social (SLPS), desenvolvido num município do sul de Portugal, o qual é exemplificativo de todas as componentes envolvidas neste construto da PS, como se pode ver na figura seguinte, elaborada pelos autores:



De entre as estruturas comunitárias que podem ser incluídas neste SLPS, as pesquisas mostram que a atividade criativa tem efeito positivo na saúde mental, a qual está relacionada com a expressão de emoções e com a autoestima, proporciona oportunidades de contato e participação social, propósito, significado e melhoria da qualidade de vida (CALLARD; FRIEDLI, 2005; TYLDESLEY; RIGBY, 2003). Mas outros recursos, tais como a atividade física, atividades culturais, voluntariado, utilização de “*green spaces*” ou “*blue spaces*”, também apresentam um impacto positivo.

Potenciais resultados da Prescrição Social

Como já referido, o “elo de ligação” entre o prescritor e o recurso comunitário (potencialmente o enfermeiro de saúde escolar), desempenha um papel fundamental, nomeadamente na relação com o adolescente e com o próprio recurso comunitário. BERTOTTI *et al.* (2020), referem que a relação estabelecida pelo “*link worker*” foi outra componente da PS, valorizada pelos jovens que apresentavam dificuldades em termos de confiança em experimentar coisas novas: “Ouço-a e falo com ela...fico feliz quando posso falar com alguém em quem posso confiar, ajuda muito.”.

Apesar de ainda existir pouca evidência sobre os benefícios da PS, sobretudo com adolescentes, podemos extrapolar os resultados encontrados com adultos, onde é referido que a PS pode ser útil na melhoria da saúde mental e do bem-estar, com impacto na redução da ansiedade e depressão, acompanhados pelo aumento do bem-estar mental (HAYES *et al.*, 2020).

BERTOTTI *et al.* (2020), na avaliação de um programa de PS para jovens, apresenta os benefícios desta estratégia não clínica, nomeadamente: aumento do bem-estar mental; redução dos sintomas de depressão e ansiedade; aumento da inclusão social; aumento da autoestima, otimismo e senso de autoeficácia; aumento da rede social, contactos e sentido de pertença; melhoria da literacia, competências e motivação e redução da prescrição medicamentosa, bem como do número de consultas, quer nos cuidados de saúde primários, quer especializados.

Estes resultados foram, sobretudo para esquemas de PS com atividade física e com arte (“*arts on prescription*”), muitos deles com estudos qualitativos, pelo que é necessário robustecer estes achados, nomeadamente através de estudos mistos e/ou quantitativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é um período conturbado do desenvolvimento humano, com inúmeros desafios ao bem-estar mental, acentuados pelas desigualdades sociais e pela crescente desconexão social da nossa sociedade, em detrimento, por exemplo, dos ecrans.

Assim, dentro do paradigma holista, a intervenção de Prescrição Social surge como uma possibilidade de dar resposta às diversas necessidades do adolescente, sociais, físicas ou emocionais. É uma intervenção terapêutica estruturada, que requer uma participação direta no contexto social, com o objetivo de ativar o suporte social e promover e manter

comportamentos saudáveis e de bem-estar mental (LEAVELL *et al.*, 2019).

A PS pode contribuir significativamente para aumentar a resposta dos cuidados de saúde primários às necessidades de saúde mental, em particular dos adolescentes, com intervenções que abordam os principais determinantes da saúde numa perspetiva salutogénica.

Existem vários modelos de PS, com diferentes estruturas e com o envolvimento de diversos atores, organizações e prestadores de serviços, o que implica diferentes desafios para o desenvolvimento e aplicação da intervenção, bem como para a compreensão de todas as variáveis envolvidas (PESCHENY *et al.*, 2018).

Embora tanto a medicação, como as terapias psicológicas, desempenhem um papel na intervenção especializada, a prescrição social oferece uma nova oportunidade de responder eficazmente e, numa fase precoce, aos sintomas de sofrimento mental, bem como para iniciar uma abordagem mais proativa e integral na promoção da saúde mental.

O conceito de comunidades saudáveis deve ser incorporado nos planos locais dos municípios e englobar ações que contribuam para a melhoria da inclusão e da mobilização comunitária, como a criação de espaços que promovam a participação social e ações que permitam maior acesso de populações vulneráveis a atividades desportivas, lúdicas e oportunidades de aprendizagem (MARQUES, 2021).

Este envolvimento com a comunidade é fundamental e desempenha um papel crucial no apoio à saúde e bem-estar dos adolescentes e na prevenção de diversos problemas, nomeadamente ao nível da saúde mental.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, académica e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J., Xavier, M., Cardoso, G. et al.. **Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental**. 1º relatório. Lisboa: World Mental Health Initiative, 2013.
- BYFORD, S.; Sefton, T.. **Economic evaluation of complex health and social care interventions**. UK: National institute economic review, nº186, 2003.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Sem mais tempo a perder: saúde mental em Portugal- um desafio para a próxima década**. Lisboa: Relatório do Conselho Nacional de saúde, 2019.
- COSTA, A. et al. **Developing a social prescribing local system in a European Mediterranean country**: a feasibility study to promote active and healthy aging. BMC health services research, 2021.
- DIAS CORDEIRO, J.. **Os adolescentes por dentro**. Lisboa: Edições Salamandra, 2008.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Portugal – saúde mental em números-2015**. Lisboa: Programa nacional para a saúde mental, 2015. **ÍNDICE REMISSIVO**

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de saúde escolar 2015**. Lisboa: Direção geral da saúde, 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa: Direção geral da saúde, 2013.

FEITOSA, N.H., Ricou, M., Rego, S., Nunes, R.. **A saúde mental das crianças e dos adolescentes**: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. Brasil: revista de bioética. Vol.19, nº1, pp. 259-276, 2011.

GREENBERG, M.T. et al.. **Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning**. EUA: American psychologist. 58(6-7), 2003.

HAYES, D. et al.. **Social prescribing in children and young people**: a review of the evidence. UK: Evidence based practice unit, 2020.

LEAVELL, M.A. et al.. **Nature-based social prescribing in urban setting to improve social connectedness and mental well-being: a review**. Suíça: Current environmental health reports. 6:297-308, 2019.

MARQUES, C.; Cepêda, T.. **Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários**. PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009.

MENDES, A.. **Social prescribing in the community**. UK: British Journal of Community Nursing. Vol. 26, nº4. P. 204-205, 2021.

MONTEIRO, P.. **Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência**. Lisboa: Lidel, 2014.

MORGADO, T., Botelho, M.R.. **Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes**: uma revisão sistemática da literatura. Revista especial da sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental (ed. Especial 1). 90-96, 2014.

National Association of School Nurses. **Framework for 21st Century School Nursing Practice**: National Association of School Nurses. NASN Sch Nurse. Jan;31(1):45-53, 2016.

NEUFELD, C.B.. **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes**: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental. Brasil: Artmed. 1ªEd, 2017.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PESCHENY, J.V., Pappas, Y., Randhawa, G.. **Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services**: a systematic review. UK: BMC Health services. 18(1):86, 2018.

POLLEY, M. et al. **Report of the annual social prescribing network conference**. UK: University of Westminster, 2016.

PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2017.

WHITE LAW, S. et al.. Developing and implementing social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalisation and sustainability from a UK case study. UK: Primary health care research & development. 18: p. 112-121, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Young people's health – a challenge for society Geneva: WHO, 1986. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>

ÍNDICE REMISSIVO

A

abstinência 25, 28, 32, 48, 51, 53, 54
aconselhamento 71, 73, 74, 75, 76, 77, 95, 96
aconselhamento psicoeducacional 71, 73
adolescentes 77, 103, 105, 108, 110, 112, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145
afetividade 10, 13, 14, 15, 16, 18
Alcoolismo 49
ameaças 118, 136, 139
ansiedade 11, 19, 28, 32, 49, 54, 71, 72, 73, 75, 76, 137, 138, 139, 142, 143
apoio 27, 28, 29, 31, 33, 44, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 74, 129, 131, 144
aprendizagem 10, 12, 16, 17, 18, 19, 54, 55, 56, 62, 65, 75, 82, 107, 112, 113, 130, 132, 133, 144
atributos da vigilância 116
autocuidado 79, 86, 140
autonomia 11, 17, 54, 75, 100, 106, 108, 121, 125, 131

B

bem-estar do estudante 10
bem-estar mental 136, 142, 143, 144

C

capacidade/habilidade cultural 103, 107
capacitação dos enfermeiros 103
capacitar 18, 71, 74, 81, 86, 87, 88, 117, 125
castigos corporais 58, 60, 62
Ciclo de Deming 36, 40, 42
cliente pediátrico 124, 125, 128
combate à violência 59, 60, 66, 67
competência cultural 103, 105, 107, 113
comportamentos 11, 31, 32, 35, 53, 57, 61, 62, 63, 74, 75, 82, 84, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 96, 97, 99, 108, 110, 112, 113, 126, 136, 140, 144
comunicação eficaz 58
comunidade residencial 79, 81, 82, 87, 89
comunidades 63, 64, 79, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 108, 144
condições sociais desfavorecedoras 93
conhecimento cultural 103, 107
conhecimentos 6, 12, 17, 18, 20, 30, 33, 52, 53, 54, 58, 61, 62, 67, 76, 79, 87, 96, 97, 98, 112, 120, 121, 130, 132, 141
conhecimentos da comunidade 79
consciência cultural 103, 107
Conselho da Europa 58, 60, 63, 64, 66
consequências 27, 28, 31, 48, 50, 53, 60, 63, 65, 93, 94, 95, 99, 100, 111
consumo de álcool 24, 25, 31, 32, 35, 48, 49, 50, 51, 55
contexto multicultural 103, 105, 114
contextos socioculturais contemporâneos 103, 104
contribuições pedagógicas 10
COVID-19 25, 69, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92

crenças de saúde enviesadas 79, 86
crescimento sustentável 59
crianças 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 103, 105, 108, 110, 111, 112, 114, 131, 133, 138, 140, 145
cuidado à família 36
cuidadores 58, 60, 62, 65, 67, 108, 142
cuidados de saúde 6, 36, 37, 38, 42, 43, 45, 48, 75, 89, 97, 99, 103, 105, 107, 108, 110, 112, 116, 117, 118, 119, 121, 131, 137, 142, 143, 144
cuidados hospitalares 36, 38, 39, 45
cuidados intensivos 124, 126, 132
culturas distintas 103
curso 10, 12, 13, 17, 18, 20, 43

D

dependência alcoólica 26, 27, 30, 31, 48, 53
depressão perinatal 71, 72, 76
desafio 79, 88, 103, 105, 144
desenvolvimento infantil 58, 109
desequilíbrios emocionais na gravidez 71
determinantes sociais da saúde 79
Direitos da Criança 58, 60, 62, 63, 64, 70, 108, 115
disciplina positiva 58, 60
Doença 23, 26, 28, 35
doenças mentais perinatais 71, 72
dúvidas 71, 129, 130

E

educação não violenta 58, 60
educação para a saúde 79, 82, 85, 86, 88, 89, 109, 132, 141
Emocional 23, 26, 28, 67
empowerment familiar 124, 126, 128, 129, 132, 133
enfermagem 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 33, 38, 39, 43, 44, 46, 52, 55, 60, 61, 63, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 89, 97, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 140, 141, 145
enfermagem comunitária 80, 81, 82, 89
enfermagem especializada 103, 113
enfermagem pediátrica 124, 133, 134
enfermagem Pediátrica 59, 66, 125, 126
envolvimento familiar 124
estigma 49, 54, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 140
estratégia 10, 19, 54, 58, 60, 61, 62, 66, 79, 85, 87, 126, 131, 141, 143
estudantes 6, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 35, 107, 109, 111, 112, 113
exercício da parentalidade 58, 59, 67, 130
exposição 10, 11, 12, 72, 81

F

família 23, 27, 29, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 61, 62, 63, 66, 103, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 116, 122, 124, 126, 128, 130, 132, 133, 134, 139, 141
fator de stress 124

fatores de risco 10, 11, 12, 32, 54, 62, 64, 72, 85

G

grupos estigmatizados 93, 100

H

hierarquização dos problemas 79

Hospitalização 36

hospital psiquiátrico 48, 51

I

ideias estigmatizantes 93, 99

igualdade 93

individualizados culturalmente 103, 105

inseguranças 71, 72

interações afetivas 58

internamento 43, 121, 124, 126, 129

intervenção 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 33, 35, 48, 51, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 71, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 105, 110, 112, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 127, 131, 132, 134, 136, 140, 141, 142, 143, 144

intervenção multidisciplinar 10

intervenção psicoterapêutica 71, 73, 74

intervenção terapêutica estruturada 136, 143

intervenções com jovens 136, 141

intervenções multifacetadas 93

L

lactente 111, 124, 126, 128

licenciatura 10, 12, 13

literacia em saúde 88, 93, 97, 98, 100, 145

M

mães 58, 65, 75

manutenção da abstinência 49, 54

medos 71, 72

Mulheres 49, 56

mulheres com PUA. 48, 51, 53

N

necessidades da família 124

necessidades de saúde 85, 103, 136, 144

necessidades do adolescente 136, 143

nível hospitalar 36, 64

nível social 93

O

Organização Mundial da Saúde 37, 58, 81

Organização Mundial de Saúde 37, 38, 49, 136, 137, 140

organizações 12, 37, 38, 41, 60, 66, 88, 95, 117, 136, 141, 144

orientar 33, 71, 74, 106

P

país 43, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 108, 109, 111, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 142
pandemia 72, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 89, 90, 91
parceria 39, 43, 44, 45, 46, 66, 74, 124, 128, 129, 130, 131, 133
perigosidade comportamental 93
Perturbação do Uso do Álcool (PUA) 23
perturbações mentais 30, 71, 72
populações 60, 79, 81, 93, 95, 99, 103, 105, 109, 110, 112, 144
pós-parto 71, 72, 75, 76
prática de cuidados 39, 124
Prescrição Social (PS) 136
problemas de saúde 10, 25, 28, 49, 53, 79, 81, 89, 105, 110, 138
problemática 10, 12, 17, 20, 83, 117
profissão 10, 12, 18, 44, 63
profissionais de saúde 6, 37, 38, 39, 43, 55, 58, 60, 67, 77, 89, 97, 99, 105, 107, 108, 110, 112, 117, 120, 126, 130, 131, 132, 133, 141, 142
projeto 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 79, 81, 82, 86, 87, 88, 89, 91, 134, 140
promoção da saúde 16, 62, 67, 73, 76, 79, 81, 82, 87, 89, 138, 139, 141, 144
psiquiatria 52, 71, 137, 138, 145

Q

qualidade de vida 10, 11, 12, 19, 33, 34, 35, 93, 95, 100, 121, 139, 143
Qualidade de Vida (QV) 23, 26

R

recém-nascido 61, 111, 112, 124, 128, 129, 131, 132, 133
recomendações europeias 58
recursos 16, 18, 19, 38, 64, 81, 89, 95, 99, 110, 125, 133, 140, 141, 143
Representação cognitiva 23
responsabilidades 26, 36, 61, 106

S

saberes 6, 10, 17
saúde das crianças 58, 110
saúde/doença 43, 103, 107, 110
saúde infantil 70, 103, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 140
saúde mental 20, 24, 28, 30, 32, 52, 71, 72, 73, 76, 77, 97, 99, 100, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145
Saúde mental perinatal 71
saúde pública 11, 23, 25, 49, 57, 60, 63, 79, 81, 82, 87, 89, 90, 91
segregação social 93
segurança 16, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 47, 59, 65, 82, 88, 106, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 131, 132, 133
segurança do doente 36, 37, 38, 45, 47, 116, 120
segurança em saúde 36, 41
serviço de tratamento ambulatorio 48
sintomatologia musculoesquelética 10, 12, 13, 16, 20
sociedades contemporâneas 103
sofrimento emocional 71

sofrimento mental 136, 144

Stresse 23, 27

suporte social 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 72, 95, 136, 143

Suporte social 23, 35

T

terapêutica em enfermagem 116

Transtorno do abuso de álcool 24

tratamento 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 38, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 77, 95, 120, 127, 137, 138, 139

U

Unidade de Cuidados Intensivos 124, 125, 126, 131

V

vigilância em enfermagem 116, 118, 121, 122

vinculação 58, 67, 72, 78, 129, 131

Violência Infantil 59, 66

violência psicológica 58, 60

vivências 93, 113, 129

Vulnerabilidade 23, 26, 27, 80, 93

contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9914-6495 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9914-6495 

